

MARIA DE LOURDES CAMPOS HAMES

(BU)

**AMAMENTAÇÃO: CONFLITO E HARMONIA NO
ESPAÇO INTERATIVO ENFERMEIRA, PUÉRPERA
E SUA FAMÍLIA**



03458754

FLORIANÓPOLIS

2001

MARIA DE LOURDES CAMPOS HAMES

**AMAMENTAÇÃO: CONFLITO E HARMONIA NO
ESPAÇO INTERATIVO ENFERMEIRA, PUÉRPERA
E SUA FAMÍLIA**

ORIENTADORA:

Dr^a. DENISE M. GUERREIRO VIEIRA DA SILVA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

**AMAMENTAÇÃO: CONFLITO E HARMONIA NO ESPAÇO
INTERATIVO ENFERMEIRA, PUÉRPERA E SUA FAMÍLIA**

*Dissertação apresentada ao
Programa de Pós Graduação em
Enfermagem do Centro de Ciências
da Saúde da Universidade Federal de
Santa Catarina para obtenção do
grau de Mestre em Enfermagem.*

FLORIANÓPOLIS

2001

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

AMAMENTAÇÃO: CONFLITO E HARMONIA NO ESPAÇO INTERATIVO
ENFERMEIRA, PUÉRPERA E SUA FAMÍLIA

MARIA DE LOURDES CAMPOS HAMES

*Dissertação apresentada ao processo de avaliação pela Banca Examinadora
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem*

*Aprovada em 30 de novembro de 2001, atendendo as normas da legislação vigente do
Programa de Pós Graduação em Enfermagem – Curso de Mestrado em Enfermagem, da
Universidade Federal de Santa Catarina.*



Dra. Denise Pires de Pires
Coordenadora do Programa

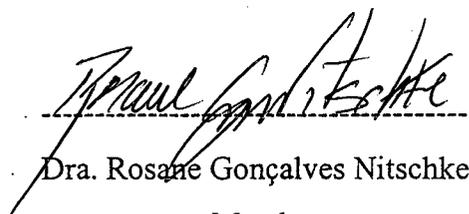
BANCA EXAMINADORA:



Dra. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva
Presidente



Dra. Maria do Horto Fontoura Cartana
Membro



Dra. Rosane Gonçalves Nitschke
Membro

*A esta energia que pulsa, esta força maior que costumamos chamar Deus;
A todas as mulheres que, amamentando ou não, amaram seus filhos e filhas;
À Dona Lília (minha mãe), Pedro (meu marido), Pedro Felipe e Camila (meus
filhos), companheiros de caminhada e co-autores de coração.*

AGRADECIMENTOS

A Deus pela oportunidade de renascimento a cada dia;

A meu pai (in memoriam) pelo ensinamento da humildade e pela grandeza que representou na sua passagem pelo mundo da vida. Que sua luz continue a brilhar na eternidade;

À minha mãe (Dona Lília), pela força que representa em nossa família e por ter sido duas vezes mãe de meus filhos nesta caminhada;

A Pedro, meu marido, pelo estímulo, companheirismo e auxílio constante na trajetória. Amo-te cada dia mais!

A meus filhos Pedro Felipe e Camila, por compreenderem a minha ausência e impaciência em certos momentos;

À minha irmã Telma, meu irmão Elson e minha cunhada Olíndina, suportes e incentivadores do meu crescimento. Quero dividir com vocês a alegria deste momento!

A toda a minha família, que me torceu pelo meu sucesso;

À Pérola, Cristal, Rubi e suas famílias, pela maravilha que representam, pela possibilidade desta dissertação e pelo crescimento que me possibilitaram;

À Dr^a. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva, orientadora e participante ativa desta construção. Lembranças luminosas da sua presença me permitiram chamá-la de amiga;

À Dr^a. Rosane Gonçalves Nitschke, Dr^a. Maria do Horto Fontoura Cartana, Dr^a. Astrid Eggert Boelis e D^a. Edilza Schmitz, por aceitaram compor esta Banca e pelo respeito e carinho com que sempre fui tratada;

À Dr^a. Maria Itayra C. Padilha, que tão bem conduziu meu ingresso nesta caminhada;

À minha irmã mística Lindaura dos Santos Júlio, pela força e exemplo que sempre foi e por ter sido amiga, não importando o momento;

À amiga e enfermeira Ingrid Bertoldo, pela força que representa na luta em prol da amamentação, por saber dividir seus saberes e por contribuir de forma tão significativa para a humanização do cuidado e educação à mulher e família que experenciam este processo;

Às enfermeiras Daniela Daniel Wiggers e Eli Siebert, pelo que representam na equipe de saúde que constituem e pelos constantes estímulos ao longo desta construção;

Às minhas colegas de trabalho Noélia Fernandes e Maria das Neves Schweitzer, por compreenderem o momento que vivi e por me apoiarem a prosseguir;

Às enfermeiras Antônia Agricol, Jordelina Schier, Helga Bresciani, Lúcia Marcon, Maria Lígia dos Reis Bellaguarda e Tânia Soares Rabello, descobertas e reencontros da convivência grupal;

Às professoras do Programa de Pós Graduação em Enfermagem, que aos poucos me ajudaram a lapidar este estudo, possibilitando a instrumentalização em cada disciplina;

A todas as colegas "de aula" com quem convivi ao longo deste quase dois anos, pelo respeito e companheirismo;

Aos funcionários do Programa de Pós Graduação em Enfermagem, pela simpatia e receptividade no atendimento;

À enfermeira Janaina M. Ribeiro, pela amizade e pela beleza de sua voz a abrilhantar o momento de apresentação pública desta dissertação;

À equipe de enfermagem da Divisão de Enfermagem na Saúde da Criança, Adolescente e Mulher do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, que acompanharam e contribuíram para o meu progresso em cada noite de convívio nos plantões. Que continuemos a ser esta "força unida" em prol de uma assistência cada vez mais próxima da realidade das pessoas que cuidamos!

HAMES, Maria de Lourdes Campos. **Amamentação: conflito e harmonia no espaço interativo enfermeira, puérpera e sua família.** Florianópolis, UFSC, 2001, 149 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

RESUMO

Nesta dissertação, apresento uma pesquisa convergente-assistencial que teve como foco a educação em saúde para a amamentação e que incluiu um estudo sobre o conflito e a harmonia experienciada por mulheres durante a vivência do processo. Tendo como objetivos a busca de uma compreensão dos conflitos vividos pela mulher e sua família durante a amamentação e a reflexão sobre o educar dialógico para o processo, a proposta envolveu três puérperas e suas famílias internadas na maternidade de um hospital público de Florianópolis, no período de sete de maio a vinte e nove de junho de 2001. Como referencial teórico utilizei idéias próprias e de autoras como King, Nitschke, Freire, Schmitz e Gadotti. A empatia entre as envolvidas, a observação participante e a escuta sensível, configuraram-se como importantes instrumentos para o alcance dos objetivos propostos. Operacionalizada através de quatorze encontros, oito ocorridos na instituição e seis nos domicílios das puérperas, o estudo compreendeu três etapas denominadas: aproximação, reconhecimento e interação/transação. Da análise e interpretação destas vivências interativas, foi possível identificar a transparência e a opacidade do conflito para o amamentar, bem como a possibilidade da harmonia no processo. Um conflito, convém dizer, como possibilidade de crescimento. A existência de conflitos no desmame e a importância da manutenção de um processo educativo dialógico para o amamentar, que considere as particularidades de cada situação, emergiram neste contexto relacional. No aprofundamento das relações interpessoais, foi possível abordar o ideal materno e a imagem da unidade mãe-filho(a) como caminho para que a mulher e sua família pudessem se reconstruir no conflito. A crença no poder da amamentação, na percepção popular e profissional, mostrou-se importante para um amamentar consciente e para o resgate desta prática ao conflitual cotidiano em que se desenha o existir de mulheres e crianças na nossa sociedade. Ao longo dos últimos 470 anos, a sociedade brasileira desconstruiu o aprendizado do amamentar, transformando esta forma de poder feminino em impotência. Sofremos hoje, as conseqüências deste ato. Por isso, precisamos reconhecer as artimanhas ideológicas e a dinâmica das argumentações econômicas e políticas que o desconstruíram tornando-o estranho a própria mulher e à sociedade, como uma chave para desmontar o ideal da imutabilidade da condição do desmame precoce em nosso meio, re-significando-o.

Palavras chaves: Amamentação, conflito e educação.

HAMES, Maria de Lourdes Campos. **Breast-feeding: conflict and harmony in the interactive space of nurse, puerpera and her family.** Florianópolis, UFSC, 2001, 149 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

ABSTRACT

Through this dissertation, the author presents a convergent assistance research with a focus on health education turned to breast-feeding. A study was included on the conflict and harmony experienced by women throughout the process. Having as goals the search for an understanding of the conflicts lived by the woman and her family during breast-feeding, and the reflection on the dialogic education for this process, the proposal involved 3 puerperas and their families. These women were inpatients at the maternity ward in a public hospital in the city of Florianópolis, from May 07 to June 29, 2001. As a theoretical reference basis the author used her own ideas and also those of such authors as King, Nitschke, Freire, Schmitz and Gandotti. Empathy between the involved parts, the participant observation and the sensible listening became important tools to attain the proposed goals. Made operational through 14 meetings, of which 08 in the institution and 06 at the puerperas' homes, the study was conducted on three stages of approximation, recognition, and interaction/transaction. From the analysis and interpretation of these interactive experiences, it was possible to identify both the transparency and the opacity of the conflict in breast-feeding, as well as the possibility to have harmony in the process. It is worth saying this is a conflict offering possibilities for personal growth. The existence of conflicts in waning and the importance to maintain a dialogic educative process regarding breast-feeding, one that takes into consideration the particulars of each situation, have all come up within this relational context. With the deepening of interpersonal relationships, it became possible to approach the maternal ideal and the image of the mother-child unit as a path for the woman and her family to become rebuilt within this conflict. The belief in the power of breast-feeding, in the popular and professional perception, proved to be important for a conscientious breast-feeding and to the redemption of this practice in the quotidian conflict of existence lived by women and children in our society. Along the past 470 years, Brazilian society has deconstructed the learning of breast-feeding, transforming this form of feminine power into one of impotency. We are hostages today of the consequences of such act. For that reason, we have to identify the ideological deceptions and the dynamics of economical and political reasonings which deconstructed that act and made it strange to women themselves and to society, as a key to disrupt the ideal of immutability represented by the premature weaning among us, giving it a new meaning.

Key words: Breast-feeding, conflict and education.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 MINHA TRAJETÓRIA	14
1.2 JUSTIFICANDO A ESCOLHA DO TEMA.....	16
1.3 JUSTIFICANDO O ESTUDO	18
1.4 AMAMENTAÇÃO – UMA BREVE INTRODUÇÃO AO SEU SIGNIFICADO	20
1.5 OBJETIVOS DO ESTUDO	21
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	23
2.1 A AMAMENTAÇÃO	23
2.1.1 Viajando na história das mulheres, das crianças e da amamentação - uma corrida no mundo e no tempo.....	24
2.1.2 A trajetória da desconstrução da amamentação no Brasil - a importação do modelo europeu e a construção de novos paradigmas.....	31
2.2 EDUCAÇÃO, SAÚDE, POLÍTICA E APOIO À AMAMENTAÇÃO.....	41
2.3 CRISE, CONFLITO, MATERNIDADE E AMAMENTAÇÃO - OPORTUNIDADES DE CRESCIMENTO.....	49
3 UMA LUZ NO CAMINHO - O DELINEAR DO MARCO REFERENCIAL.....	53
3.1 UMA BREVE APRESENTAÇÃO DA TEORIA DO ALCANCE DOS OBJETIVOS... 54	
3.2 PRESSUPOSTOS PARA A COMPREENSÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA O PROCESSO DE AMAMENTAÇÃO.....	56
3.3 CONCEITOS E REFLEXÕES QUE ORIENTARAM A PRÁTICA ASSISTENCIAL..	56
4 METODOLOGIA	67
4.1 TIPO DE ESTUDO	67
4.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO	68
4.3 CONTEXTOS DA REALIZAÇÃO	68

4.4 O RESPEITO AOS PRINCÍPIOS ÉTICOS.....	71
4.5 COLETA DE DADOS E INSTRUMENTOS DE VIABILIZAÇÃO.....	72
4.6 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	75
4.7 O PROCESSO DE ENFERMAGEM NA REALIDADE DA PRÁTICA ASSISTENCIAL.....	76
5 REVELANDO E REFLETINDO OS CAMINHOS DA VIVÊNCIA INTERATIVA	79
5.1 APROXIMADO-ME.....	79
5.1.1 Encontrando co-participes.....	80
5.2 RECONHECENDO AS SITUAÇÕES.....	81
5.2.1 Reconhecendo burocraticamente cada situação.....	81
5.2.2 Primeiros momentos interativos.....	82
5.2.2.1 Somando aproximações e registros.....	84
5.3 EVOLUINDO NA INTERAÇÃO/TRANSAÇÃO.....	89
5.3.1 Primeira situação - Pérola e sua família vivendo a amamentação em interação com a enfermeira.....	90
5.3.2 Segunda situação - Cristal e sua família vivendo a amamentação em interação com a enfermeira.....	92
5.3.3 Terceira situação - Rubi e sua família vivendo a amamentação em interação com a enfermeira.....	94
5.4 AVALIANDO A TRAJETÓRIA INTERATIVA.....	95
5 APROFUNDANDO AS REFLEXÕES NO CORAÇÃO DA PRÁTICA	98
6.1 A ENERGIA RECEPTIVA DAS PRIMEIRAS HORAS DA RELAÇÃO ENTRE MÃE E FILHA (O).....	99
6.2 A TRANSPARÊNCIA E A OPACIDADE DO CONFLITO.....	100
6.2.1 A vivência especial com Cristal.....	100
6.2.1.1 O encantamento.....	101
6.2.1.2 No retorno ao lar... a frustração pela vivência do conflito.....	102
6.2.1.3 O re-encantamento – a atenuação e a superação dos conflitos.....	107
6.3 A POSSIBILIDADE DA HARMONIA NO AMAMENTAR.....	110
6.4 O REVERSO DA MOEDA – O CONFLITO DO FIM.....	111

6.5 A EDUCAÇÃO PARA O PROCESSO DE AMAMENTAÇÃO – PRÁTICAS E PRÁTICAS.....	113
6.6 HISTÓRIAS QUE NÃO SE REPETEM – A IMPORTÂNCIA DA MANUTENÇÃO DO PROCESSO EDUCATIVO PARA O AMAMENTAR.....	116
7 TRAÇOS DA INTERAÇÃO- RISCOS E RABISCOS	119
7.1 REVELANDO O CONHECIMENTO DO IDEAL MATERNO E DA IMAGEM DA UNIDADE MÃE-FILHO COMO UM CAMINHO PARA UMA ABORDAGEM ADEQUADA DO AMAMENTAR - UMA POSSIBILIDADE DE SE RECONSTRUIR NO CONFLITO.....	119
7.2 A FÉ NO PROCESSO NA PERCEPÇÃO MATERNA E PROFISSIONAL – O CAMINHO PARA UM AMAMENTAR CONSCIENTE.....	122
7.3 REFLETINDO SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DO MARCO REFERENCIAL.....	124
7.3.1 A transparência dos conceitos	125
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	131
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	136



Fonte: Do livro "Histórias da vida inteira" (MALDONADO, 1994)

"Se desejamos saber como as pessoas sentem – qual sua experiência interior, o que lembram, como são suas emoções e seus motivos, quais as razões para agir e como fazem – por que não perguntar a elas?"

G. W. Allport

1 INTRODUÇÃO

1.1 MINHA TRAJETÓRIA

Minha vida profissional foi feita de desafios. Na adolescência, aos 16 anos, já me encontrava dentro de um hospital, posto de saúde ou comunidade desenvolvendo estágios do Curso Técnico de Enfermagem.

Iniciei a vida profissional na assistência curativa na Unidade de Clínica Médica Feminina do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), em 1982, como auxiliar de enfermagem. Foi este o berço do meu conhecimento. E que embalo gostoso ele me possibilitou! Ali tive grandes mestres, enfermeiras de esmerada competência cujos princípios éticos, políticos e humanos ajudaram a compor a minha escala de valores, me situando na profissão. Foram espelhos que me possibilitaram uma identidade.

Jovem e idealista, aceitei todos os desafios que a vida me oferecia. Aliás, os desafios me estimulavam. Tinha a vil expectativa de quem tudo quer saber e tudo quer ver.

Concluí o Curso de Graduação em Enfermagem em 1986 nesta mesma Universidade e, em seguida, ingressei na extinta Fundação Hospitalar de Santa Catarina (Instituto de Cardiologia). Foi o meu início como enfermeira. Em 1987, após ascensão funcional, fui lotada como enfermeira na Clínica Cirúrgica II do HU/UFSC e, por nove anos, permaneci na assistência ao cliente cirúrgico.

Despertada no interesse pela profissão, reconhecia a importância da existência de um marco referencial para direcionar a ação da enfermagem. Preocupava-me com a humanização da assistência, mesmo quando este tema ainda não havia aflorado no contexto prático em que me inseria. Sentia-me orgulhosa por compor uma equipe de enfermagem reconhecidamente diferenciada no contexto da saúde em Santa Catarina.

Veio o casamento e meus dois filhos (Pedro e Camila). Por aproximadamente quatro anos, dediquei-me aos cuidados dos mesmos, concomitante à atividade de

enfermeira assistencial no HU/UFSC. Foi um período de latência, necessário naquela fase da minha vida.

Ser mãe despertou-me um novo desafio: – o desejo de ser enfermeira em uma maternidade. Após nove anos trabalhando na assistência ao cliente cirúrgico, os primeiros caminhos se abriam para a concretização deste ideal.

Em 1994, por determinação da Direção Geral do HU/UFSC, pela terceira vez se estrutura a Comissão Multiprofissional de Assessoria para Implantação da Maternidade, constituída por profissionais da enfermagem, medicina, serviço social, psicologia e nutrição, além de integrantes da administração e docentes desta Universidade nas áreas afins; aberta a todas as enfermeiras da Instituição, me inseri na mesma com muita vontade de aprender.

A necessidade emergente do funcionamento deste serviço foi efetivamente legitimada pela alta demanda da clientela se contrapondo aos poucos serviços públicos estruturados no setor em Florianópolis.

A participação efetiva nesta Comissão foi apaixonante! Durante aproximadamente dois anos de convivência, com muito estudo e muito debate (nem sempre harmônico), em 24 de outubro de 1995, a Maternidade do HU/UFSC foi efetiva e oficialmente aberta ao público, com um referencial filosófico humanista (ANEXO 1) e com a garantia de alguns avanços em termos de qualidade do serviço, como a presença do acompanhante a ser escolhido pela gestante, parturiente ou puérpera durante todo o período de internação, a opção pela posição vertical no parto e analgesia durante o trabalho de parto (se for de seu desejo), além da garantia do alojamento conjunto.

Durante os últimos seis anos, permaneci na assistência à família no processo parir e nascer, inicialmente no Serviço de Enfermagem de Clínica Obstétrica e, atualmente, no Serviço de Enfermagem em Clínica Ginecológica e Emergência Ginecológica e Obstétrica.

Porém, em 1996, logo após iniciar minhas atividades profissionais na Maternidade do HU/UFSC, realizei o Curso de Especialização em Projetos Assistenciais em Enfermagem da Rede de Pós Graduação em Enfermagem - Especialização em Enfermagem da UFSC (REPENSUL/ESPENSUL/UFSC), onde elaborei a monografia intitulada “Contra-referência de puérperas de uma unidade de alojamento conjunto para a rede básica de saúde:- proposta operacional”. Este foi um marco na minha escalada profissional. A utilização da pedagogia problematizadora para nortear as atividades de

ensino-aprendizagem, acabou por me fazer reconhecer com mais clareza a dinâmica das ações de saúde no contexto da prática em que me inseria. Nele instrumentalizei as bases do que acreditava ser educar em saúde; busquei na realidade do cuidado as respostas aos questionamentos do cotidiano, considerando a pessoa como um ser capaz, dotado de uma percepção e de um conhecimento próprio, inserida em um contexto social e vivenciando uma situação de conflito momentâneo, do qual sentia-me apenas facilitadora do aprendizado.

Simultaneamente iniciei como facilitadora no Projeto Curso Supletivo de Auxiliar de Enfermagem da REPENSUL/UFSC, onde tive a grata satisfação de formar duas turmas. Com isto, reforcei ainda mais a minha postura em favor desta nova outra de educar, co-participativa e bidirecional.

Após este período ingressei no magistério superior como docente da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), nas disciplinas de Enfermagem Materno-infantil e Enfermagem na Saúde da Mulher, permanecendo, nesta última, até os dias atuais. Descobri com isso, outra paixão: - ser educadora.

O convívio constante com gestantes, parturientes, puérperas e suas famílias colocou-me no centro de uma temática conflitual com vestes harmoniosas: - a educação em saúde na amamentação e a expressão dos conflitos maternos e familiares neste processo.

Mas como cheguei a esta escolha? Quais foram os caminhos percorridos e as inquietações do meu cotidiano profissional que me fizeram optar por este tema? É isto que apresentarei a seguir.

1.2 JUSTIFICANDO A ESCOLHA DO TEMA

Minha permanência nas Unidades Sanitárias durante o desenvolvimento da prática assistencial do Curso de Especialização em Projetos Assistenciais da REPENSUL/ESPENSUL/UFSC, trouxe-me muitos conhecimentos e inquietudes. De todas as inquietudes, a amamentação e a educação em saúde para este processo foram as questões que mais chamaram minha atenção. Nos encontros com puérperas e famílias que retornavam à rede básica de saúde, observava, com frequência, o reflexo de uma ação educativa para o processo de amamentação autoritária e unidirecional, cujas palavras muitas vezes equivocadas, acabavam por desempenhar papel significativo sobre as ações

dos sujeitos deste cuidado. Ações nem sempre benéficas, por hora, punitivas e de autoculpa. Não era raro perceber os conflitos, hora expressos, hora velados que permeavam o ato em si e que traziam consigo, uma gama de significações que fugiam à compreensão do saber profissional, metódico, científico e organizado. Processo conflitual quando não desejado ou aceito.

Como enfermeira assistencial em uma maternidade da Grande Florianópolis onde a educação em saúde representa aproximadamente a metade das ações profissionais, senti-me impelida a desvendar, mesmo que em parte, as artimanhas desta emaranhada rede que envolve o amamentar.

Reconhecendo a sua complexidade enquanto processo multifacetado por influências biológicas, culturais, sócio-econômicas, espirituais e éticas, visualizei com maior nitidez, a sua extrapolação aos limites da academia e da instituição e a sua inserção em todas as instâncias e extratos da sociedade que estas puérperas e famílias integravam.

Não que estivesse alheia a esta verdade, apenas não a considerava com a profundidade e dedicação que realmente merecia. Nada como um novo olhar à realidade para abrir nossos olhos e mostrar aquilo que não vemos ou não queremos ver.

Bem, mas este foi apenas o início das minhas inquietações! Uma tempestade de curiosidades ia aos poucos formando um arsenal de questionamentos para os quais não encontrava respostas.

Se a mídia mundial conspira no sentido de estimular a sociedade para o retorno desta prática, através do preparo de profissionais para o manejo adequado dos problemas relativos a questão, educando e desmitificando tabus, era de se esperar a sua legitimação.

Mas mesmo sabendo que a amamentação é reconhecidamente a forma mais adequada e menos onerosa de nutrição infantil, o que levaria algumas pessoas a desacreditar neste processo e transmitir esta percepção de geração em geração?

Não compreendia como profissionais que se encontravam (e se encontram) na vivência de um modelo biomédico hegemônico (em grande parte da nossa realidade profissional), do qual nem eles mesmos se dão conta, poderiam mudar o seu cuidar e favorecer a reestruturação de um paradigma assistencial mais justo, equânime e bidirecional.

Não aceitava o poder incorporado do profissional da saúde em decidir o que é melhor ou pior a outrem. Não sabia como tratar as diversas condutas empregadas pela equipe de saúde, diante do desejo manifesto de uma puérpera e família de abandonar a

amamentação.

Muitas vezes não sabia como deixar de apoiar a puérpera se reconhecia como legítimos os motivos para a mesma abandonar a amamentação. E ao fazê-lo, como deveria agir para não contradizer meus princípios filosóficos e éticos?

Hoje tenho a clareza de que esta conflituosa harmonia que vivenciei (e, em parte, ainda vivencio), foi o estímulo, o recado da natureza de que precisava (e preciso) ir além, pois "... não haveria criatividade sem a curiosidade que nos move e que nos põe pacientemente impacientes diante do mundo que não fizemos, acrescentando a ele algo que fazemos" (FREIRE, 1999, p. 35).

Interagir neste processo foi algo que exigiu muito empenho, serenidade e conhecimento científico de minha parte, além da compreensão e respeito ao saber empírico. Porém reconhecia o dever de relacionar-me com qualidade, buscando a congruência do discurso com a minha prática. Só assim, acredito, fui capaz de ensinar e ao ensinar, aprender (FREIRE, 1999).

1.3 JUSTIFICANDO O ESTUDO

Embora muitos caminhos apontassem para uma exaustão do tema amamentação, em minhas vivências como enfermeira assistencial de uma maternidade da rede pública e professora da disciplina de Enfermagem Materno-infantil em uma universidade particular do estado, deparava-me constantemente com conflitos e situações relativas à questão para as quais não encontrava respostas em livros e/ou nestas próprias relações. Acreditava (e continuo acreditando) que para alguns dos questionamentos não existem respostas definitivas, certas, imutáveis; algumas respostas originaram-se de uma prática reflexiva, pessoal e diversa, porque diversa também é a puérpera e família que comigo conviveu e convive em cada minuto do meu ser profissional.

Além do mais, grande parte dos estudos na área apontavam para uma abordagem da amamentação voltada para a necessidade e efeitos sobre a criança, seus aspectos bioquímicos, imunológicos, sociais, afetivos, entre tantos, cuja relevância não pude deixar de considerar.

Por isso busquei uma prática de educação em saúde baseada na interação, na troca de saberes, no respeito às escolhas e no direito à informação adequada, visando uma

compreensão, mesmo que parcial, dos conflitos do processo sob o ponto de vista materno e familiar da situação.

A ampliação da compreensão das ações de educação em saúde para a amamentação e o reconhecimento dos conflitos maternos e familiares no processo, acarretou mudanças não só em minha prática, mas também na percepção e/ou prática daqueles com quem convivi e convivo diariamente. Desta forma todos ganhamos: - alunos com a oportunidade de conviver com novas abordagens e puérperas e suas famílias mais conscientes do seu papel enquanto nutrizes ou não nutrizes.

Construí este estudo tendo como pano de fundo o meu próprio cotidiano profissional com a pretensão de fazê-lo útil, facilitando o caminho daqueles que futuramente se interessarem pelo mesmo tema. Ele foi fruto daquilo que lhe deu razão de ser: - a minha própria revolução, inacabada, porém profunda e que vem continuamente transformando minha relação com estas mulheres e suas famílias, quer seja no contexto profissional da instituição, quer seja no dia a dia de mulher e mãe.

Convém mencionar que, neste estudo, a família foi abordada como contexto, enquanto a puérpera figurou como foco das ações educativas e de pesquisa.

Trabalhos semelhantes foram desenvolvidos por Araújo (1997) em seu livro intitulado “Querer/Poder Amamentar, uma Questão de Representação?”, que ao focar as representações sociais das mulheres que amamentam sobre o aleitamento materno e o seu corpo, deixa transparecer a necessidade de estudos que apontem os fatores que interferem no processo para o desenvolvimento de uma ação profissional comprometida, de qualidade e com característica transformadora e Pereira (1999), que critica e analisa em sua dissertação “Amamentação: desejo ou sina”, os discursos oficiais sobre amamentação, enfocando a educação na escola e na família como forma de reprodução da ideologia dominante, levando-nos a repensar nossa forma de cuidar das pessoas que vivenciam o processo.

O estímulo à amamentação é uma das formas mais baratas e eficazes de reduzir as altas taxas de desnutrição e, conseqüentemente, de morbimortalidade infantil em nosso planeta, principalmente nos países mais pobres. É meu dever ético e profissional educar com qualidade e apoiar este processo, proporcionando decisões conscientes.

Com certeza, esta foi a forma que encontrei para lutar pela reestruturação do atual modelo assistencial e me contrapor a lógica mercantilista, que tão pouco tem feito pela vida e dignidade da pessoa.

Leopardi (1994, p. 16) menciona que:

Se tivermos a coragem de deixar nossos corações serem corroídos pelas incertezas e começar a experimentar, criar, ampliar nossa visão para além de nossos prováveis desacertos, para além ainda de nossos estereótipos e mitos, atingiremos o que está, em parte, indefinido ao nosso olhar, mas que se insinua poderoso em nossa imaginação. Podemos acreditar numa utopia da transformação, mesmo que a carreguemos mais como um fardo doloroso, do que como alento para nossas ações.

Foi acreditando nisto que encontrei forças para superar os obstáculos da trajetória e chegar até a elaboração desta dissertação. E a percorri cautelosa, não sem medos, mas, com certeza, com satisfação!

1.4 AMAMENTAÇÃO – UMA BREVE INTRODUÇÃO AO SEU SIGNIFICADO

Na sociedade brasileira de muita diversidade sócio-econômica, de diferentes culturas e etnias e de dimensões continentais, o processo de amamentação nem sempre se configurou como um ato simples. Ao contrário, mostrou-se intrincado em uma espessa rede de valores que envolveram profissionais, puérperas, nutrizes e não nutrizes, recém nascidos, famílias e sociedade.

Cabe mencionar que o processo de amamentação que menciono não se resume ao simples ato de colocar uma criança ao seio e desencadear o mecanismo neurohormonal de produção e ejeção do leite através da mama feminina. Falar apenas dessa forma seria enfocar apenas o seu aspecto biológico. Estou falando de um fenômeno social e culturalmente construído no Brasil de antes do descobrimento, desconstruído ao longo dos últimos 470 anos e gradativamente resgatado nas últimas três décadas. Refiro-me a um Brasil de diferentes raças, credos e valores, ao qual foi imposto modelo de alimentação infantil importado da Europa.

Falo de um processo que, além desta dimensão biológica, que não pode ser negada, possui um modelo social regulador que se coloca de maneira extremamente significativa sobre a mulher e a família, inibindo a manifestação dos conflitos maternos, impedindo a expressão do seu querer-poder amamentar (ALMEIDA, 1999; ARAÚJO, 1997). Esta dimensão social que hora reforça, hora enfraquece a crença no poder do leite humano para nossas crianças.

Enfatizo ainda a existência de uma dimensão psíquica imbuída de um poder de harmonizar o biológico e o social, garantindo a continuidade da amamentação. Perpasso

ainda, pela questão do gênero, da dominação do corpo feminino, a sua utilização enquanto aparelho ideológico do Estado e meio de afirmação social de categorias profissionais.

Falo de um processo que há pouco iniciou sua reconstrução, de uma necessidade de mudança de estereótipos – da cultura do desmame precoce, para o desmame dessa cultura. De uma inversão de valores, de uma questão de direito, de cidadania.

A partir do momento que uma mãe leva pela primeira vez o recém nascido ao peito, ela passa a saber que as mensagens sentimentais que acompanham a amamentação são tão importantes para o bem estar daquela criança, quanto o seu próprio leite. E ela tem razão. Sem estas mensagens, o alimento não bastaria para estimular o desenvolvimento emocional e até mesmo físico de seu filho (BRAZELTON, 1994). Porque a fome é multidimensional, assim como as pessoas e o próprio processo de amamentação e não se resolve apenas no plano biológico, com o estômago cheio. Há necessidade de mais: - mãe e filho (a) precisam encontrar este ponto de convergência para que o amamentar seja mutuamente benéfico.

1.5 OBJETIVOS DO ESTUDO

- Compreender como os conflitos maternos e familiares relativos ao processo de amamentação se expressam nas puérperas e suas famílias;
- Refletir sobre o processo educativo dialógico para o amamentar nas interações da(o) enfermeira(o) com as puérperas e suas famílias em nível hospitalar e domiciliar.



Fonte: Do livro "Histórias da vida inteira" (MALDONADO, 1994)

"Nunca conhecemos a realidade como ela é, tanto porque há limites no sujeito – que sempre tem da realidade uma captação construída – e o desdobramento na realidade é sempre maior que as nossas explicações e intervenções".

Pedro Demo

2 REVISÃO DE LITERATURA

Para uma melhor compreensão, esta etapa do trabalho foi dividida em três partes, cada qual contemplando uma das partes do estudo em questão. Na primeira parte, abordo a questão da amamentação, sua história, avanços e retrocessos. Na segunda, trato das questões relativas a educação, a saúde e as políticas públicas de apoio ao processo. Finalizo, trazendo à tona a questão do conflito na maternidade e, conseqüentemente, na amamentação, suas implicações sociais, profissionais e pessoais.

2.1 A AMAMENTAÇÃO

Maldonado (1984) menciona que ao olharmos um fenômeno a partir de uma perspectiva histórica, teremos melhores condições de entender suas características e variações, inclusive as que mais tipicamente marcam o presente.

Foi pensando nisto que, ao estudar o processo de amamentação, acreditei ser pertinente mergulhar no tempo e identificar na história das mulheres e das crianças (em nível mundial e no Brasil), a construção do ideal de maternidade baseado no mito do amor materno (BADINTER, 1985; MALDONADO, 1984; PARKER, 1997) e na imagem da unidade mãe-filho (a) citada por Parker (1997), refletindo no contexto das ocorrências o que foi mencionado e os seus diversos determinantes.

Perpassei pela desconstrução da prática da amamentação na sociedade brasileira a partir da sua colonização pelos civilizados povos europeus, apontando as artimanhas de poder social, político e mercadológico embutido nos diversos modelos hegemônicos que se desenharam para a questão ao longo destes 500 anos de descobrimento (ALMEIDA, 1999), apontando as possibilidades de sua reconstrução a partir de uma perspectiva epistemológica.

2.1.1 Viajando na história das mulheres, das crianças e da amamentação - uma corrida no mundo e no tempo

Desde o começo da civilização, estivemos interferindo no papel normal da amamentação. Talvez o aleitamento artificial seja tão antigo quanto o próprio ato de amamentar. Em várias ocasiões, escavações arqueológicas mostravam recipientes ao lado de corpos de lactentes, demonstrando a existência de dificuldades vivenciadas por mulheres mesmo nos tempos mais remotos (SHORT, 2000).

As mais antigas garrafas de leite (mamadeiras) conhecidas para dar leite a crianças humanas datam de 4000 anos a.C. Diferentes tipos foram encontrados em diferentes lugares da Itália e Grécia. Talvez elas tenham sido a causa de muitas mortes de crianças naquela época. O fato de muitas crianças mamarem em animais aparece nas descrições mitológicas, como por exemplo, Rômulo e Remo (fundadores de Roma no século VIII a.C.), que foram amamentados por uma loba e Zeus, por uma cabra. Até os faraós usaram amas-de-leite para criar seus filhos. Moisés e Maomé sobreviveram por terem sido amamentados por amas-de-leite depois de resgatados das batalhas (SHORT, 2000).

As primeiras descrições detalhadas sobre a amamentação encontram-se no Código de Hamurabi, datado de cerca de 1800 anos a.C., seja de próprio filho ou de outras crianças. Naquela época, nutrir crianças que não fossem suas por aluguel, era prática comum na sociedade (SHORT, 2000).

No Mundo Antigo, mulheres pertencentes aos povos egípcios, babilônicos e hebreus amamentavam seus filhos até três anos, enquanto gregos e romanos alugavam escravas como amas-de-leite para fazer este trabalho. Em Esparta, as mulheres, sempre amamentaram seus filhos. Plutarco menciona que o segundo filho do rei Themistes herdou o trono por ter sido amamentado por sua mãe, a rainha, enquanto o primogênito foi nutrido por uma ama-de-leite (SHORT, 2000).

Badinter (1985) menciona que Plutarco, ao que parece, foi o iniciador do primeiro movimento moral em favor da amamentação. Como numa profissão de fé no processo, insistia em afirmar que as mamas foram dadas as mulheres para que elas amamentassem. Do contrário, dizia ele, qual seria a sua utilidade?

Platão, na obra “República”, defendeu a criação de crianças em creches utilizando amas-de-leite; estas amas deveriam trocar de criança com frequência, pois se

acreditava que longos contatos entre as mesmas, poderia prejudicar a relação com a mãe natural. Na época, Tácito e Plutarco, dois filósofos e moralistas romanos, se posicionaram claramente contra as amas-de-leite (SHORT, 2000).

Aristóteles, em 350 a.C., citado por Short (2000), escreveu sobre a amamentação, mencionando a sua capacidade contraceptiva e associando o ato à natureza:

As mulheres continuam a ter leite até a sua próxima gravidez; aí o leite para de vir e seca, de forma igual na espécie humana e em vivíparos.[...] Enquanto a mulher estiver amamentando, a menstruação, por natureza não ocorre, nem ela concebe; se ela de fato conceber, o leite seca.

Na Bíblia (1990) encontramos inúmeras referências à amamentação, demonstrando que o uso de amas-de-leite era comum àquela época. Entre estas menções destacam-se:

Teve por isso compaixão dele, embora dissesse:- esse é um dos meninos dos hebreus. A irmã dele disse então a filha do faraó:- devo ir e chamar especialmente para ti uma ama dentre as mulheres hebréias, a fim de que amamente para ti? De modo que a filha do faraó lhe disse:- vai! (ÊXODO, 2: 6-8).

Eu vos alimentei com leite, não com algo para comer, pois não éreis ainda bastante fortes (CORÍNTIOS, 3:2).

Desejai ardentemente como crianças recém nascidas o leite genuíno, não falsificado, para que por ele, vades crescendo (PEDRO, 2:2).

Segundo Badinter (1985), a prática da utilização de amas-de-leite tornou-se freqüente em Roma no século V, precisando ser regulamentada pelo Código Teodosiano. Relata que Júlio César, ao retornar de Gália, vê com surpresa o fato das mulheres passearem com cães e macacos nos braços, exclamando: “- As mulheres romanas não têm mais como outrora, filhos a amamentar e a carregar no colo?”

Em 1542, o espanhol J. L. Vivés publicou a obra intitulada “A instituição da mulher cristã”, denunciando severamente a ternura e a educação tolerante que as mulheres tendiam a dar aos filhos, mencionando que: “As delícias são o que mais debilita o corpo; por isso, as mães perdem os filhos quando os amamentam voluptuosamente”. Ao analisar esta citação Badinter (1985) acredita que a mesma não está voltada contra amamentação em si, mas contra o prazer que este ato pudesse estar proporcionando a mulher, o que causaria a perda moral do filho.

A indiferença dos pais à morte dos filhos constituía a mentalidade da época na França e pode ser expressa na célebre frase de Montaigne: “Perdi dois ou três filhos com amas, não sem pena, mas sem aborrecimento” (BADINTER, 1985, p. 89).

A ausência aparente de sofrimento pela perda de um filho não se limita à França. Badinter (1985) menciona que na Inglaterra da época, muitas mães abandonavam seus filhos agonizantes nos regatos ou sobre os montes de lixo de Londres, onde ficavam apodrecendo.

Escritos médicos da Idade Média começaram a recomendar o desmame cada vez mais cedo, diminuindo o período de amamentação do início da Idade Moderna até os primeiros anos da Idade Contemporânea, de 24 meses em textos publicados entre 1540 e 1584, para 6 meses em materiais publicados entre 1753 e 1799. Gradualmente se introduz papas engrossantes e mingaus como substitutos do leite materno, que foi chamado posteriormente de desmame seco e passou a ser usado pelas amas-de-leite para criação das crianças que lhe eram confiadas, com altas taxas de mortalidade associada a esta prática (SHORT, 2000).

Entre os séculos XI e XV surgem os Hospitais Foundling nas grandes cidades da Europa, para cuidar das crianças abandonadas, ilegítimas e órfãs e utilizando o desmame seco ou amas-de-leite como forma de alimentação infantil. A taxa de mortalidade destas crianças chegava a quase 100%. O Hospital de Dublin (na época pertencente a Inglaterra e, atualmente, capital da Irlanda) nos anos de 1775 a 1796 chegou a apresentar o índice de 99,6% de mortalidade, funcionando como um verdadeiro abatedouro de crianças (SHORT, 2000).

Venâncio (1997) refere-se a estas instituições, como Casas de Caridade ou Santas Casas de Misericórdia (Brasil), mencionando que elas começaram a ser construídas na França, Espanha e Portugal a partir do século XIII e no Brasil, a partir do século XVII.

Do século XIII ao século XVII, em decorrência das deficiências administrativas da época, não se conseguiu informações precisas sobre o uso de amas-de-leite na França. A Declaração Real Francesa, de 1736, que obrigou os curas a firmar dois registros semelhantes e a entregar um deles anualmente ao arquivo do bailiado, começou a fornecer dados confiáveis a este respeito (BADINTER, 1985).

Com base em poucos registros oficiais e em diários de família, alguns historiadores afirmam que a burguesia francesa do início do século XVI amamentava seus filhos, e até o final do mesmo, a amamentação mercenária só era procurada pela aristocracia. Badinter (1985, p. 66) cita que Montaigne, em seus “Ensaaios” escritos de 1780 a 1790, censura o uso de amas-de-leite, mencionando que:

Em troca de um pequeno benefício, arrancamos todos os dias crianças dos braços das mães e a estas encarregamos nossos próprios filhos; obrigamos estas mães a

abandonar os filhos a alguma pobre ama a quem não desejamos entregar os nossos, ou a alguma cabra.

Mas, segundo Badinter (1985), ele mesmo encaminhou seus quatro filhos mais velhos para serem amamentados por amas-de-leite, e quando permitiu que sua filha menor fosse amamentada pela mulher, o fez com pouco entusiasmo.

Numa época em que a amamentação significava uma possibilidade muito maior de sobrevivência para a criança, a recusa materna em dar-lhe o seio configurou-se como um primeiro sinal de rejeição e uma quase sentença de morte (BADINTER, 1985).

Almeida (1999), referindo-se ao amor materno como uma construção social, menciona que o amamentar nunca foi prática na sociedade instituída do velho mundo. A prática naquela sociedade era a do desmame e assim configurou-se até o final do século XVII e início do século XVIII, era do Iluminismo.

Numa relação marcada pelo poder e a opressão masculina, à mulher e a criança até o início do século XVII, sobravam apenas a violência e a severidade, e a mãe não escapava da reprodução destes costumes. A imagem social da criança como ser inferior, portador e causa do pecado original (malignidade natural), constituiu o pensamento agostiniano (Santo Agostinho) justificando todas as ameaças, surras e palmatórias. Erro ou pecado, a criança era um mal a ser banido. Todas as crianças, principalmente as lactentes, eram consideradas um fardo (BADINTER, 1985).

Na realidade da Europa a preocupação com as altas taxas de mortalidade infantil só começou a acontecer em meados do século XVII. Por conta do presumido despovoamento dos países e sua ameaça em termos econômicos (o capitalismo começava a se estruturar e havia uma escassez de mão-de-obra) e de defesa (constituição dos exércitos), a criança assume um valor mercantil, porque produz riqueza e também poderá se transformar, substancialmente, em poderio militar (BADINTER, 1985; ALMEIDA, 1999).

O hábito de deixar a criança na casa das amas-de-leite generalizou-se entre a burguesia francesa. A atitude destas mulheres era determinada pela influência da ideologia dominante, cujo foco centrava-se no homem, chefe da família, fazendo com que a mulher priorizasse os interesses do marido em detrimento aos do filho. É no final do século XVIII que se estende por toda a camada da sociedade urbana, dos mais pobres aos mais ricos, nas pequenas ou grandes cidades (BADINTER, 1985).

Vinha e Scochi (1989) corroboram esta citação, mencionando que as mulheres

desta época não amamentavam por questões estéticas, pois o ato não estava na moda e elas queriam manter a sua beleza e frescor. Isto teve como consequência, altos índices de morbidade, desnutrição e mortalidade infantil.

Com o objetivo de diminuir as altas taxas de mortalidade infantil, configurou-se na Europa entre o século XVII e XVIII, o Movimento da Medicina Higienista, cujo foco centrava-se na parte que se acreditava mais vulnerável da sociedade: a mulher e a criança.

Na sua análise para compreender a ocorrência das altas taxas de mortalidade infantil, os médicos elegeram a natureza como imagem objetiva e a compararam a mulher, chegando a conclusão de que a grande diferença estava na amamentação. Os animais amamentavam, as mulheres não! (ALMEIDA, 1999).

Badinter (1985) refere-se à atitude higienista de comparar a mulher à natureza, que refletia a ideologia do povo europeu da época, como mais uma forma de se mostrar o quanto a mulher era desnaturada, ou ainda, em outras palavras, uma mãe ruim. O amor materno nato e instintivo passa a ser estimulado. Não se pode negar o peito ao filho sob pena de se adoecer e padecer até a morte (condenação teológica), teoria reforçada pelos médicos da época. A condenação teológica foi imposta as mulheres, quando elas não eram sensíveis nem mesmo ao argumento da saúde, da beleza e da felicidade. A recusa em aleitar o filho passou a ser vista não apenas como um erro, mas como um pecado contra Deus, uma ação imoral, que não fazia parte do ideal da boa mãe.

Ainda no século XVIII, o médico inglês W. Cadogan, muitas vezes tratado como o Pai Foundling da Pediatria, determinou muita das atitudes atuais quanto a amamentação. Utilizando amas-de-leite, ele reduziu a mortalidade infantil do Hospital Floundling de Londres, onde trabalhava, para cerca de 56%. Publicou, em 1748, o “Ensaio sobre a amamentação e o manejo de crianças do nascimento aos três anos”, que foi traduzido em francês e reimpresso na Inglaterra, França e América, no decorrer deste século.

Embora parte das colocações feitas por Cadogan estivessem corretas, muitas de suas afirmações acabaram por gerar preconceitos com relação à amamentação que permanecem até hoje, como o estabelecimento de horários para amamentar, o receio de perder a estética da mama e a necessidade de complementos ao leite materno (SHORT, 2000).

Rousseau, médico e político francês publicou, em 1762, “Émile”, lançando idéias fundamentais sobre a família e iniciando a exaltação ao amor materno

(MALDONADO, 1984).

O advento do Iluminismo com os princípios da busca da felicidade e da valorização do amor, reforça o discurso de Rousseau e inicia um processo de homogeneização da família e valorização do vínculo afetivo entre mães e filhos; a criança começa a adquirir um espaço na sociedade (BADINTER, 1985; MALDONADO, 1984).

Barreto (1999) cita que o surgimento da sociedade burguesa na Europa determinou mudanças progressivas no modelo familiar, passando esta a ser um lugar privilegiado para a manifestação de afetividade entre cônjuges e filhos; a criança passa a ser vista como um ser com sentimentos diferentes do adulto. Os filhos das senhoras poupadas do trabalho da maternagem eram amamentados por amas-de-leite que, mesmo escravas, podiam amamentar seus próprios filhos, embora o da senhora tivesse prioridade, origem do termo “mãe de leite”.

No século XVIII a condenação moral substitui a condenação teológica feminina. O abandono à prática do aleitamento passou a ser considerado um crime contra o filho, já que a sociedade lhe concedeu a responsabilidade pela sobrevivência e saúde do mesmo. Agora os reformadores lhe concederam o importante “... papel de preceptora. Se as mães amamentarem, os pais farão naturalmente os seus deveres. A família será unida e a sociedade virtuosa. [...]. O Estado será rico e poderoso” (BADINTER, 1985, p. 199).

O século XIX surgiu com uma nova imagem de mãe iniciado no final do século anterior, papel que a mulher acabou aceitando e cujos traços se acentuaram no século seguinte. Foi a era das provas de amor e da transformação da criança, principalmente o bebê, como centro da atenção materna. A mulher passou a querer o filho junto de si e por ele era capaz de sacrificar-se.

Na exaltação ao amor materno iniciou-se o processo de intimidar e culpar as jovens mães - a recusa de amamentar e a tentativa de abortar passaram a ser consideradas um crime (MALDONADO, 1984).

A obstetrícia surgiu como especialidade médica em 1806 e a mulher passou a ser objeto de estudo que visava definir o seu papel social a partir de sua anatomia. Rousseau, em 1775, definiu o corpo feminino como adequado à maternidade, apontando a fraqueza e a sensibilidade como características da mulher e da mãe. A mulher cabia agora, os limites do lar (BADINTER, 1985; MALDONADO, 1984).

“Não amar o filho tornou-se um crime sem perdão. A boa mãe é terna, ou não é uma boa mãe. Ela não suporta mais o rigor e a inflexibilidade demonstrados antigamente

para com a criança” (BADINTER, 1985, p. 211).

Badinter (1985) menciona que o primeiro indicativo de uma mudança de comportamento materno, refletiu-se pelo aumento do desejo de amamentar o próprio filho. As mulheres da cidade, gradativamente retomaram seus filhos a casa. O uso de amas-de-leite decresceu sensivelmente. Aos poucos, as mães (com mais resistência as aristocratas) começaram a compreender a importância dos seus carinhos e cuidados com o filho. Livraram-no das faixas tornando possível o contato e o afago. Amamentavam-nos até o surgimento dos dentes e mantiveram os princípios da higiene e exercícios. A ansiedade despertada pela nova responsabilidade sobre o filho, as fez buscar apoio na medicina, que propositalmente estabeleceu uma aliança privilegiada.

No culto à maternidade, ocorrido no século XIX, o valor social da mãe cresceu na sociedade e, à sua função biológica, foi acrescentada a função social (MALDONADO, 1984).

Acompanhando esta mudança, o papel da criança também cresce na sociedade. No final do século XIX (1865 a 1870) foi criada por Brochard, na França, a Sociedade Protetora da Infância, que diagnosticou o pouco desenvolvimento do sentimento de maternidade naquele país. À função inicial de proteger as crianças contra a incúria das amas-de-leite, acrescentou-se a proteção contra a indiferença das próprias mães. Pioneiro na compreensão da necessidade do ensino da maternidade, enganou-se ao acreditar que este aprendizado levaria “[...] todas as mães a cumprirem seus deveres e que a amamentação mercenária passasse a ser não mais uma indústria, mas uma exceção” (BADINTER, 1985, p. 234).

A amamentação mercenária continuou existindo até o final deste século, quando então, foi substituída pelo aleitamento artificial sob a forma de mamadeira de leite de vaca, progresso possibilitado pelo advento da esterilização. Uma certeza nós trazemos deste século:- a culpa dominou o coração das mulheres que não puderam assumir os seus deveres de boa mãe (BADINTER, 1985; MALDONADO, 1984).

No século XX ampliaram-se ainda mais as responsabilidades maternas; além de nutriz e mãe devotada, a mulher teve de assumir ainda a responsabilidade pela felicidade e educação do filho.

Na ênfase exagerada da importância da relação mãe-filho (a), teóricos da psicologia da época, acabaram desenvolvendo uma atitude acusatória e culpógena para com a mulher, acentuando a imagem da devoção e do sacrifício que caracterizavam a boa

mãe, que passa a ser o elemento agregador da família (MALDONADO, 1984).

Os movimentos feministas da década de 60 delineiam novos valores para as mulheres. Os 200 anos de responsabilização e a necessidade da clausura da maternidade aos poucos vão se atenuando. A culpa começa a ser desmitificada; a mulher-mãe-nutriz não deseja mais carregar o pesado fardo do universo da amamentação - ela quer dividi-lo com os homens, com os filhos e com a sociedade - e emerge com este forte desejo de partilha no início deste século XXI.

Utopia? Talvez! Só o tempo dirá!

2.1.2 A trajetória da desconstrução da amamentação no Brasil - a importação do modelo europeu e a construção de novos paradigmas

O longo e complexo caminho trilhado para a incorporação da cultura do desmame precoce e a descrença no poder da amamentação no Brasil, tem sua origem com a chegada dos colonizadores europeus.

Almeida (1999) apud Silva, cita que a primeira referência que se tem da amamentação no Brasil, remonta a época do descobrimento e está contida na Carta de Pero Vaz de Caminha ao Rei de Portugal: “[...] com um menino ou menina no colo, atado com um pano (não sei de que) ao peito [...]”.

Lançava-se assim, o primeiro olhar sobre este processo legitimado na cultura da mulher indígena brasileira até o ano de 1500. É interessante observar que os portugueses manifestaram (e registraram) maior estranheza ao ver nossas índias amamentando, do que a sua própria nudez, tal era o descrédito que tinham pelo processo.

Almeida (1999) cita que no contexto brasileiro foi este, provavelmente, o primeiro embate cultural em torno da amamentação, percebida pelos descobridores como comportamento instintivo e natural, impróprio para o homem civilizado. Importantes aspectos dos indígenas brasileiros que cultivavam o hábito da amamentação merecem ser mencionados:

- O regime alimentar do lactente acompanhava o desenvolvimento da marcha. Na fase de colo, sua alimentação era basicamente o seio materno. A mãe colocava uma massa pré-mastigada de grãos de milho nas mãos do filho, dando-lhe o direito de decidir levá-la ou não à boca. O início da marcha dava a criança o direito de alimentar-se com o que a

família ingeria, porém, sem abandonar o seio materno;

- A duração da amamentação mista persistia até mais de dois anos, existindo relatos de amamentação até os sete anos. O desmame se dava em caso de morte materna, doenças graves da mãe ou casos interditados pela cultura, como filhos de inimigos com mulheres da tribo e filhos de índias que mantinham relações sexuais com mais de um parceiro;
- A compatibilização da tripla jornada de trabalho. A índia conseguia harmonizar as funções de mãe-nutriz-trabalhadora, apesar da grande carga de trabalho que a sua sociedade da época lhe impunha.

Relatos de jesuítas e viajantes da época confirmam que a amamentação era prática instituída no Brasil Tupinambá e que o problema do desmame começa a ser desenhado a partir da importação de um modelo de regime alimentar europeu, onde o amor materno era ignorado por não ser considerado um valor social e moral e amamentar era algo indigno para uma dama da sociedade europeia, tarefa relegada às amas-de-leite. Na relação colonizador X colonizado predominou a ideologia europeia, trazendo nefastas conseqüências para a saúde infantil (ALMEIDA, 1999).

Do contato com o povo branco, adveio a peste que dizimou aldeias, a escravidão, os conflitos e a fome, deixando uma verdadeira legião de crianças órfãs. A esta situação de desamparo a criança indígena, acompanhou-se a morte.

Venâncio (1997) menciona que o abandono de crianças no Brasil colonial despertou o interesse dos administradores e do clero desde o século XVI, levando os jesuítas a criar colégios para abrigá-las. No século XVII, dada a precariedade das condições de vida dos colonizadores, as primeiras crianças de origem portuguesa começaram a ser abandonadas.

A morte passou a ser vista com naturalidade, idéia reforçada pela ideologia cristã. Segundo Freyre (1978), os jesuítas, com a função de catequizar acabaram por disseminar entre os indígenas a cultura da resignação, onde a criança morta deveria ser vista como um anjinho e um presente a Deus, com felicidade assegurada no céu.

Loyola (1983) menciona que a família branca que chegou ao Brasil, no início da colonização, se estruturou de forma nucleada e hermética, isolada no interior da casa grande e com o patriopoder bem definido: a mulher cabia a casa e o silêncio; ao homem, o contato com o mundo exterior e a sociabilidade da rua.

Na instituição do uso de amas-de-leite para os filhos das mulheres portuguesas

ricas, conforme citado por Freyre (1978), as índias cunhãs foram usadas, constituindo-se nas primeiras salóias brasileiras, sendo substituídas (por resistência em abandonar a amamentação de seus filhos), pelas escravas africanas, a qual impôs-se o desmame da criança negra em favor da criança branca.

A evolução da urbanização acabou por ampliar a difusão das amas-de-leite entre as novas camadas sociais, o que possibilitou a construção de um novo ator social - a mãe-preta de aluguel. O grande valor de mercado destas mulheres serviu para reforçar a relevância que se atribuía ao aleitamento mercenário, impregnado por uma estratégia mercantilista que caracteriza o capitalismo e que se configurou muito antes da chegada dos leites industrializados (ALMEIDA, 1999).

A grande diferença entre as amas-de-leite portuguesas (mulheres livres) e as amas-pretas de leite (escravas africanas) estava justamente nesta questão: as primeiras alugavam seus seios e recebiam um pagamento por isso; as segundas tinham seus seios sugados por outras crianças, mesmo contra a sua vontade, e quem recebia por isto eram os seus senhores. Logo, criar mulheres negras para alugar como amas-pretas, configurou-se como um negócio muito lucrativo do Brasil escravista colonial.

Almeida (1999) menciona que no nascedouro da sociedade brasileira, muito antes da chegada do capitalismo, a amamentação já se prestou para aqueles que pretendiam auferir lucros, a manobras comerciais com grandes vantagens financeiras.

Durante o segundo e terceiro século de colonização, ocorreu o que Venâncio (1997) menciona como uma modalidade selvagem de abandono de crianças. Em decorrência dos desequilíbrios ocasionados pelo ritmo acelerado das transformações sociais, os pobres perambulavam pelas ruas das cidades brasileiras, muitos deles, abandonando seus filhos em calçadas, terrenos baldios e praias, causando indignação e perplexidade. E o Brasil, como colônia portuguesa, imita o modelo assistencialista europeu (que contava com séculos de auxílio aos expostos) e constrói casas de caridade e outras instituições para garantir a estes bebês o sacramento do batismo antes da morte, salvando-os do inferno. Segundo Maldonado (1984), em 1738 foi fundada a Casa dos Expostos ou Fundação Romão Duarte no Rio de Janeiro.

Mas não foi somente com este intuito que estas instituições surgiram. Maldonado (1984) menciona que no final do século XVII, a situação da mãe ilegítima passou a ser intolerável na sociedade (tanto na brasileira, quanto na européia). A Reforma Protestante e a Contra-Reforma iniciadas no século anterior exigiam, entre outras coisas, a

fidelidade conjugal, levando muitas mulheres a recorrer a prática do aborto, abandono e infanticídio (muitas vezes mascarados sob a forma de acidente). Ao receber crianças abandonadas, estas Casas de Expostos, protegiam a honra das famílias coloniais, escondendo os filhos ilegítimos.

Nas Santas Casas de Misericórdia de Salvador, Recife e Rio de Janeiro, foram instaladas as rodas dos expostos. Formada por um cilindro que unia a rua ao interior da instituição, impedia que se visse quem havia abandonado a criança. A roda funcionou como refúgio à manutenção da honra materna e dos valores familiares, tentativa de salvar a criança da morte pela miséria extrema e como cemitério para aquelas crianças cujos pais sequer podiam arcar com os custos de um enterro digno e cristão (VENÂNCIO, 1997).

As crianças abandonadas na roda dos expostos tinham destinos diferentes: poderiam ser encaminhadas a famílias que, para salvar suas almas, aceitavam criá-las até os sete anos ou encaminhadas para serem amamentadas por amas-de-leite ou permaneciam na própria instituição (VENÂNCIO, 1997).

Nas Santas Casas do Brasil, mantidas a base de doações, as crianças que ali permaneciam eram alimentadas artificialmente, utilizando-se artefatos como o pano de linho puído e bonecas de algodão embebidas em leite, bules com bico de borracha e colheres de pau ou de prata. Aquém desta dificuldade, o desconhecimento dos princípios de higiene e a forte influência da teoria miasmática na preparação e escolha dos alimentos, acabavam por levá-las, quase que irremediavelmente à morte (VENÂNCIO, 1997).

Quando a razão da acolhida da criança na casa da ama-de-leite era representada pelos interesses financeiros, a vida deste bebê corria sérios riscos, pois a criança geralmente era alimentada artificialmente, chegando algumas a acrescentar aguardente ao leite para acalmá-la (VENÂNCIO, 1997).

Independente do destino, quem não tivesse a sorte de ser alimentado por uma ama-de-leite, com raras exceções, acabava morrendo. Registros mostram que as Santas Casas de Misericórdia do Rio de Janeiro e Salvador acolheram, nos séculos XVIII e XIX, 50 mil enjeitados (VENÂNCIO, 1997).

Vinha (1983) relata que era comum nos jornais e periódicos da época, anúncios oferecendo amas-pretas para servirem como amas-de-leite.

Almeida (1999, p.30-31) cita alguns exemplos de anúncios publicados no “Jornal do Comércio” da cidade do Rio de Janeiro, em 1850:- “Aluga-se uma preta para ama-de-leite, parida há sete dias com muito bom leite” (15/08/1850); “Vende-se uma preta,

moça, com bom leite, com filho ou sem elle, que tem dous meses” (08/08/1850).

A partir do século XVIII, em função da preocupação com o despovoamento e, conseqüentemente, com a vulnerabilidade que os países colonizadores seriam submetidos devido às altas taxas de mortalidade infantil, as publicações recomendavam que as mães voltassem a cuidar pessoalmente de seus filhos e a amamentá-los. Começava-se a reconhecer que a grande vulnerabilidade das crianças tinha um denominador comum: a ausência quase que exclusiva do leite materno para a alimentação de lactentes.

A filosofia do Iluminismo traz a tona dois novos valores: a busca da felicidade e a valorização do amor. Desta forma, a criança adquire um certo valor social e as mulheres se aproximam mais dos maridos, mesmo que esta relação ainda estivesse longe ser aceita na realidade da família brasileira (BADINTER, 1985).

A sociedade brasileira organizada tinha a família como base e o homem como senhor supremo, constituindo o que hoje chamamos de patriopoder. E o Estado Monárquico (que buscava instituir um sistema de controle da população) se aliou a Medicina Higienista (que buscava afirmação social), para através da mulher, quebrar a invulnerabilidade do lar e destituir o homem do patriopoder (COSTA, 1983; ALMEIDA, 1999).

Esta reciprocidade de interesses fez com que se determinasse a medicalização das ações políticas, pelo reconhecimento do valor político das ações médicas. A prática higienista elegeu a família de extração elitista como alvo principal, usando técnicas de persuasão e estratégias de ataque, as quais chamaram de higiene familiar, e nas quais a mulher assumiu o papel de mediadora entre os filhos e o Estado. Reconstruiu socialmente a biologia do ciclo gravídico-puerperal, usando, na ordem natural do instinto, a maternidade e a amamentação. Assim, amamentar tornou-se um ato meramente biológico e diretamente ligado aos interesses do Estado e do poder médico (ALMEIDA, 1999).

Corroborando a citação anterior, D’Incao (1997) relata que uma série de medidas de higiene são adotadas pelo Estado Monárquico no início do século XIX. A abertura da Faculdade de Medicina introduz idéias novas sobre higiene entre famílias de classe alta.

O Movimento higienista valeu-se da amamentação para se fortalecer na sociedade e colonizar progressivamente a família, tornando-a dependente do saber profissional. A conduta prescritiva e de enfoque meramente biológico dita normas, como os citados por Silva (1990), que incluíam o estabelecimento de horário e tempo para as

mamadas (no máximo quatro vezes ao dia), a utilização de ambos os seios, o uso de chupetas para acalmar a criança, a proscrição do uso de água com açúcar para a criança, e a dieta alimentar da nutriz, entre outros, que as mulheres foram obrigadas a cumprirem. Os grandes slogans (“A saúde de seu filho depende de você – amamente”) responsabilizavam a mãe pela saúde do filho, valendo-se para isto, da amamentação. Isto foi dito para uma mulher que historicamente desconhecia o amamentar, iniciando a sua culpabilidade pela não concretização do processo. Os mitos do leite fracos e do pouco leite foram, desta forma, construídos por um modelo de assistência baseado em apenas uma das dimensões do amamentar – a biológica, estando, portanto, fadado ao fracasso. A inabilidade profissional para trabalhar dois conceitos intimamente ligados, mas distintos em termos de prática - a promoção e o apoio, desmoronou o modelo promotor da amamentação, primeiro paradigma brasileiro para o resgate desta prática. A medicina determinou com propriedade e rigor que a mulher devia amamentar, mas esqueceu de ensiná-la como fazer, amparando-a para vencer a historicidade de seus costumes e os conflitos que dele emergiriam.

Este desmoronamento traz consigo uma nova modalidade de enfoque: a regra da exceção. A medicina, que não soube ouvir a mulher precisava justificar a sua inabilidade em lidar com o problema e começou a dizer-lhe que o remédio para o leite fraco e o pouco leite, era novamente o uso das amas-de-leite (ALMEIDA, 1999).

No final do século XIX e início do século XX a sociedade brasileira passou por consideráveis modificações. O capitalismo se consolidou e a população urbana cresceu. Com a instalação da República, do modelo urbano-industrial e da imposição do modelo burguês de família, a sociedade do consumo se estruturou. O surgimento de uma nova classe social traz consigo uma nova mulher, agora marcada pela intimidade do sólido ambiente familiar e do sentimento de maternidade. O cultivo desta maternidade aparece como um instinto, um sentimento natural, porque se começa a acreditar que os laços de sangue são mais fortes que os outros que se constroem ao longo da vida (D’INCAO, 1997).

Neste contexto surge no mercado brasileiro, a mamadeira - símbolo de modernidade, de desenvolvimento. Concomitante a isto chega ao Brasil, em 1912, as primeiras remessas de leite condensado e farinha láctea importados da Suíça. Agora, a medicina e as mães começam a acreditar que a diáde mamadeira-leite industrializado era a solução para a hipogalactia (pouco leite) que, aos poucos, começou a ser prescrito para as exceções, mas que por interesses econômicos, vencem o discurso do aleitamento natural e acabam por generalizar-se nas décadas de 40 a 70 em todo o Brasil (ALMEIDA, 1999).

A indústria valeu-se da regra da exceção para generalizar a cultura do aleitamento artificial, configurando o que mais tarde seria chamado de desmame comerciogênico. O marketing da indústria de produtos lácteos mudou, em 40 anos, a percepção médica sobre o aleitamento materno. Da apologia ao aleitamento natural, se passou ao discurso e prática do desmame precoce e da alimentação artificial nas décadas de 40 a 70. Os elementos culturais de valorização do leite em pó foram tão bem introjetados em nossa sociedade, a começar pelas pessoas que detinham o poder sobre a questão na época, os pediatras, que muitas pesquisas compararam ou apontaram a superioridade dos leites artificiais sobre o materno (ALMEIDA, 1999).

Alguns fatores como o estabelecimento da família nuclear, o aumento considerável da medicalização do nascimento, a instalação de berçários como a única forma de atendimento de recém nascidos, o desconhecimento do real valor da amamentação, as mudanças no papel social da mulher, a emancipação feminina e as contradições entre trabalho e vida reprodutiva e a divulgação pelos próprios profissionais da saúde de produtos industrializados através da prática profissional, entre muitos outros, acabaram por nortear a alimentação artificial das crianças brasileiras até o final da década de 70 (ALMEIDA, 1999).

A publicação de *The Baby Killer* por Mike Miller em 1974, apontando a relação entre o marketing praticado pelas multinacionais produtoras de alimentos infantis e a morbimortalidade infantil nos países da África, Ásia e América Central, fez com que a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância e adolescência (UNICEF) iniciassem, no mundo, uma campanha para o resgate da prática da amamentação natural (Brasil, 1991).

No Brasil, época de profunda degradação das condições gerais de vida e saúde da grande maioria população, a Investigação Interamericana de Mortalidade na Infância causou impacto ao divulgar os indicadores de saúde que apontavam as precárias condições de existência do grupo materno-infantil, considerado mais vulnerável e de maior risco. Os indicadores sociais indicavam que, ao final dos anos 70, o Brasil apresentava uma mortalidade infantil de 88/1000 nascimentos (no Nordeste esta taxa atingia 124/1000 nascimentos); a desnutrição crônica atingia 56% da população; o desmame no 1º mês de vida era de 54% nos lactentes de São Paulo e de 80% nos de Recife; 50% dos pediatras prescreviam mamadeira e 90% aconselhavam o uso de água no intervalo das mamadas (BRASIL, 1991).

Diante destes fatos a reversão do desmame precoce foi apontada como uma das estratégias contribuintes para a reversão destes dramáticos índices de mortalidade infantil.

Em nível mundial, a década de 70 se configura o início da mobilização em prol do resgate da tradição de amamentar crianças exclusivamente ao seio até o 4º ou 6º mês e de manter este processo até dois anos de idade. No Brasil, dentre os instrumentos legais de apoio a aleitamento maternos existentes ou estabelecidos a partir daí, destaca-se a garantia pela CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas) desde 1943, do espaço durante a jornada de trabalho para que as mães pudessem amamentar, além de conter artigos sobre a criação de creches e salas nos locais de trabalho com esta mesma finalidade e a licença maternidade, estabelecida pelo Decreto Nº 52820 de 1966, que era de 12 semanas. O Instituto Nacional de Alimentação Infantil (INAN) foi criado em 1972, objetivando formular uma política nacional de alimentação. Em 1974, a Portaria Nº 99 do Secretário de Estado dos Negócios de Saúde de Pernambuco, proíbe a propaganda realizada diretamente pelos fabricantes e distribuidores através da distribuição de leite em pó às mães pobres nos hospitais e demais unidades da secretaria da saúde. Em 1976, em face da crítica situação da infância brasileira, foi instituído o II Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (II PNAN), com o envolvimento de vários Ministérios e com ações dirigidas especialmente a gestantes, nutrizes e crianças, contemplando também atividades de incentivo ao aleitamento materno (BRASIL, 1991).

Na década de 80, inicia-se uma mobilização social em defesa da amamentação e em 1981, o Ministério da Saúde lança o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), com mecanismos interinstitucionais e perspectivas de atuação multisetorial, o que acabou levando a um desenvolvimento da prática da amamentação na sociedade brasileira. Inúmeras pesquisas comprovaram a superioridade de leite humano sobre qualquer tipo de fórmula para a alimentação de lactentes, informações divulgadas a toda a sociedade (ALMEIDA, 1999).

Almeida (1999, p.43) menciona que apesar do PNIAM

[...] consistir em uma opção política do Estado planejador, que tentava intervir na mortalidade infantil sem promover alterações na estrutura sócio-econômica e na distribuição de renda, foi capaz de articular e congregar esforços dos mais diferentes segmentos da sociedade brasileira [...], compondo uma verdadeira 'torre de Babel' ideológica, conferindo as ações em prol do aleitamento aquilo que elas tiveram de mais rico:- o sentido plural.

Durante a década de 80, as indústrias de alimentos infantis reduziram consideravelmente a sua produção; sinuosamente reiniciam a mesma estratégia lançada no

início do século para garantir a expansão do mercado do leite em pó, ou seja, começam a vender a vanguarda científica. Para isto utilizaram o antigo critério da excepcionalidade, já que agora não poderia mais sustentar a questão da superioridade do leite materno sobre os seus produtos.

Num período de enormes dificuldades financeiras, com redução considerável dos leitos de UTIs (Unidades de Terapia Intensiva) Neonatais, a indústria novamente entra nas instituições de saúde, principalmente as públicas (que comportam em torno de 98% da demanda) e, a título de experiência, coloca novamente nas mãos do profissional um produto capaz de fazer com que o recém nascido prematuro adquira peso mais rapidamente, diminuindo o período de internação e, em conseqüências os custos públicos com o tratamento, além de “garantir” a disponibilidade de leitos para outras crianças que aguardam por uma assistência mais especializada.

Almeida (1999) questiona a excepcionalidade da prematuridade no Brasil, onde a cada 100 nascimentos, 11 crianças precisam de assistência de uma unidade neonatal, acrescentando que os gestores devem estar bem cientes destas artimanhas econômicas que vêm, em nome da saúde, tentar auferir lucros próprios em detrimento do real interesse pela saúde da criança em questão. Menciona ainda, que o profissional precisa ter condições de avaliar epistemologicamente os conteúdos destas propagandas, pois só desta maneira, serão capazes de desarmá-las, porque elas não se sustentam por si só.

Dentre as estratégias governamentais para o incentivo a amamentação nesta década, pode-se citar o estabelecimento da obrigatoriedade dos sistemas de alojamento conjunto nas maternidades brasileiras (Resolução Nº 18 de 1983); a Carta de Porto Alegre em 1985, que tratava das práticas e programas na área da amamentação; a obrigatoriedade da implantação de alojamento conjunto nos hospitais universitários em 1987 (Portaria 187 do Ministério da Saúde); a fixação das disposições sobre a implantação e funcionamento do Banco de Leite Humano em 1988; as garantias da Constituição Federal de 1988 dos direitos de saúde; a aprovação, em 1988, das Normas para Comercialização de Alimentos para Lactentes e a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente em 1990 (BRASIL, 1991).

O modelo implantado na década de 80 para reduzir o desmame precoce e diminuir as taxas de desnutrição e mortalidade infantil no Brasil, manteve os mesmos padrões do modelo estabelecido pela medicina higienista do século XVIII, substituindo o binômio seio materno X amas-de-leite por seio materno X mamadeira de leite em pó, o

reduccionismo biológico foi mantido e a mulher voltou a figurar como a grande responsável pela saúde da criança (ALMEIDA, 1999). No final década de 80, a baixa resolutividade das ações empregadas foi claramente percebida quando se confirmou que o acesso do lactente ao seio materno passou de 7% para 33%, porém estabilizou-se neste patamar, determinando o esgotamento deste segundo modelo promotor do aleitamento materno (MONSON, 1991). Nos anos 90, o Brasil vivenciou uma grande crise no paradigma da amamentação, incluindo em suas ações aspectos sociais, culturais e políticos, em contraposição a imagem unicamente biológica, psicoafetiva e culpabilista dos modelos anteriores. Quando se observou que somente a promoção não era suficiente para garantir o resgate do ato de amamentar, a proteção e o apoio começaram a aflorar (ALMEIDA, 1999).

Em termos de estratégias governamentais, a implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança em 1992, foi o primeiro passo no caminho da proteção e apoio à amamentação, constituindo-se importante fator para o resgate da cultura da amamentação (ALMEIDA, 1999; BRASIL, 1991).

No nosso mundo de diversidades e contrastes a cada ano nascem quatorze milhões de crianças, das quais um milhão e meio estarão mortas antes de completarem um ano de idade. Isto significa mais de uma morte de criança a cada trinta segundos. Apesar de todos os esforços desenvolvidos por órgãos governamentais e não governamentais, a desnutrição continua sendo o fator responsável por mais da metade destes quatorze milhões de mortes anuais nas crianças nos países em desenvolvimento. A UNICEF(1998) argumenta que este índice poderia ser reduzido, em grande parte, se a amamentação não fosse interrompida precocemente, se as crianças tivessem suas necessidades nutricionais atendidas e ainda, se preconceitos profundamente arraigados, não aprisionassem mulheres e crianças na ignorância e pobreza.

Na realidade da infância brasileira, segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2000), a mortalidade infantil em 1997 chegou a 37,3 ‰, apresentando desigualdades regionais e estaduais importantes como o índice de 74 ‰ em Alagoas, 23,3 ‰ em Santa Catarina e 19,6 ‰ no Rio Grande do Sul. Reflexos de um Brasil sócio-econômico e politicamente diferente.

Carvalho (1997), ao referir-se aos últimos dados oficiais sobre a amamentação no Brasil, menciona que, em 1996, 92% das mulheres brasileiras amamentaram seus filhos no primeiro mês de vida, porém apenas 60% mantiveram o aleitamento exclusivo até o 6º

mês; 71% delas, iniciaram a amamentação durante o primeiro dia de vida da criança e 33% durante a primeira hora; a amamentação exclusiva foi de 60% no 2º mês de vida de vida; a duração mediana foi de sete meses para crianças que mantêm ou não a exclusividade da amamentação (o maior índice verificou-se no Rio de Janeiro, Norte e Centro-Oeste, onde a amamentação fica em torno de 10 meses). O autor ainda apresenta dados confirmando que as mulheres com maior grau de instrução amamentam seus filhos exclusivamente ao seio por períodos relativamente mais longos, o que acredita possa ser fruto de uma maior conscientização em relação aos benefícios da amamentação, em contraposição às atitudes negativas que qualificam o amamentar como uma prática primitiva, conservadora e/ou própria de mulheres sem recursos.

Almeida (1999, p.49) cita que:

Ao se focalizar a amamentação com lentes de promoção, proteção e apoio, tornam-se visíveis os contornos que a caracterizam como um fato social, cuja historicidade revela o equívoco das formulações políticas que a contemplam como uma prática natural e possível de resgate. Os valores da amamentação são definidos com base em elementos culturais construídos socialmente, configurando-se como um híbrido natureza-cultura, na qual os condicionantes socioculturais tendem a se sobrepor aos determinantes biológicos. Esta forma mais abrangente de se pensar o aleitamento exige que se estabeleça um novo foco sobre a mulher, que não pode continuar a ser tratada como sinônimo de mãe-nutriz, responsável pelo êxito da amamentação e culpada pelo desmame.

Neste sentido, concordo com Silva (1997) ao mencionar que a mulher precisa ser amparada para poder desempenhar o seu papel de mulher, mãe e nutriz e que este apoio será mais eficaz, quanto maior for a capacidade do serviço em lidar com os conflitos, as ambigüidades que se colocam à mulher entre o seu querer e poder amamentar, como uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios.

2.2 EDUCAÇÃO, SAÚDE, POLÍTICA E APOIO À AMAMENTAÇÃO.

A concepção de educação vem sofrendo importantes modificações em todo o mundo nas últimas décadas. Emergindo de um contexto de transformação estrutural das sociedades, cujas principais manifestações referem-se ao desenvolvimento de uma consciência ecológica e a redefinição do papel feminino, configura-se como poderosa arma de duplo uso: - alienação ou libertação dos indivíduos. Talvez a principal, senão a única, capaz de garantir um mínimo de dignidade e qualidade de vida a grande massa de explorados e oprimidos que encontramos nas mais diversas regiões do globo terrestre.

Avançar no conceito libertador da educação e' compartilhar caminhos, evitar a acomodação e o conformismo; é descobrir e descobrir-se na realidade; é acreditar que nesta relação ambos, educador e educando, aprendem e ensinam.

Freire (1999, p. 28) diz que nenhuma ação educativa pode prescindir de uma reflexão sobre a pessoa e de uma análise sobre suas condições culturais, mencionando que “o educador democrático não pode negar-se o dever de, na sua prática docente, reforçar a capacidade crítica do educando, sua curiosidade, sua insubmissão”. E respeito a esta insubmissão é a grande chave para o desvelamento dos fatos e a transformação da ingenuidade em criticidade.

Gadotti (1998) coloca que nos iludimos ao pensar numa educação desvinculada do poder, da ideologia – numa educação neutra – porque esta própria educação reproduz a sociedade, calando o conflito e a contradição, uma vez que sua reprodução é dominante. Porém acredita que a transparência dos conflitos pode transformar esta educação alienadora, numa educação revolucionária e libertadora.

Ao compreender a educação desta forma, transformo o espaço educativo do campo profissional, num espaço de luta pela não linearidade do processo ensino-aprendizagem, num alicerce para a transformação social (mesmo que não o único). Se compreender o educar como dinâmico, dialógico, interacional, têmporo-espacial e circunstancial, avanço na elucidação do interesse contraditório da sociedade, escondido sobre a égide do consenso popular, para poder então re-significar o meu agir e efetivamente favorecer a libertação dos sujeitos envolvidos no processo.

Na realidade brasileira da universalização excludente, a população sobrevive e adoce de diferentes formas. As diversidades e contrastes de um território amplo étnico e cultural nos fazem repensar dia a dia, o nosso ser e o nosso agir enquanto pessoa e profissional. Em ambos os aspectos encontramos embutida a concepção educativa, que não se coloca como mais uma atividade, e sim, como uma prática para a apreensão e transformação de uma determinada realidade. Na forma de instrumento de reorientação para as nossas ações, fortalece o compromisso do respeito ao direito a cidadania, inerente, porém muitas vezes sufocado na maioria da população que cuidamos.

Ramos (1999, p. 49) menciona que:

[...] Por mais contundentes que possam parecer as necessidades da população, o crivo ideológico as traduz de forma parcial e distorcida. [...]. As práticas educativas em saúde manifestam uma importante, mas, velada estratégia de poder e dominação sobre a maioria dos sujeitos. No entanto, ‘onde há poder, há resistência’ (Foucault, 1998, p. 172), e a contradição do processo educativo

reside exatamente na sua capacidade de, em meio à inculcação ideológica, à manipulação e ao aprendizado da submissão, abrir os primeiros espaços para o aprendizado da resistência e da liberdade.

Barreto (1999) cita que a necessidade urgente de se repensar metodologia de ensino dos projetos de educação em saúde, pois, de maneira geral, estes estão presos aos ditames do ensino tradicional que pouco estimulam as ações participativas e criativas de conhecimentos geradores de mudanças, acreditando que novos espaços políticos e técnicos que comportam esses valores vêm se estruturando.

Madureira (1994) menciona que a prática educativa de enfermagem deve valorizar igualmente os seres humanos envolvidos no processo de aprender e ensinar, de forma que do diálogo entre eles emerja o conteúdo da educação, situação facilitada pelo respeito mútuo e compartilhamento de saberes popular e técnico.

Porém, não posso falar em educação sem falar em comunicação, em diálogo. Saupe (1998, p. 251) menciona que:

A comunicação é uma das necessidades sociais que embebem o cotidiano das pessoas. Dialogar é a satisfação desta necessidade envolvendo outra(s) pessoa(s). Mas o diálogo pode estabelecer-se de forma autoritária, quando percebo a 'ignorância sempre no outro, nunca em mim' (Freire, 1981, p. 95), ou de forma dialógica 'quando uma pessoa compreende o que a outra está dizendo e pode responder', quando são 'admitidas contribuições diferentes e até mesmo imprevisíveis... inclusive a opinião não desejada' (Pey, 1988, p. 21).

Gonzaga (1994) cita que o diálogo, enquanto ato de criação, é instrumento de conquista do mundo para a libertação do indivíduo; ele não é só a palavra dita, mas também a palavra-ação, uma vez que a sua essência é a própria práxis que transforma as pessoas e o mundo.

Para Ramos (1999, p. 49):

A desmistificação das boas intenções de educação em saúde pressupõe uma reelaboração dos conceitos de saúde-doença e educação e de seus modos de relação. Isto requer um referencial epistemológico que sirva a crítica social e ao amadurecimento do sujeitos individual e coletivo, através do exercício da reflexão, da criatividade, da organização e da conquista da cidadania como território para construção do homem autônomo e genérico.

Concordo com Weiss (1999), ao mencionar que a educação em saúde tem papel privilegiado na criação deste sentido de cidadania, que se faz pelo levantamento da experiência do vivido e redimensionamento dos modos de ver, sentir e agir dos indivíduos no processo saúde/adoecimento/cura/ensino, verdadeira ação transformadora do modelo vigente.

Para Dias (1999, p. 10 - 11):

Colocar a esperança em nossos projetos educativos em saúde significa também acreditar que é possível construir, por sucessivas aproximações, um sistema de saúde cuja lógica tenha por partida e chegada a participação das pessoas como sujeitos que pensam e agem em favor de uma sociedade mais justa e saudável.

Barreto (1999) menciona que o papel de promoção e educação em saúde desenvolvido pela enfermeira terá que ter a tolerância, sabedoria e virtude de conviver com a diferença das pessoas, porque são desafiadas constantemente pela realidade, devendo responder a esta de maneira original.

Desde a infância, a sociedade estimula a mulher a ser mãe, no entanto, não fornece o suporte necessário para que a maternidade não seja um sacrifício, e sim, uma experiência rica e agradável. Amamentar não deve ser sinônimo de privação e sofrimento. “A sociedade deve garantir a mulher o direito de trabalhar, estudar, divertir-se, passear, namorar e continuar aleitando por quanto tempo quiser” (WABA, 1996, p. 1).

Segundo a OMS/UNICEF (1989), os motivos alegados pelas mães para não amamentarem ou para interromperem precocemente a amamentação de seu filho (a), indicam que existe um desconhecimento generalizado do processo fisiológico da lactação e do fato de que a maioria das mães podem amamentar e produzir leite em quantidade suficiente para o seu filho.

Carvalho (2000) menciona que a amamentação não é totalmente instintiva na raça humana, ela tem que ser aprendida; e para ser prolongada com êxito, a maioria das mães precisam reforço e apoio constante.

Embora o Brasil tenha progredido nas medidas de proteção e promoção à amamentação, ainda estamos longe de atingir o ideal de que todas as mulheres tenham o conhecimento e o apoio para poderem decidir amamentar seus filhos; o que se precisa agora, é estar alerta para as dificuldades que a mãe enfrenta para amamentar e como se pode ajudá-la nesta tarefa (BRASIL, 1995).

As estatísticas mostram que o índice de desmame precoce no Brasil vem diminuindo nos últimos anos, porém, muito aquém do esperado (BRASIL, 1995), o que nos leva a crer que o modelo de educar para amamentar já não atende as necessidades manifestadas pelas pessoas que cuidamos. E o tema por si só é muito complexo, pois quando falamos em educar para amamentar, precisamos considerar toda uma carga histórica, política, ideológica e cultural que não pode ser expressa em números e indicadores estatísticos, mas que se mostra imperiosa na atitude daquela mulher, família e comunidade que se apresenta como sujeito deste cuidado.

Almeida (1999), ao estudar o significado do desmame precoce para as mulheres, menciona que a amamentação está sendo construída atualmente, da mesma forma como foi desconstruída no passado, ou seja, ideologicamente. Perpassa, portanto, por mitos, conceitos e preconceitos que correspondem aos interesses históricos e sociais. Neste processo, as informações recebidas pelas mulheres vão sendo valoradas, qualificadas ou não, a depender dos interesses que envolvam o ato de amamentar, gerando sentimentos também variáveis no tempo, que vão do alívio à culpa por não ter amamentado por tempo suficiente.

A mulher tem o direito de escolher a melhor forma de alimentar seu filho, decisão pessoal que deve ser tomada com base em informações corretas e nas expectativas que ela tenha naquele momento em relação à maternidade e aos cuidados com o filho (a) que acaba de nascer. Esta decisão deve ser respeitada por todos, se qual for (WABA, 1996).

É quase inevitável que nesse processo, a mãe sofra influências, sentindo-se insegura quanto as melhores opções para ela e o bebê. Neste contexto, família, meios de comunicação, trabalho, instituições religiosas e a própria formação desta mulher, são fatores que influenciam nesta decisão (WABA, 1996).

Não só a mulher, mas toda a sociedade deve estar ciente do valor do leite materno e que o desmame precoce pode ser revertido se a nível local forem efetivadas as seguintes condutas:- informações sobre a amamentação durante o pré-natal, resgate da cultura da amamentação, fiscalização da propaganda de leites industrializados e apoio a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (BRASIL, 1995).

A importância da educação em saúde para a amamentação realizada durante o pré-natal foi relatada como resultado de uma experiência desenvolvida nos Estados Unidos, onde a introdução de aulas sobre o assunto provocou um aumento de 22% da prevalência desta prática numa população negra de baixo nível sócio-econômico, chegando a 27% nos casos em que esta orientação foi feita individualmente (OMS/UNICEF, 1989).

Sobre a necessidade de se iniciar a educação em saúde para a amamentação durante o pré-natal, Merighi (1998) cita que a gravidez e o puerpério acarretam vivências muito peculiares que precisam ser abordadas com atenção; por isso, no decorrer do pré-natal é imprescindível a orientação sobre os principais eventos do pós-parto, como a amamentação, acrescentando que o alojamento conjunto propicia condições para o desenvolvimento da educação em saúde enfatizando a participação materna.

Uma pesquisa com 7500 mulheres internadas em hospitais e maternidades do

Brasil, México e Honduras feita pela Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID), comprovou que as mães ainda não sabem resolver os problemas da amamentação, embora a promoção tenha melhorado a sua eficácia, mulheres de baixa renda e pouca escolaridade não são suficientemente orientadas para a amamentação, observando ainda que as mulheres internadas em finais de semana recebem menos informações. O estudo ainda comprovou a importância do acompanhamento pós-natal para a continuidade da amamentação. Dentre as recomendações destaca-se a necessidade de campanhas educativas e a adoção da disciplina de aleitamento materno nos currículos dos cursos da saúde (BRASIL, 1996).

A OMS/UNICEF (1989) preconizam que desde a infância e durante a adolescência, as meninas deveriam ser orientadas positivamente em relação à amamentação através das vivências e da educação formal. Para vencer a cultura da mamadeira é necessário implementar ações educativas destinada às mulheres, profissionais de saúde e população em geral. Todas as outras ações de promoção da amamentação, que objetivam mudanças não só na mulher, como na sociedade, como as campanhas nos meios de comunicação de massa, também são imprescindíveis. Mencionam que as experiências e a educação de mulheres, desde bem pequenas, influenciarão suas atitudes e desempenho posterior em relação à amamentação. Ver frequentemente mulheres amamentando, especialmente na mesma família ou grupo social é uma forma importante através das quais meninas e adolescentes podem desenvolver atitudes positivas em relação à amamentação.

No incentivo à prática da amamentação através da educação em saúde, é necessário considerar que a puérpera vivencia a sua experiência e que, independente de a estar desenvolvendo há minutos, dias, meses, ela possui conhecimentos e valores que precisam ser considerados. Esta rede da puérpera com o mundo é uma realidade tão concreta que se sobrepõe a outros tipos de discursos teóricos. Só desta forma estará despertando esta mulher para uma opção consciente e crítica do amamentar (DIAS, 1999).

Borges (1991) menciona que as mulheres, na maioria das vezes, já estão acostumadas ao silêncio e se nós não proporcionarmos tempo para que as mesmas expressem suas dificuldades, elas terão dificuldade em romper estas barreiras culturais sozinhas. Por isso, é necessário que o profissional de saúde aprenda a estimulá-las para que elas possam romper o silêncio de coisas encaradas como tabus e sobre as quais, durante anos não foram estimuladas a falar.

Alguns estudos corroboram a idéia de que se a educação em saúde for

desenvolvida de forma adequada, respeitando as particularidades, valores e crenças de cada puerpera e família, contribuirá para a continuidade da amamentação.

Garcia-Montrone e Rose (1996) numa experiência educacional de incentivo a amamentação e estimulação do bebê, desenvolvido com mães de baixo nível sócio econômico de São Carlos, demonstrou a eficiência das ações educativas para o processo, ao constatar que 55% dessas mulheres continuaram amamentando seus filhos até o 6º mês de idade, contra 22% das mulheres do grupo controle. Mencionam que a aplicação desse programa pode contribuir para reduzir o risco de desnutrição e retardo do desenvolvimento do bebê.

Neto et al (1990) mencionam que as mulheres valorizam o fato de receberem informações científicas corretas, relatando que este fato as ajuda a dissolver medos e angústias.

A amamentação é vista como parte dos papéis sociais das mulheres e pode ser afetada pelas condições de seu trabalho fora de casa. Uma pesquisa realizada entre 1998 e 1999 com trabalhadoras da UNICAMP (Universidade de Campinas/São Paulo) para investigar os fatores que influenciavam essas mulheres em sua decisão sobre quanto tempo amamentar o filho (a), trouxe dentre outros resultados, que a decisão de amamentar foi tomada antes do parto (ressaltando a importância da educação para o processo durante o pré-natal) e que, principalmente primíparas manifestaram sentir-se perdidas e necessitando constante auxílio da enfermagem durante a internação do pós-parto (OSIS et al, 2000).

A VIII Semana Mundial do Aleitamento Materno de 1999 trouxe como tema “Amamentação: educação para a vida”, convocando todos os cidadãos a pensar e agir em favor da importância da educação para a amamentação, pois nossas mulheres precisam reaprender esta prática para poder manifestar com consciência o seu desejo pelo sim ou pelo não.

Referindo-se as possibilidades de atuação da enfermeira na atenção a mulher no ciclo gravídico-puerperal em nível institucional, Merighi (1998) menciona que a alta demanda se contrapondo a escassez de recursos humanos e ao curto espaço de permanência das mulheres na instituição, são fatores que dificultam o envolvimento profissional com as mesmas, porém não deve impossibilitá-lo. Atender de modo impessoal não permitirá a abertura de canais para a intercomunicação profissional-mulher, empobrecendo a assistência, uma vez que impede que as mesmas expressem o que realmente lhes são significantes.

Carvalho (1997) cita que o incentivo a amamentação deve incluir um forte componente de apoio à mulher em resposta às suas necessidades. A mãe não é somente um veículo para se chegar a um lactente sadio; é participante ativa na obtenção da saúde da criança e de si própria. As práticas ótimas de amamentação beneficiam a mulher também, e somente se ela estiver convencida disso fará o esforço necessário para levar a cabo este comportamento. Alcançar esta convicção materna é, antes de tudo, questão de educação e apoio.

Um dos argumentos mais fortes usados por profissionais de saúde, órgãos governamentais e indústrias de fórmulas infantis para que não se promova e apóie a amamentação, é que isto pode fazer a mulher sentir-se culpada por não amamentar. Até defensores da amamentação sofrem com isto. Isto pode ser considerado uma estratégia que desvia a atenção do profissional de saúde para o que é mais importante, a sua falta de conhecimento de como ajudar as mães a vencerem as dificuldades do amamentar; ou ainda, uma questão pessoal, onde eles ou suas mulheres não amamentaram e não desejam reviver na puérpera, aquele momento de suas vidas, para não voltarem a se sentirem culpados (NEWMAN, 2000).

A autora menciona que se as mulheres receberem informações a respeito do aleitamento materno e dos malefícios da alimentação artificial, e mesmo assim optarem por não amamentarem seus filhos, elas estarão tendo uma decisão informada. Nestas condições ela não pode ser criticada por qualquer pessoa que trabalha com a amamentação. Continua afirmando que nós devemos implementar esforços para que ela amamente, porque mudar do peito para a mamadeira é muito fácil; reverter este quadro é improvável, na maioria das vezes impossível. A mulher que fez uma escolha segura e informada e optou pela alimentação artificial do filho ou filha, não se sentirá culpada. Quem sentirá culpa será a mulher que desejava amamentar, tentou e não conseguiu. A única forma de prevenir que isto ocorra é promovendo a prática da amamentação apoiada numa educação consistente e ligada com a realidade da mulher, além da manutenção de um apoio qualificado por parte dos profissionais de saúde – o que não vem acontecendo (NEWMAN, 2000).

Como já foi citado no decurso deste estudo, e se faz necessário resgatar neste momento, o amamentar é multidimensional e não pode ser tratado isoladamente. A sua constituição híbrida de valores biológicos, sociais, culturais e psíquicos dificulta a sua análise e, portanto, a intervenção. A nossa grande dificuldade se encontra, na maioria das

vezes, na incapacidade de atender e tratar simultaneamente as diversas dimensões envolvidas neste fenômeno, exclusivamente feminino, porém parcialmente dependente da ação profissional e da co-responsabilidade familiar e social para a sua manutenção.

2.3 CRISE, CONFLITO, HARMONIA, MATERNIDADE E AMAMENTAÇÃO - OPORTUNIDADES DE CRESCIMENTO

Uma das tendências atuais da psicologia do desenvolvimento humano, é conceber o desenvolvimento psicológico como um processo contínuo, marcado por vários períodos de crise, que se prolongam durante todo o ciclo de vida da pessoa (MALDONADO, 1984). Estes períodos de crise são marcados por profundas modificações psicossociais, que, quando se manifestam por intensa angústia, podem apresentar uma ameaça ao ego do indivíduo (RZEZINSKI, 1997).

Na percepção de alguns autores que tem estudado a questão, no ciclo de vida feminino, a maternidade (e dentro dela a amamentação), configura-se como um destes momentos de crise (NORONHA, 1993; MALDONADO, 1984; SOIFER, 1980), porque conforme afirma Parker (1997), experimentar a maternidade inevitavelmente envolve o fazer frente às dissonâncias e disjunção entre a experiência vivida da condição materna e os ideais, às vezes contraditórios e, contudo, prescritivos e normativos que mediam a maternação.

Noronha (1993) menciona que estas situações constituem períodos de ricas transformações biológicas, psicológicas e sociais para a mulher, uma vez que apontam caminhos para que esta mulher se re-descubra e se re-invente, assim como a seu (ua) filho (a).

Para Marcolini (1983, p. 83):

Os sentimentos despertados com a amamentação estão diretamente relacionados com a história de vida da mãe. Assim entrarão em jogo fatores culturais, sociais, antropológicos e principalmente sentimentos originados na fase de aleitamento dessa própria mãe. [...]. Tais questões nos fazem refletir da possibilidade que nós temos em modificar a capacidade para o amor dos homens, influenciando de maneira mais efetiva nas objeções de cunho cultural e psicológico que interferem e, às vezes, impedem o aleitamento natural.

A manifestação dos períodos de crise se dá pela expressão ou sentimento da perturbação do comportamento, que se origina da repressão do conflito.

O conflito que, neste estudo, deve ser compreendido como um antagonismo

psicológico que perturba a ação ou tomada de decisão por parte da puérpera e sua família para o amamentar, é um fenômeno subjetivo, muitas vezes inconsciente ou de difícil percepção. Percebido desta forma, o conflito pode ser considerado como um fator positivo na vivência da maternidade e amamentação e que decorre da integração aos novos papéis sociais desenhados para a condição que as pessoas vivenciarão.

Noronha (1993), ao falar do conflito, refere-se a ele como a tendência antagônica de sensações e sentimentos na essência psicológica, mencionando que o nosso corpo vive em um espaço que de certa forma é limitado, mas a nossa mente transita livremente.

Kurt Lewin define o conflito como a convergência de forças de sentidos opostos e de igual intensidade. O conflito surge quando o indivíduo é atraído por duas valências positivas e opostas, duas valências negativas, ou uma positiva e outra negativa, ambas na mesma direção (BARSA, 2000).

Reich (1989) diz que os valores estabelecidos pela sociedade e de certa forma escolhidos por nós mesmos como a preservação e extensão do nosso ser moral, freqüentemente se chocam com os nossos próprios sentimentos, gerando conflitos que colocam de um lado a verdade e o conhecimento e do outro os nossos sentimentos.

Na maternidade, quando o conflito relaciona-se a motivação para ser mãe, costumamos chamá-lo de conflito motivacional básico, porque se situa entre a organização pulsional do instinto de sobrevivência e preservação da espécie – instinto de vida, e os perigos e as ameaças da situação de parto e da responsabilidade em relação ao filho – instinto de morte. Em um nível simbólico estão em jogo, no psiquismo, as sensações de vida e morte. Na sensação de vida podemos incluir, à medida que um filho representa, situação de perpetuação, transcendência, renascimento, ousadia, etc. e na sensação de morte, perda da liberdade e da comodidade, divisão, frustração, medo, entre outros. Todas as mulheres, sem exceção vivenciam este conflito motivacional básico (NORONHA, 1993).

Almeida (1997, p. 273) menciona que:

As regras de conduta e as normas sociais estabelecidas levaram as mulheres a tentar se adequar frente às mudanças ocorridas na sociedade mesmo sem contar com o devido suporte social, conduzindo-as a uma situação conflituosa em razão das ideologias existentes, dos novos conhecimentos adquiridos e da realidade vivenciada. Nesse conflito, circulam sentimentos diversos, variando de acordo com a época e a situação, abrangendo os de ordem biossocial até os puramente sociais, a depender da história de vida de cada indivíduo.

O querer e o poder amamentar quando livre das amarras ideológicas impostas

pela sociedade, quando verdadeira expressão de um desejo feminino, só poderá ocorrer através da compreensão desta mulher de toda esta complexa dinâmica que é gestar, parir e amamentar; dinâmica carregada de simbolismo e flutuação de sentimentos, permitindo-lhe administrar por meios próprios, os sentimentos decorrentes do processo, conduzindo-a a estados momentâneos de harmonia.

Uma harmonia definida como uma disposição bem ordenada entre as partes de um todo, a ordem, a simetria (Cunha, 1999). Uma capacidade da mulher congrega, em seu meio social, psicológico, físico e cultural as diversas nuances que o amamentar comporta, vivendo de forma saudável e feliz a situação de nutriz, mesmo que temporariamente. Conforme Abbagnano (1998, p. 496) apud Whitehead, a grande harmonia é a individualidade duradoura, conexa na unidade do fundamento. É por esta razão que, a noção de liberdade nunca abandona as civilizações mais avançadas; a liberdade, em cada um dos seus muitos sentidos, é a exigência de vigorosa auto-afirmação, pois o corpo segue a lei mecânica, a alma, a sua própria espontaneidade.

Não existe uma única e definitiva resposta que nos permita compreender a complexidade do amamentar, porque o tema é plural, com pontos de vista divergentes ou mesmo contraditórios - para os quais não se deve, necessariamente buscar uma resposta definitiva, porque plural também são as mulheres, “[...] Diferentes na sua condição social, na sua crença religiosa, na etnia a que pertence, no seu itinerário individual” (DUBY e PERROT, 1991, p. 15).

Marcolini (1993, p. 83) critica a ação dos profissionais neste campo, citando a frase de Edward Gloves: “É de veras uma anomalia notável ver que aqueles que têm a mais freqüentes das oportunidades de observar as situações de pós-natal, sejam de todos, os mais incompetentes em manejá-las”.

Permitir a expressão dos conflitos na amamentação é contribuir para a eliminação de esteriótipos, uma vez que esta liberdade poderá possibilitar a transparência de experiências diversas. Como afirma Maldonado (1984), a nossa capacidade de ser gente está diretamente relacionada a nossa capacidade de sentir. Portanto, se anestesiarmos nossa sensibilidade de modo puramente técnico, acabamos por abolir uma parte do nosso ser gente. Viver momentos de ansiedade e de sofrimentos faz parte do preço que pagamos quando escolhemos entrar na vida, ao invés de simplesmente passar por ela.



Fonte: Do livro "Histórias da vida inteira" (MALDONADO, 1994)

"A inquietação é a maior virtude do pensador e as interrogações prevalecem sobre as respostas".

Chardin

3 UMA LUZ NO CAMINHO - O DELINEAR DO MARCO REFERENCIAL

No nosso cotidiano do cuidar, deparamo-nos, dia a dia, com conflitos que não podem ser compreendidos e/ou explicados por si só. Na busca desta compreensão e entendimento, a escolha de um marco referencial apresenta-se como um elemento essencial, pois se constitui um guia para a prática e análise das situações dela decorrentes. A partir do mesmo, a enfermagem pode ser compreendida como um sistema de grande importância dentro dos sistemas de cuidados a saúde.

Meleis (1991, p. 10) menciona que, ao contrário do que se pensa...

A teoria e o pensamento teórico não estão limitados aos teóricos na disciplina. O pensamento teórico é integral a todos os papéis desempenhados pelas enfermeiras, incluindo aqueles de pesquisadora, clínica, consultora e administradora.

A aplicação destes conhecimentos à realidade, refletirá na melhoria da qualidade de assistência prestada, permitindo-nos compreender de maneira nova ou diferente os fenômenos da própria profissão e do cliente. Há, portanto, uma complementaridade entre teoria e prática, práxis esta que já se mostra na identificação do problema a ser estudado e que, posteriormente, guiará o processo de pesquisa até a sua avaliação, servindo de base para elaboração de proposições e testagem da mesma. Após esta testagem, ela ainda pode ser usada para descrever ou interpretar os resultados em relação à teoria original, expandindo-a ou modificando-a. Portanto, uma teoria apresenta-se como o desejo real de explicação da realidade, que “[...], não é nem única, nem inteira explicação da realidade” (DIAS et al, 1997, p. 15).

Em outras palavras, o marco referencial tem a finalidade de demarcar o conhecimento em que se apóia, servindo como base para reflexões sobre as ações de enfermagem e constituindo-se em mais um passo ao avanço da enfermagem como disciplina. Acredito ainda que a construção de uma teoria não se dá de modo neutro, pois ela expressa uma verdade temporal e espacial para além do que a aparência mostra, refletindo uma ideologia dominante, pois a própria teórica como ser histórico está culturalmente envolvida e traz consigo uma conotação valorativa da realidade que pretende

compreender e/ou explicar.

Para a estruturação do marco referencial que fundamentou este estudo, me baseei nas crenças, valores e na vivência que tenho do processo estudado, em alguns conceitos da teórica de enfermagem Imogene King apresentados na “Teoria do Alcance dos Objetivos” (1981), além de considerações dos escritos do filósofo Egidio Schmitz (1984), dos educadores Paulo Freire (1999) e Moacir Gadotti (1998) e da enfermeira e educadora Rosane G. Nitschke (1999).

Os conceitos eleitos para constituírem este marco referencial foram: pessoa, ambiente, enfermagem, saúde, família, interação, percepção, self, comunicação, conflito, harmonia, educação em saúde e transação.

Embora a maioria destes conceitos tenham sido construídos a partir das concepções de King (1984) e Freire (1999), permeando a questão do resgate do vivido enquanto possibilidade de re-construção das pessoas e, na complementação da compreensão do conceito de família, utilizei como referencial, as citações de Nitschke(1999). Da mesma forma, Schmitz (1984) complementou a concepção de pessoa e Gadotti (1998), o conceito de educação.

Neste estudo, o conceito “pessoa” pode ainda ser referido como ser humano e indivíduo, tendo o mesmo significado. Na adequação do marco referencial, o conceito de estresse, conforme definido por King (1981), será utilizado representando “conflito”.

3.1 UMA BREVE APRESENTAÇÃO DA TEORIA DO ALCANCE DOS OBJETIVOS

A Teoria do Alcance dos Objetivos foi desenvolvida pela enfermeira norte-americana Imogene King em 1981. Tem seu foco no sistema interpessoal e nas interações que se produzem entre indivíduos, especialmente nas relações enfermeira-cliente.

A estrutura conceitual proposta por King (1981) compõe-se de três sistemas interativos e dinâmicos, chamados de sistemas pessoais, interpessoais e sociais. Cada indivíduo é um sistema pessoal que interagindo com outro(s) indivíduo(s) forma o sistema interpessoal. Dois indivíduos que interagem formam uma díade, três, uma tríade e quatro ou mais, grupos pequenos ou grandes. A complexidade das interações aumenta, à medida que o número de indivíduos que interagem também aumenta. Grupos de interesses e necessidades especiais criam um sistema organizado e delimitado de regras sociais,

comportando os sistemas sociais. Cada sistema é composto por conceitos que se inter-relacionam para atender objetivos comuns. Os conceitos relevantes de cada um desses sistemas são:

- sistema pessoal: percepção, self, crescimento e desenvolvimento, imagem corporal, espaço e tempo;
- sistemas interpessoais: interação, comunicação, transação, papel e estresse;
- sistemas sociais: organização, autoridade, poder, status e tomada de decisões.

Para a elaboração da Teoria do Alcance dos Objetivos, King (1981) considerou que o objeto de estudo da Enfermagem é o ser humano interagindo com seu ambiente, conduzindo-o a um estado de saúde, objetivando propiciar condições para o desempenho de seus papéis sociais.

Desta forma, King (1981, p. 143 - 144) pressupõe que:

As percepções da enfermeira e do cliente influenciam o processo de interação;
 Os objetivos, as necessidades e os valores da enfermeira e do cliente, também repercutem no processo de interação;
 Os indivíduos têm o direito de saber acerca de sua saúde;
 Os indivíduos têm o direito de participar das decisões que influenciam suas vidas, sua saúde e dos serviços da comunidade;
 Os profissionais da saúde têm o dever de compartilhar informações que ajudem os indivíduos a tomar decisões conscientes acerca dos cuidados com sua saúde;
 Os indivíduos têm o direito de aceitar ou rejeitar o cuidado de saúde;
 Os objetivos dos profissionais de saúde e dos clientes podem ser incongruentes.

As seguintes proposições são relatadas por King (1981, p. 143 - 144):

Se enfermeira e o cliente fazem transações, se alcançam os objetivos;
 Se as metas são alcançadas, produzir-se-ão satisfações;
 Se os objetivos forem alcançados, se darão cuidados de enfermagem eficazes;
 Quando se fazem transações na interação enfermeira-cliente, se fortalecerão o crescimento e o desenvolvimento;
 Se as expectativas do papel e de seu cumprimento são congruentes na forma em que os percebem o cliente e a enfermeira, se produzirão transações;
 Quando se produzem conflitos de papéis na enfermeira, no cliente ou em ambos, se produzirá estresse na interação enfermeira-cliente;
 Se enfermeiras com conhecimentos e atitudes especiais comunicam informações adequadas a seus clientes, serão determinadas as metas comuns e estas serão alcançadas; a determinação de metas comuns é um passo da transação.

Com base no modelo de registro preconizado por Weed (Problem - Oriented Medical Records), King (1981) elaborou um processo de enfermagem ao qual chamou de Goal - Oriented Nursing Record, ou seja, Registro de Enfermagem Orientado para os Objetivos, contendo os seguintes elementos: dados de base, lista de problemas, lista de objetivos, plano e notas de progresso (narrativa ou Flow Sheets).

3.2 PRESSUPOSTOS PARA A COMPREENSÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA O PROCESSO DE AMAMENTAÇÃO

Ao elaborar o marco referencial que sustentou a proposta do estudo, redigi as seguintes pressuposições, baseada nos pressupostos de Imogene King (Teoria do Alcance dos Objetivos), em minhas vivências, crenças e valores relativos ao processo:

- A puérpera e sua família têm o direito de participar efetivamente das decisões que influenciam sua vida e sua saúde;
- A puérpera e sua família têm o direito de receber informações precisas a respeito de sua saúde e da saúde de seu filho(a), no que concerne ao processo de amamentação;
- O processo de amamentação pode ser vivido pela puérpera e sua família de forma harmoniosa, saudável e feliz, mesmo com conflitos;
- A enfermeira precisa transcender o cuidado enquanto dimensão educativa do seu ser profissional, para assegurar a puérpera e sua família a vivência do processo de amamentação de modo particular, tratando-a com dignidade;
- A dimensão educativa do cuidar da puérpera e sua família, no decorrer da amamentação, precisa ser um processo recíproco, considerando o seu ambiente natural e as muitas formas que este afeta suas potencialidades para viver e ser feliz nesta situação;
- O educar em saúde para o processo de amamentação precisa ser interativo e dialógico, de forma que o ensinar e o aprender se processem num mesmo plano, transformando seus elementos e sendo por ele transformado, permitindo a expressão dos conflitos como caminhos para um vivenciar saudável da situação;
- A educação em saúde para o processo de amamentação se processa em ambiente pessoal, interpessoal e social, e precisa contribuir para que a puérpera e sua família se perceba como pessoa ativa no mundo, capaz de transformação da realidade que se apresenta e com poder para decidir se deseja ou não amamentar seu(ua) filho(a). Só desta forma poderá ser manifestação de cidadania.

3.3 CONCEITOS E REFLEXÕES QUE ORIENTARAM A PRÁTICA ASSISTENCIAL

A **pessoa** para King (1981, p. 19, 20, 26 - 27):

É um sistema pessoal; é um ser social, racional e sensível, que no processo de interação humana age conforme suas percepções, expectativas, crenças, necessidades, valores. É um ser orientado no tempo, tem raízes e atua de acordo com as experiências passadas. A sua consciência do passado e do presente, influencia as opções do futuro.[...]. É um ser dinâmico, que tem capacidade de perceber, de pensar, de sentir, de selecionar alternativas dentre situações diferentes.[...] Fixa metas, seleciona meios para alcançá-las, podendo tomar decisões. [...] Pode participar e, sendo assim, pode transformar as pessoas com as quais se relaciona e também a realidade e vice-versa. [...] É um ser único, plural, no que se refere à herança genética, experiências e percepções do mundo exterior.

Complementando este conceito, acredito ainda, que a pessoa é um ser cultural, inacabado, conflitual, reflexivo e dotado de capacidade crítica, que deseja ser mais. É ainda um ser dotado de sentimentos e desejos, que age com base em sua racionalidade e liberdade. Sendo assim, “[...] O ser humano age, e agindo se faz mais, num contínuo ir e vir entre ser e agir” (SCHMITZ, 1984, p. 31).

Neste estudo, as pessoas são representadas pelas puérperas e suas famílias internadas no Serviço de Enfermagem de Clínica Obstétrica da Maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, no período destinado à prática assistencial.

Possuem necessidades próprias e singulares e uma história de vida onde crenças e valores se expressam. Têm expectativas próprias e capacidade de pensar, perceber e participar conscientemente de todos os cuidados de saúde que são prestados a sua pessoa e a de seu filho e capacidade de interagir com os profissionais de saúde, familiares e amigos. Embora submetidas a conflitos internos e externos, podem participar das decisões sobre a sua saúde e a de seu(ua) filho(a).

A puérpera e sua família vivenciam no pós-parto e no processo de amamentar, momento de profundas modificações com repercussões multidimensionais, podendo percebê-lo como prazer e/ou sofrimento, dor e/ou alegria, angústia e/ou esperança, ansiedade e/ou tranquilidade, obrigação e/ou vontade própria, necessidade e/ou opção pessoal. Como um sistema aberto, o seu pensar e viver influencia e é influenciado pelo ambiente em que se encontra inserida. Tem grande necessidade de ser ouvida e de ter os seus questionamentos/dúvidas respondidos, bem como de compartilhar suas experiências relativas ao processo de gestar, parir e amamentar. Vivencia grande instabilidade emocional, reflexo de seu ser biológico (enquanto alterações hormonais) e de seu ser social (re-definição de papéis); chora, sorri, fala ou se cala diante da diversidade de acontecimentos/informações que lhe chega. Possui potencialidades que devem ser estimuladas, através da educação em saúde, para poder integrar-se em seus novos papéis

sociais, tornando-se consciente e responsável por suas decisões em prol ou não do ato de amamentar seu(ua) filho(a).

Pessoa é, ainda neste estudo, cada membro da equipe de saúde que convive e atende esta puérpera e família no Serviço de Enfermagem de Clínica Obstétrica da Maternidade do HU/UFSC e no domicílio. Como seres históricos, racionais, sociais e emotivos, os integrantes desta equipe expressam, de certa forma, em suas ações de educação em saúde a esta puérpera e família, além do conhecimento científico biologicista, suas próprias crenças e valores relativos ao processo de amamentar.

Únicos em sua existência, porém plurais em seus conhecimentos, acredito que tanto a puérpera e sua família como os integrantes da equipe de saúde vivem de forma particular este momento, reconhecendo o ambiente, sendo reconhecido por este e reconhecendo-se dentro deste. Isto me leva a reconhecer a dinamicidade conflitual que configura o educar para amamentar, permeado, por um lado, pelo sentimento da puérpera, a percepção que possui de si própria e a forma como expressa o seu mundo no ato de dar o peito ao filho, e por outro, pela visão que estes profissionais fazem dela (que pode diferir da percepção que ela faz de si própria).

A enfermagem é um processo proposital de ação, reação, interação e transação, pelo qual enfermeira e cliente compartilham informações sobre suas percepções na situação de enfermagem e como um processo de interação humana entre enfermeira e cliente, através do qual um percebe o outro e a situação, e através da comunicação fixam objetivos, exploram meios e concordam acerca dos meios para alcançar estes objetivos (KING, 1981).

É, portanto, uma profissão dinâmica de cuidado, onde o cliente é capaz e precisa interagir com a enfermeira para alcançar seus objetivos de saúde. O cuidado, por sua vez, é um fenômeno complexo, dinâmico, flexível e criativo, envolvendo interações entre os seus sujeitos (ZAMPIERI, 1998).

A enfermeira precisa entender as diversas maneiras como o ser humano interage com seu meio ambiente para manter sua saúde, pois desta forma será capaz de ajudá-lo nos momentos de conflito para poder conservar sua saúde, recuperá-la ou reabilitá-la, a fim de desempenhar seu (s) papel (is) social (is).

A enfermagem, neste estudo, é um processo de interação entre os seres humanos numa relação de troca, que ajuda os indivíduos a superarem as suas dificuldades e promover a saúde individual ou coletiva. Este processo envolve a utilização de

conhecimentos teóricos e habilidades práticas por parte da enfermeira que deve considerar a percepção da cliente e o seu self, estabelecendo transações.

O **ambiente** relaciona-se ao contexto sócio-espacial da pessoa em sua dimensão micro (por exemplo, a família) e macro (mundo que o cerca), com o qual interage, influenciando e deixando-se influenciar por ele, transformando-o e sendo por ele transformado. É o contexto da vida com todas as suas relações física, psicoespiritual, político-econômica, social, cultural, entre outras.

King (1981) menciona que ambiente é caracterizado como universal (porque todos os indivíduos possuem algum conceito dele), pessoal ou subjetivo, individual, situacional e dependente das relações na situação dimensional como uma função de volumes, área, distância, tempo, e transacional ou baseado na percepção que o indivíduo tem da atuação. É definido pela área física conhecida como território e pelos comportamentos daqueles que o ocupam. Ela classifica o ambiente do ser humano em interno e externo; é no ambiente interno (a estrutura biológica e psicológica) que ocorre a transformação de energia, capacitando a pessoa a ajustar-se às contínuas mudanças do ambiente externo (espaço físico e sociedade). A satisfação depende da harmonia e balanço de cada pessoa com o ambiente.

Neste estudo, o ambiente interno é representado pela estrutura biológica e psicológica da puérpera, sua família e da enfermeira; o ambiente externo é representado pelo ambiente hospitalar, domiciliar e comunidade em que estas se inserem. Na sua dimensão micro, a família representa fator preponderante na decisão pela manutenção ou abandono da prática da amamentação. A comunidade em que estas pessoas se inserem, bem como a existência de serviços estruturados que garantam um suporte profissional adequado e comprometido com a real necessidade das mesmas, acabam por estruturar um ambiente externo favorável ao sucesso no processo.

Considerando-os como sistemas abertos, estes ambientes permitem a troca de matéria, energia e informação entre a enfermeira, a puérpera e sua família, envolvendo elementos físicos, culturais e sociais em contínua e recíproca interação, evolução e transformação.

A **saúde** é uma experiência dinâmica da vida das pessoas, a qual implica no contínuo equilíbrio aos conflitos no ambiente interno (busca do equilíbrio pessoal) e externo (busca do equilíbrio com outras pessoas e com o ambiente), pela utilização de processos individuais, visando atingir o potencial necessário para viver no dia a dia. A

saúde relaciona-se ainda, com a maneira como as pessoas se comportam nas tensões do processo de crescimento e desenvolvimento, ao mesmo tempo em que se desenvolvem dentro de um contexto. A saúde pode ser ameaçada quando conflitos surgem na vivência da pessoa, especialmente quando estes conflitos se manifestam em suas relações sociais (KING, 1981).

O processo de gestar, parir e amamentar pode se configurar como um momento conflitante na existência das famílias em que ocorre, favorecendo o desequilíbrio em suas funções, quer seja no ambiente externo ou interno (interferência no estado funcional). Pode ser entendido como ruptura ou elo (ou como ambas ao mesmo tempo), dependendo da forma como se configura pessoal e socialmente (culturalmente). Enquanto hábito aceito ou negado (expressado ou não) permanece conflitual, requerendo das pessoas envolvidas, a busca da harmonia do seu ambiente interno (self), afim de que possam vir a adaptar-se ao ambiente externo.

Como a saúde e a doença têm diferentes significados para a pessoa e para os grupos, dependendo da sociedade a que pertençam, também as formas de perceber a amamentação e a educação para este processo, se diferencia em cada caso. A cultura de uma sociedade pode facilitá-la ou dificultá-la, porque as pessoas são únicas e plurais ao mesmo tempo e os problemas da existência precisam ser tratados de diferentes maneiras.

A saúde, neste estudo, representa a **harmonia** da puérpera e sua família nas atividades relacionadas ao amamentar e a educação para este processo, reconhecendo-se os condicionantes sócio-econômicos e culturais da sociedade em que a mesma está inserida e resultante dos conflitos da integração situacional, bem como a sua dinamicidade enquanto processo. Uma harmonia com direito a oscilações, porque o próprio processo não se dá de forma estática, mas figura, no dia a dia de ser mulher, mãe e nutriz, emaranhado numa rede de situações e valores que garantem a sua dinamicidade.

O viver de forma mais saudável implica na possibilidade dos envolvidos atingirem um estado no qual possam desenvolver suas potencialidades, criar, decidir, agir e enfrentar situações de conflito decorrente do ato de amamentar, com possibilidade de tornarem-se protagonistas dos momentos vivenciados. A puérpera e sua família podem viver de forma saudável e feliz a experiência do amamentar - pode vive-la em harmonia ou em conflito - porque este conflito lhe permitirá reconstruir-se na situação.

Além dos conceitos apresentados, fez-se premente para a aplicação do dado referencial teórico, neste estudo, a inclusão de outros, o que certamente facilitou a sua

operacionalização.

Assim, a **família** neste estudo foi definida pelo conceito adotado pelo Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação na Área da Saúde da Família (GAPEFAM/UFSC), descritos por Nitschke (1999, p. 100):

É uma unidade dinâmica, constituída por pessoas que se percebem como família, que convivem por determinado espaço e tempo, com uma estrutura e organização para atingir objetivos comuns e construindo uma história de vida. Os membros da família estão unidos por laços consangüíneos, de adoção, interesse e/ou afetividade. Tem identidade própria, possui e transmite crenças, valores e conhecimentos comuns influenciados por sua cultura e nível sócio-econômico. A família tem direitos e responsabilidades, vive em um determinado ambiente em interação com outras pessoas e famílias, em diversos níveis de aproximação. Define objetivos e promove meios para o crescimento, desenvolvimento, saúde e bem estar de seus membros.

Neste estudo a família é representada pelas pessoas que convivem direta ou indiretamente com a puérpera e que a influenciem subjetiva e/ou objetivamente, tendo participação decisiva em sua vida.

A **interação** é o processo de percepção e comunicação entre pessoa e meio ambiente, entre pessoa e pessoa, representada por condutas verbais e não verbais que estão orientadas para o alcance dos objetivos. Na interação pessoa-pessoa cada indivíduo tem necessidades, objetivos, percepções e recordações que influenciam as interações, emitindo julgamento, concebendo mentalmente um curso de ação e tomando decisões para atuar (KING, 1981). Os dados básicos obtidos através das interações podem ser analisados para determinar se houve ou não transações.

Neste estudo, a interação é um processo de ação e reação recíproca entre enfermeira, puérpera e sua família, no qual ambas colocam suas percepções a respeito da situação e do ambiente, emitindo o seu julgamento, levando ou não a transação.

O processo de amamentação e educação para o mesmo, expresso na relação da enfermeira com a puérpera e família vem carregado de significações, manifestações de valores culturalmente definidos, experiências passadas, percepções e expectativas. Estes influenciarão decisivamente esta relação, favorecendo ou dificultando a interação dos envolvidos, podendo ou não levá-los à transação.

Quando os indivíduos se reúnem com um objetivo, ambos se percebem na situação e a percebem; emitem juízos, concebem mentalmente um curso de ação e tomam a decisão para atuar. Embora a atuação seja diretamente observável, não podemos precisar a percepção e o pensamento de cada envolvido, porém devemos ao máximo tentar compreendê-lo através da observação de suas condutas verbais e não verbais de seus elementos. Os dados básicos obtidos a partir destas interações, podem ser analisados para

ver se houve ou não transação (KING, 1981).

Na interação entre enfermeira, puérpera e sua família uma relação de reciprocidade deve haver, a fim de favorecer uma forma de cuidar que esteja acima do poder unilateral do saber profissional, facilitando ao cliente o desempenho do papel de protagonista de sua história familiar de vida e saúde. A interação é uma relação recíproca, o que quer dizer que os envolvidos crescem, trocam experiências e conhecimentos, desenvolvem-se pessoalmente e transformam-se.

“A experiência da interação é única, dinâmica e irreversível, no sentido que o tempo, lugar e pessoas não se repetem jamais” (ZAMPIERI, 1998, p. 63).

A **percepção** é a representação da realidade em cada ser humano. É uma consciência de pessoas, acontecimentos e objetos. Mesmo com o pressuposto de que estes seres humanos vivem num mesmo mundo e tem experiências comuns, eles diferem no que selecionam para entrar no seu mundo perceptivo. Os instrumentos perceptivos, sensoriais (funcionamento dos órgãos dos sentidos) e intelectuais (processos mentais), variam em cada indivíduo. A percepção relaciona-se com experiências passadas, com o conceito de si próprio (self), com a herança biológica, com os antecedentes educativos e com os grupos sócio-econômicos. Serve como base para o desenvolvimento do self. É universal, subjetiva, pessoal e seletiva; é ação orientada para no presente e relaciona-se com a aprendizagem. Pode configurar-se como interação, partindo do pressuposto que todos os indivíduos entram em uma situação como participantes ativos, e que esta afetará a sua identidade (KING, 1981).

Na relação entre o profissional de saúde e a puérpera, na ação do educar para a amamentação, combina-se a experiência do processo com a representação desta experiência em nível cerebral para ambos. Assim como o profissional chega com uma bagagem perceptiva nesta relação, também primíparas ou múltiparas trazem consigo diferentes percepções acerca da ação do educar para a amamentação e do próprio amamentar, vivenciando-a de diferentes maneiras e tentando harmonizar sua consciência com o que se mostra na realidade. A situação concreta faz com que o profissional de saúde e a puérpera se percebam naquele tempo e espaço, com base em suas experiências passadas, porém direcionados para necessidades e valores presentes.

A enfermeira precisa tentar captar, na interação com a puérpera e família a sua percepção da situação, afim de compreendê-la e a partir daí poder auxiliá-la na tomada de decisão com maturidade, clareza e respeito.

Neste estudo, percepção é a capacidade de conhecimento que puérpera, família e enfermeira têm a respeito de si mesmas, dos outros, da situação vivida e do ambiente. Este processo permite que enfermeira e cliente tenham consciência recíproca da existência uma da outra com exatidão perceptiva individual.

As diversas formas de percepção do eu, nada mais são do que o self, assim definido por Jelsild (KING, 1981, p. 39):

É um conjunto de pensamentos e sentimentos que constitui a percepção de uma pessoa, sua existência material e sua concepção de quem é e do que é [...] é a soma total de tudo que se pode chamar 'eu'. [...]. Inclui um sistema de idéias, atitudes, valores e compromissos. É um centro distinto de experiências e significados. Constitui o mundo interior da pessoa tal como se distingue do mundo exterior. [...] É o indivíduo tal como é conhecido pelo próprio indivíduo.

Na relação enfermeira, puérpera e sua família cada integrante têm seu self. Este conhecimento de si mesmo pode ser uma chave para o entendimento dos conflitos relacionais que permeiam o processo de educação em saúde/amamentação, uma vez que possibilita o surgimento da sensibilidade nesta relação.

A **comunicação** é o processo através do qual há intercâmbio de informações, pensamentos e opiniões de uma pessoa a outra, face a face ou indiretamente. É o meio pelo qual realiza-se a interação social, a aprendizagem e a transação num determinado ambiente. A comunicação pode ser verbal, escrita e não verbal, através de gestos, mímicas, atitudes e posturas, a luz, a pressão, o calor, o frio, os sons, o olfato, o paladar, a ventilação, as cores, a decoração, o espaço físico e dão informações do meio ambiente. Todas elas influem na interação das pessoas, bem como o tempo é percebido pelas pessoas que interagem (KING, 1981).

Neste estudo comunicação é a troca de informações, pensamentos e opiniões entre a enfermeira, puérpera e família relativa ao tema em questão, que permite que estas se identifiquem reciprocamente, cada qual com seu grau de complexidade definido, seus problemas, suas necessidades e expectativas a respeito de sua saúde, ao seu meio externo e interno, levando-as a tomarem decisões para o desempenho de seus papéis e o alcance das metas relacionadas com a sua saúde.

O **conflito**, na perspectiva que utilizei, compreendido como estresse por King (1981), pode ser entendido como um estado dinâmico pelo qual o ser humano interage com o ambiente interno e externo para manter o equilíbrio para o crescimento e desenvolvimento e desempenho de seus papéis. Segundo King (1981, p. 147 - 148), é ainda:

Uma resposta energética de um indivíduo a pessoas, objetos, e eventos chamados estressores. Pode ser tanto negativo quanto positivo e manifesta-se na forma fisiológica, psicológica e social. Parece ser um componente essencial na vida e neste sentido é universal. Interfere na percepção, na interação, na tomada de decisões, no desempenho de seu papel e no alcance de metas pessoais.

Neste estudo, portanto, o conflito representa o processo dinâmico da integração contínua da puérpera e sua família consigo mesma, com outras pessoas e com o ambiente, relativa ao processo de amamentação. A enfermeira tem condições de auxiliar a puérpera e família a superar esses conflitos, a fim de continuar desempenhando os seus diversos papéis, alcançar suas metas de saúde e viver harmonicamente o processo de amamentar.

O processo de amamentar e a educação para o mesmo podem ser vivenciados pela puérpera e família de forma harmônica e conflitual. Quando o conflito se faz presente nesta relação, pode decorrer do afastamento do meio familiar, da necessidade de redefinir e/ou assumir novos papéis sociais, da ansiedade e insegurança diante do processo, do medo, da dor, além de questões relativas a sexualidade, como a perda de um órgão que também tem funções sexuais, afetando a sua auto-imagem.

Embora o amamentar seja exclusividade da puérpera, está intimamente relacionado às crenças e valores do grupo familiar e da sociedade em que esta se insere, refletindo, de certa forma, os conflitos que estes carregam consigo. A radicalidade da ação profissional em manter a amamentação a qualquer custo, bem como a descrença da puérpera e família no processo da amamentação, são fatores conflitantes que podem estar presentes nesta relação. Por outro lado, a carência ou excesso de informações/intervenções e as contradições na ação educativa, mostram-se geradores de conflitos de significação na manutenção ou abandono da mesma.

O processo educativo para a amamentação propicia a reflexão e o desenvolvimento de uma consciência crítica na puérpera e família, diminuindo ou superando os momentos de conflito e transformando o amamentar em algo prazeroso. Se for de seu desejo não manter a amamentação, a enfermeira precisa auxiliá-la a superar seus conflitos, que além de ordem física, neste caso específico, configuram-se como de ordem psicoespiritual e social, pois a sua decisão contradiz o paradigma predominante (com fortes bases científicas).

Embora King (1981) não defina **cuidado**, ela diz que o foco da enfermagem é o cuidado ao ser humano, baseado nas interações interpessoais. A forma principal de cuidado nesta situação é a educação em saúde, outro termo não definido por King, mas que se encontra implicitamente em parte das suas pressuposições, conceitos e proposições.

Acredito na **educação em saúde** como um processo dialógico e crítico de interação enfermeira e demais profissionais da saúde com a puérpera e sua família para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento ao complexo e conflitual tema em estudo, assegurando a participação consciente, dinâmica e reflexiva dos envolvidos. Acredito ainda, que a mesma se processa reciprocamente no espaço social e profissional e que o ensinar e o aprender configuram-se como interfaces de um mesmo todo, indivisível e fortemente preso à vivência de cada elemento envolvido.

Por isso, cuidar neste estudo é compartilhar conhecimentos e vivências e auxiliar na tomada de decisões no que se refere à questão da amamentação e educação, num processo ético e participativo de relação interpessoal enfermeira, puérpera e sua família, onde todas são capazes de perceber, julgar e agir, e através da interação, conseguem estabelecer objetivos mútuos que as leva para a transação, culminando em crescimento pessoal e profissional crítico-reflexivo e responsável.

Compreendo que a educação não se dá de forma neutra, está ligada a formação da consciência crítica, "... vinculada a sociedade, as relações de produção, ao modo de produção econômica, a um sistema político" (GADOTTI, 1998, p. 36). "Educação é poder em seu duplo sentido: - dominação e libertação" (GADOTTI, 1998, p. 8).

A **transação** é definida como "a conduta observável dos seres humanos interagindo com seu meio ambiente; as transações são consideradas como elementos de valorização das interações humanas" (KING, 1981, p. 147). Estes trocam informações, buscam conhecimentos mútuos e mediante acordo, traçam linhas de ação comum, a fim de alcançar estes objetivos.

A efetivação da transação entre enfermeira, puérpera e família reflete o alcance dos objetivos do processo educativo, pois ao compartilharmos informações a respeito da situação, identificamos denominadores comuns e fixamos objetivos mútuos que nos conduzem a estas metas. As expectativas e o desempenho do papel, tanto da enfermeira como da puérpera e sua família influenciam estas transações.



Fonte: Do livro "Histórias da vida inteira" (MALDONADO, 1994)

"Nosso fio condutor, embora talvez frágil, ainda pode ser tecido com otimismo, curiosidade, admiração, amor e desejo sincero de partilhar uma viagem às estrelas. Nosso objetivo é digno de luta, porque nesse caso, a estrela que aspiramos é a humanidade plena para todos".

Leo Buscaglia

4 METODOLOGIA

Neste capítulo do estudo, procuro explicitar as formas de condução da prática assistencial e pesquisa com vistas ao alcance dos objetivos propostos. A sua construção iniciou há aproximadamente 18 meses, quando estruturei as primeiras intenções de estudo para a seleção ao Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem nesta Universidade. A partir daí, a instrumentalização metodológica oferecida nas diversas disciplinas (optativas e obrigatórias) que compõem a grade curricular do curso, aliada ao aprofundamento teórico a respeito do tema e ao desejo de desvelar certos pontos obscuros da realidade, levou-me a conduzir este estudo da forma como passo a apresentar.

4.1 TIPO DE ESTUDO

A elaboração desta dissertação, se deu a partir do relatório da disciplina de prática assistencial do Curso de Mestrado em Enfermagem, do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Teve como foco a educação em saúde para o processo de amamentação e incluiu um estudo sobre a expressão do conflito materno e familiar neste processo. Em sua aplicação configurou-se intermediário entre pesquisa e assistência – “modalidade convergente- assistencial” (TRENTINI e PAIM, 1999).

A modalidade convergente-assistencial, de autoria de Trentini e Paim (1999), configura-se como uma forma de pesquisa que mantém, durante todo o seu processo, uma estreita relação com a prática e a situação social, cujo objetivo é realizar mudanças e introduzir inovações na situação social. Está, desta forma, amplamente comprometida com a mudança social da prática. Articulando a prática profissional com o conhecimento teórico, o fazer-pensar, inclui atividades de cuidado-assistência de clientes, mas não deve ser confundida com o ato de cuidar. Conduzindo ao saber-fazer, este método é apropriado para a pesquisa da prática assistencial da enfermagem e pode ser desenvolvido durante as

atividades de prática assistencial, constituindo-se elemento indispensável à reconstrução desta prática.

“A dança da pesquisa convergente se revela pelos movimentos de aproximação, de distanciamento e de convergência com a prática, de maneira a criar espaços de superposição com a assistência” (TRENTINI e PAIM, 1999, p. 79).

4.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram deste estudo três puérperas e suas famílias internadas no Serviço de Enfermagem de Clínica Obstétrica da Maternidade do HU/UFSC no período de tempo destinado a prática assistencial, ou seja, de 07/05/2001 a 29/06/2001. Para representar cada membro destas famílias, foram utilizados nomes de pedras preciosas.

Na escolha dos participantes foi considerada a empatia entre a enfermeira, a puérpera e suas família e valorizada a “representatividade referente à profundidade e diversidade das informações” relativas ao tema-problema em questão, solicitação da modalidade convergente assistencial (TRENTINI E PAIM, 1999).

O número de participantes foi limitado pelo tempo de desenvolvimento da prática assistencial (54 dias) e atendeu os requisitos da proposta inicial do estudo, ou seja, três puérperas e suas famílias. A descrição das mesmas encontra-se detalhada no item 5.2.1- Somando aproximações e registros.

4.3 CONTEXTOS DA REALIZAÇÃO

A pesquisa convergente-assistencial (TRENTINI e PAIM, 1999) foi desenvolvida em dois locais, ou seja, na Maternidade do HU/UFSC e no domicílio das puérperas e suas famílias participantes do estudo, duas localidades da periferia de Florianópolis (duas puérperas residiam no mesmo bairro). Em nível institucional o diálogo se desenvolveu em locais diversos, incluindo consultórios do Serviço de Enfermagem em Clínica Ginecológica e Emergência Obstétrica e Ginecológica e nos quartos e corredores do Serviço de Enfermagem de Clínica Obstétrica, já que a espontaneidade se configurou como uma estratégia para a expressão concreta dos saberes e conflitos destas puérperas e suas famílias, bem como da necessidade do desenvolvimento de práticas educativas

compartilhadas para o processo de amamentação. Para uma melhor compreensão destes ambientes, passaremos a descrição dos mesmos a partir do contexto institucional, ou seja, o HU/UFSC e a Maternidade que comporta.

O HU, órgão integrante da UFSC, está vinculado ao Ministério da Educação e Cultura (MEC) e localiza-se no Campus Universitário, no bairro Trindade, em Florianópolis. É uma unidade hospitalar de grande porte e de clientela exclusiva do Sistema Único de Saúde (SUS). Possui uma área total construída e ocupada de 25.185 m², distribuídos em 10 unidades nas áreas de clínica médica, cirúrgica, obstétrica, pediátrica e neonatológica, comportando 304 leitos de internação (58 não ativados), além de ambulatório geral e de especialidades. Somam-se a este número, 19 leitos de apoio distribuídos entre as unidades de centro obstétrico, terapia intensiva, emergência e tratamento dialítico. Tem como premissas básicas em sua filosofia, a humanização da assistência e a crença de que saúde está diretamente relacionada às condições de vida; que os serviços de saúde devem propiciar assistência integral ao homem através de um trabalho multidisciplinar, organizando uma sistemática de assistência progressiva.

Está definido como referência em nível secundário e terciário para todo o estado de Santa Catarina e em nível primário (atenção básica) para a área de abrangência. É a instituição mais diferenciada de um sistema regionalizado de saúde, desempenhando relevante papel na coordenação deste sistema pela prática assistencial mais avançada.

A Maternidade do HU/UFSC foi inaugurada em 24.10.95, concretizando um sonho de aproximadamente 10 anos. A filosofia humanística (ANEXO 1) procura resgatar a questão da parturiente como protagonista no ato de parir, oportunizando a opção pelo parto vertical, a analgesia durante o trabalho de parto e a presença de um acompanhante durante todo o período de internação.

Em 1997, recebeu do Fundo das Nações Unidas para a Infância e Adolescência (UNICEF), o título de Hospital Amigo da Criança pelo estímulo ao aleitamento materno. Paralelo a este programa está sendo implementado o Comitê Maternidade Segura, cujos princípios enfatizam uma gravidez, parto e puerpério sem riscos para mãe e recém nascido (RN). Em 2000 foi agraciada com o Prêmio Galba de Araújo por desenvolver uma filosofia voltada para a humanização do atendimento no nascimento, tornando-se referência para toda a região sul do Brasil nesta questão.

Esta Maternidade desenvolve ainda outros programas, como o Grupo de Casais Grávidos, Encontro de Gestantes do 3º Trimestre e o Programa Mãe-Canguru, com

participação multidisciplinar.

No atual organograma institucional, configura-se como uma Divisão e está dividida em 5 serviços denominados de Serviço de Enfermagem de Clínica Ginecológica e Emergência Obstétrica e Ginecológica, Serviço de Enfermagem de Centro Obstétrico, Serviço de Enfermagem Clínica Neonatológica, Serviço de Enfermagem de Clínica Obstétrica e Serviço de Enfermagem de Clínica Pediátrica. Compõe ainda esta estrutura, a Central de Incentivo ao Aleitamento Materno (CIAM).

A equipe de saúde é composta de trinta e três enfermeiros, noventa e seis técnicos e auxiliares de enfermagem, quatro auxiliares administrativas, vinte e quatro médicos obstetras, quatorze médicos neonatologistas, quatro médicos anestesiológicos, uma assistente social e uma psicóloga, além de bolsistas.

Segundo dados fornecidos pela Direção Geral do HU, esta Maternidade realizou um total de 192 procedimentos no mês de junho de 2001, sendo que deste total, 41 foram partos cesáreos, 65 partos normais verticais, 48 partos normais horizontais, 26 curetagens uterinas e 12 analgesias de parto. A média de partos/mês no 1º semestre de 2001 foi de 149,5.

O Serviço de Enfermagem de Clínica Obstétrica (conhecido como Alojamento Conjunto), possui um quarto com um leito e 6 enfermarias com três ou quatro leitos cada uma. Dos 22 leitos de internação, 16 destinam-se ao binômio mãe – RN e 06 a gestantes de risco. É composta ainda de duas salas para exames e cuidados ao RN, além das demais estruturas comuns às unidades de internação. O período de internação é de 48 horas para pacientes submetidas a parto normal e 72 horas para parto cesáreo.

O segundo contexto de desenvolvimento da pesquisa convergente-assistencial foi o domicílio das puérperas e famílias participantes. As peculiaridades de cada um destes ambientes domiciliares, que se mostraram diversificados, encontram-se descritas a seguir.

Pérola e sua família ocupam, provisoriamente, um espaço pequeno no porão de uma residência situada na parte mais alta da encosta de um morro em um bairro próximo a UFSC. A servidão que dá acesso à residência possui pavimentação com lajotas; o aclive acentuado dificulta a subida a pé. O local possui três divisões que comportam um banheiro pequeno e 1 quarto, onde se pode ver a cama do casal e as duas camas dos filhos. A parte central é aberta e contém a maioria dos confortos da tecnologia moderna, como computador, freezer, forno de microondas, entre tantas outras coisas. O espaço é pequeno, dificultando a acomodação dos móveis. O abastecimento de água é feito pela Companhia

Catarinense de Águas e Saneamento (CASAN) e os dejetos canalizados para a rede coletora de esgoto.

Cristal e sua família residem em uma casa de dois pavimentos e muitos cômodos, situada também na encosta de um morro deste mesmo bairro. A servidão que dá acesso à residência possui pavimentação com lajotas; o aclave acentuado dificulta a subida a pé. A construção foi feita respeitando as condições naturais de um amplo terreno, que comporta pomar e gramado. O espaço interno da residência foi harmoniosamente decorado pelo casal e planejado de forma que a iluminação natural e o sol penetrassem em seus ambientes. A cama da filha lactente localiza-se em um dos lados da cama dos pais; do outro lado, estrategicamente colocada, encontra-se uma poltrona destinada à amamentação da menina. Como na residência anteriormente descrita, o abastecimento de água é feito pela CASAN e os dejetos canalizados para a rede coletora de esgoto. Em boas condições de higiene, passa por modificações em sua estrutura para melhor acomodar as novas necessidades geradas com o nascimento da criança.

Em uma localidade do interior da ilha de Florianópolis e, por coincidência, também na encosta de um morro, reside **Rubi** e sua família. O acesso até a residência não possui pavimentação. Na altura da servidão em que a mesma se localiza, o aclave é bem menor do que o das duas residências descritas anteriormente, facilitando a chegada a pé. A casa é modesta, comportando cinco pavimentos pequenos e uma área coberta que serve como garagem. No quarto do casal pode-se ver a cama da filha lactente e no quarto ao lado, as camas das outras três crianças que compõe a família. A construção encontra-se inacabada e a higiene é adequada. O abastecimento de água é feito pela CASAN e os dejetos canalizados para um sistema domiciliar de fossa e sumidouro.

4.4 O RESPEITO AOS PRINCÍPIOS ÉTICOS

A minha primeira conduta para obedecer aos preceitos éticos e legais exigidos pela Resolução CNS 196/96 e complementares que dispõe sobre as diretrizes e normas que regulamentam a pesquisa envolvendo seres humanos na implementação desta pesquisa convergente-assistencial (TRENTINI E PAIM, 1999), foi a elaboração do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (ANEXO 2) contendo a explanação do problema, os objetivos do estudo, os procedimentos a serem utilizados para a sua efetivação, riscos e/ou

desconfortos previsíveis e benefícios às participantes, bem como a confiabilidade do estudo e a liberdade para desistir em participar do mesmo a qualquer momento. Mediante contato prévio com a orientadora do estudo, foi colocado o seu número de telefone a disposição das mesmas para contato em caso de se sentirem prejudicadas por estar participando da proposta.

Convém salientar que as informações a respeito da proposta não se limitaram apenas ao conteúdo deste documento; outros fatos pertinentes ao caso foram colocados no diálogo com as puérperas e suas famílias no desenrolar do processo interativo. O respeito a sua decisão em manter ou abandonar a amamentação ficou claro já no primeiro contato.

A operacionalização da pesquisa convergente-assistencial (TRENTINI E PAIM, 1999) foi feita mediante aprovação da proposta pela Comissão de Ética do HU/UFSC (ANEXO 3). A aceitação das participantes foi transacionada com as mesmas no primeiro encontro, garantindo o anonimato pela utilização de pseudônimos e o sigilo das informações fornecidas.

Nos encontros entre a enfermeira, as puérperas e suas famílias o diálogo foi gravado, transcrito e passou pela aprovação dos envolvidos para a sua utilização neste estudo. Estas transcrições assinadas e reconhecidas como legítimas pelas puérperas e suas famílias, encontram-se arquivadas.

As puérperas e famílias que integraram o estudo encontravam-se lúcidas e em condições de manterem uma boa comunicação verbal, o que viabilizou o processo de interação interpessoal e transação, atendendo desta forma os requisitos do referencial teórico e da modalidade convergente assistencial, onde os participantes não assumem apenas a condição de informantes, mas constituem sujeitos ativos do estudo.

4.5 COLETA DE DADOS E INSTRUMENTOS DE VIABILIZAÇÃO

Caracterizado como uma pesquisa convergente-assistencial, o estudo foi viabilizado através do cuidado de enfermagem que se deu em encontros sistemáticos transacionados com as participantes, quer em nível institucional ou domiciliar, onde a educação em saúde foi o foco principal.

A observação participante (HAGUETTE, 1992), a escuta sensível (BARBIER, 1993) e a entrevista individual semi-estruturada e informal (ANEXO 4) serviram como

instrumentos para a obtenção dos dados da pesquisa. Estes instrumentos foram implementados através da relação interpessoal enfermeira, puérperas e famílias participantes do estudo, durante os encontros hospitalares e domiciliares.

A pesquisa convergente-assistencial se desenvolveu num total de quatorze encontros com as puérperas e famílias participantes do estudo. Destes quatorze encontros, oito aconteceram na instituição e seis nos domicílios, assim distribuídos:

- Cristal e sua família - quatro encontros em nível institucional e três domiciliares;
- Pérola e sua família - dois encontros em nível institucional e dois domiciliares;
- Rubi e sua família - dois encontros em nível institucional e um domiciliar.

As peculiaridades de cada situação vivida pelas puérperas e suas famílias tornaram desigual o número de encontros para o desenvolvimento de ações educativas ao amamentar consciente. Cabe colocar neste momento que Cristal, além de estar vivendo pela primeira vez a experiência da maternidade e amamentação e, devido a sua longa internação no pós-parto para acompanhar a filha que investigava episódios de cianose facial durante o choro (seis dias), necessitou maior número de encontros para apoio, reforço e auxílio nas dificuldades enfrentadas no processo, questões que serão abordados no capítulo de apresentação dos resultados e reflexões da prática assistencial.

A realização de apenas um encontro domiciliar com Rubi se deu pela percepção conjunta do conhecimento necessário para a manutenção de um amamentar, que embora nem sempre harmonioso, mostrou-se consciente em termos de limitações e risco/benefício para a mãe, o RN e a família.

O tempo médio destes encontros foi de 65 minutos, sendo o período maior de 2 horas e o menor de 35 minutos. O tempo dispendido para os encontros domiciliares, em número de seis, oscilou entre 90 e 150 minutos e aconteceram no período vespertino e noturno, conforme acordo prévio com a puérpera e sua família.

O método ou técnica da observação participante é concebido por Schwartz e Schwartz, na citação de Haguette (1992), não só como um instrumento de captação de dados, mas, como um instrumento de mudança social, de modificação do meio pesquisado. Os autores a definem como um processo no qual a presença de um observador numa situação social é mantida para fins de investigação científica, numa relação face a face com os observados e, em participando com eles em seu ambiente natural de vida. Desta forma, o observador é parte do contexto, e ao mesmo tempo em que modifica, é modificado pelo mesmo. Assim sendo, a observação participante, pode desvendar aspectos importantes da

estrutura social e de sua dinâmica, levando a reformulação e criação de novos conceitos para explicar a realidade social, mantendo estreita relação com a pesquisa-ação e pesquisa-participante.

Cabral (1998, p. 58), ao referir-se a escuta sensível menciona que “não é possível desconsiderar o corpo e seu movimento como possibilidade de sentir o mundo”; que além de se fazer ouvidos e ouvir o que interessa a si mesmo e a pesquisa, se exige que se ouça o que interessa ao outro também, aguçando a capacidade de ver além dos limites previamente estabelecidos.

Na concepção de Barbier (1993, p. 107 - 108), na escuta sensível...

Cria-se uma zona de produção de dados, cuja riqueza e diversidade representa a própria emergência do conhecimento. A atenção-concentração é máxima, tudo ao redor gera dados valiosos. A emoção que está no corpo participa como uma conduta de ação indireta sobre outrem pela comunicação, e mergulhar no sentimento do outro significa ouvir e refletir junto com ele sobre o que ele tem a dizer, ou seja, considerar o sensível diante do real.

Neste sentido, o que a pessoa pensa e faz, traz internamente um conjunto de afetos, oscilando do prazer ao desprazer, e estes não podem ser ignorados no ato educativo e, muito menos, no processo de pesquisa.

Na realidade deste estudo, a escuta sensível foi desenvolvida pela constante observação (e registro posterior) das reações subjetivas das puérperas e suas famílias durante os encontros, seus gestos, atitudes, sentimentos, expressões faciais, choro, riso, olhares, entre outros.

A entrevista é um recurso metodológico utilizado na investigação social, que consiste em uma conversação de natureza profissional face a face entre duas pessoas, objetivando a obtenção de informações do entrevistado sobre determinado assunto ou problema.

Martins e Bicudo (1994) referem que a entrevista, tida como recurso da pesquisa qualitativa, caracteriza-se como um encontro social com características que lhe são peculiares como a empatia, a intuição e a imaginação, que devem mediar o diálogo entre o entrevistador e o entrevistado. Abordar o entrevistado e convidá-lo a participar de um projeto, pressupõe obviamente uma apreciação dele a respeito dos objetivos e até certo ponto, da utilidade social do mesmo.

A entrevista individual (que parte da interação face a face, entrevistador e entrevistado) de formato semi-estruturado, conforme citado por Trentini e Paim (1999), parte de tópicos relacionados ao tema da pesquisa e à medida que a conversa e a interação

evoluem, cria-se a oportunidade de aprofundar e focalizar o assunto, desde que o entrevistador tenha em mente o referencial teórico e o conhecimento adquirido do tema em questão.

Neste estudo, a entrevista teve como objetivo o conhecimento da necessidade de ações de educação em saúde para o processo de amamentação das puérperas e famílias participantes e o desenvolvimento de um amamentar consciente, bem como o desvelamento de sentimentos maternos que pudessem expressar os seus conflitos em relação a esta prática, conduzindo a um ensino-aprendizagem mais coerente à realidade de cada um de seus componentes. Para tanto foram obedecidos os critérios constantes no instrumento elaborado com esta finalidade.

Acredito ser pertinente mencionar que o ANEXO 4, denominado de “Questões norteadoras da interação enfermeira, puérpera e sua família para a educação em saúde no processo de amamentação”, que se configurou como o instrumento de pesquisa semi-estruturada e informal neste estudo e, que foi didaticamente dividida em três dimensões, não foi implementado desta forma. Na realidade da operacionalização da proposta, estes itens apenas nortearam a sistematização dos resultados, uma vez que reconheço que o processo de amamentação, em sua multidimensionalidade não se desenvolve dentro de dimensões isoladas e sim como uma intrincada rede que afeta e é afetada pelas demais dimensões. Foi uma “referência” criada para atender uma exigência científica que não se mostrou adequada a realidade na operacionalização de uma proposta baseada na espontaneidade e na empatia, mas que também não a prejudicou.

Tentando tornar o mais natural possível os contatos na instituição, optei por utilizar a memória recente para o registro dos dados, que foram feitos com base no ANEXO 5 e mantidos em ordem cronológica, com data, hora e número da entrevista e/ou observação e identificação da puérpera e família. Em nível domiciliar, os diálogos foram gravados e posteriormente transcritos.

4.6 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Com base nos registros decorrentes dos encontros, fiz a codificação, ou seja, o reconhecimento dos temas-chave que emergiram na interação com as puérperas e suas

famílias. Esta codificação permitiu a formação de categorias, um conjunto de expressões com características similares e complementares.

Os resultados desta codificação e categorização foram interpretados à luz do referencial teórico-filosófico, através dos três processos descritos por Trentini e Paim (1999):

- **Processo de síntese** - representou a parte da análise que me permitiu avaliar subjetivamente, as associações e variações das informações, buscando familiarizar-me com elas;
- **Processo de teorização** - correspondeu a definição dos temas e conceitos e a descrição das relações entre eles, identificação das insignificâncias, descoberta dos valores e abstrações destas informações;
- **Processo de transferência** - onde procurei dar significado a determinados achados ou descobertas.

4.7 O PROCESSO DE ENFERMAGEM NA REALIDADE DA PRÁTICA ASSISTENCIAL

O processo de enfermagem adaptado de King (1981) para a sistematização da prática assistencial foi implementado através das quatro fases estipuladas na proposta inicial, como segue:

- **Fase 1- Aproximação-** representou o meu primeiro contato com as puérperas e famílias que integraram o estudo para análise da reciprocidade de interesses entre o aprender e o ensinar sobre amamentação, estabelecimento de acordo de cooperação mútua, agendamento do encontro subsequente, ou evolução seqüencial para o mesmo. Aconteceu na instituição de saúde.
- **Fase 2- Reconhecimento-**
 - ⇒ Reconhecimento Burocrático – englobou a análise do prontuário da puérpera na instituição e coleta dos registros de identificação, história reprodutiva e história de vida, conforme dados contidos no ANEXO 5.
 - ⇒ Reconhecimento Interativo – primeiro momento interativo transacionado com a

puérpera e sua família na instituição. Correspondeu ao desenvolvimento do primeiro diálogo, mediado pelas questões norteadoras contidas no instrumento com esta finalidade (ANEXO 4).

- Fase 3- **Interação/Transação**- representada pelos 11 encontros (5 hospitalares e 6 domiciliares) com as pessoas que integraram o estudo, foi onde a prática assistencial se configurou como um “contínuo” entre o cuidar e o educar, apontando aspectos que necessitavam ser tratados, reforçados e discutidos na situação de saúde. Estas ações educativas e cuidativas decorreram da análise compartilhada do que foi expresso, sentido e/ou observado durante os encontros.
- Fase 4- **Avaliação**- foi representado por todos os momentos em que nós (enfermeira em interação com a puérpera e sua família) avaliamos as orientações e condutas empregadas em comum acordo e decidimos os passos seguintes, trazendo-os de volta ao contexto relacional para servir de feed-back ao sistema interacional, conduzindo, muitas vezes, a transação.

A Fase de Aproximação e Reconhecimento Burocrático aconteceu em momento específico, único e individualizado para cada puérpera e sua família que participou do estudo; as demais Fases (de Reconhecimento Interativo, Interação/Transação e Avaliação), se repetiram a cada encontro e deram um feed-back da adequação do cuidado e do nível de interação que se estabeleceu.



Fonte: Do livro "Histórias da vida inteira" (MALDONADO, 1994)

"A realidade é o real retirado pelo imaginário e velado, prefigurado pelo simbólico. Sua compreensão passa pela estrutura de significações socialmente admitidas".

Barbier

5 REVELANDO E REFLETINDO OS CAMINHOS DA VIVÊNCIA INTERATIVA

Ter percorrido junto às puérperas e famílias participantes deste estudo, a trajetória dialógica do cuidar e educar para o processo de amamentação consciente e ver emergir a expressão do conflito e da harmonia materna e familiar inerente ao processo, com certeza, foi algo de revelador e grandioso, tanto em nível pessoal, como profissional. Os riscos desta trajetória que em seguida ousou descrever, revelaram ambigüidades, possibilidades e limitações, angústias e calmarias, dor e prazer embutidos no processo.

Visando tornar didática a apresentação desta vivência, passo a descrevê-la a partir das etapas estipuladas para a sistematização da assistência.

5.1 APROXIMADO-ME...

Etapa inicial do processo de interação com a puérpera e sua família, ou seja, os primeiros contatos com as participantes do estudo e que me permitiu estabelecer os primeiros laços interativos e constatar a reciprocidade de interesses entre o aprender e o ensinar sobre amamentação. Permitiu-nos (enfermeira, puérpera e família), estabelecer um acordo de cooperação e agendar o encontro seguinte ainda na instituição.

A vivência da Fase de Aproximação com estas puérperas e suas famílias permitiu avaliá-la como momento rico, que serviu de forte base para o desenvolvimento harmônico da interação, transação e avaliação das situações de educação em saúde para o desenvolvimento consciente do amamentar, antecipando as perspectivas preconizadas na proposta.

King (1981) menciona que a pessoa tem o direito de saber e decidir sobre sua vida e sua saúde e os cuidados que irá receber; percebe-as, portanto, como sistemas abertos interagindo com o ambiente, havendo troca de matéria, energia e informações entre elas. No processo de interação do indivíduo consigo mesmo, com grupos e com a sociedade, ela reage com base na percepção, expectativas, necessidades e valores dela própria e dos

elementos envolvidos no processo. É responsabilidade da equipe de saúde informar estas pessoas de todos os aspectos do cuidado à saúde, para ajudá-las a tomar decisões conscientes.

5.1.1 Encontrando co-participes

Minha aproximação com Pérola, Cristal, Rubi e suas famílias, com certeza, não se deu ao acaso! Muitos fatos conspiraram para a sua concretização, tornando especial nossas relações interativas e enriquecendo os resultados. Portanto, apresento a seguir cada situação de encontro, procurando especificar suas peculiaridades.

O encontro com Pérola e sua família se deu na sua chegada ao Serviço de Enfermagem de Clínica Obstétrica nas primeiras horas após o parto. Conduzida a esta clínica em maca por volta das 14:00 horas, foi acomodada ao leito, numa enfermaria com outros dois binômios e seus acompanhantes. A sua expressão demonstrava cansaço, mas esboçava um sorriso de alívio pelo desfecho da situação. Havia sido protagonista de um parto normal vertical sem analgesia, através do qual Ouro, seu 2º filho, menino de pele clara, desabrochava para o mundo da vida social. Diamante(o marido) a acompanhava. Durante a tarde, enquanto prestava assistência à mesma, percebi uma grande empatia na relação. Esta percepção de receptividade mútua me permitiu expor a proposta de estudo a puérpera, pedindo a sua contribuição como participante do mesmo, que foi imediatamente aceito.

Com Cristal a história praticamente se repetiu. Ao recebê-la na clínica alguns fatos me chamaram a atenção, como a sua transparente felicidade por ter tido sua filha, Brilhante, nascida de parto normal sem analgesia e a receptividade e carinho com que tratava todos que a ela se dirigiam. Mostrou-se receptiva tanto a minha pessoa como a proposta de estudo, tornando-se a segunda integrante do trabalho.

Com Rubi as condições da aproximação foram outras. No período em que desenvolvia a prática assistencial e que me encontrava de plantão, ela chegou ao Serviço de Enfermagem de Emergência Obstétrica e Ginecológica para atendimento aproximadamente às 02:00 horas, acompanhada por Ouro Branco, seu companheiro. No primeiro cruzar de olhares, nos reconhecemos; há pouco mais de um ano atrás, quando recém havia iniciado minhas atividades naquele setor, ela chegou em período expulsivo de

parto e teve sua terceira filha no consultório, na minha presença e do companheiro, antes que pudesse acomodá-la adequadamente. Fatos como este, fazem com que não nos esqueçamos destas pessoas, e acredito, nem elas de nós. A situação se repetia. Após os cumprimentos, Rubi e Ouro Branco foram conduzidos ao consultório. Ela estava tranqüila e na sua queixa principal estava apenas sangramento vaginal em mínima quantidade e contrações uterinas esporádicas e segundo ela, superficiais. Passaram-se alguns minutos; o acadêmico deixou o consultório para pedir a avaliação médica e me falou que ela estava com colo pérvio para 6 cm. Alertei o mesmo sobre as condições do parto súbito anterior e ele me garantiu que o feto ainda estava alto, que não havia risco de um nascimento abrupto. Confiei na sua avaliação, mas quando retornei ao consultório Rubi teve uma contração efetiva e dolorosa. Mal consegui conduzi-la até a maca da observação onde nasceu, às 02:30 horas, Pérola Negra, uma garotinha que pesou 3.505 g e que foi considerada AIG (adequada para a idade gestacional) e a termo (idade gestacional por avaliação de Capurro Somático de 39 semanas e 1 dia). Tanta coincidência não podia passar em branco. Até hoje acreditamos que algo além do que podemos explicar nos possibilitou estas vivências. Aguardei aquela noite, devido ao estresse da situação; na tarde seguinte fui até Serviço de Enfermagem de Clínica Obstétrica apresentar-lhe a proposta e solicitar a sua participação no estudo, situação aceita e recebida com alegria.

5.2 RECONHECENDO AS SITUAÇÕES

5.2.1 Reconhecendo burocraticamente cada situação

A partir da aceitação das puérperas e suas famílias em se tornarem co-participes do estudo, desenvolveu-se a Fase de Reconhecimento, que serviu como complementação ao primeiro desvelamento do processo de amamentação naquelas realidades específicas e a necessidade de ações de educação em saúde compartilhadas para um amamentar consciente.

Para tanto, realizei a análise do prontuário da puérpera na instituição para a coleta dos registros de identificação, história reprodutiva e história de vida, conforme ANEXO 5. Devido ao desenvolvimento de um método científico que direciona a ação dos profissionais dentro da instituição em que a prática se desenvolveu, os dados necessários a

este reconhecimento estavam contemplados nos prontuários em documentos preenchidos e evoluções feitas pelas enfermeiras e médicos.

Tal situação evitou o questionamento repetitivo a puérpera e à sua família de algumas questões inerentes ao tema problema, situação comum dentro de um hospital escola e que pode acabar prejudicando o relacionamento interpessoal. Permitiu-me ainda, o conhecimento prévio da ausência de impedimentos físicos ou patológicos para o amamentar, possibilitando-me uma abordagem coerente.

5.2.2 Primeiros momentos interativos

Seguir uma trajetória que me levasse a desenvolver uma proposta de educação em saúde centrada no diálogo e na relação interpessoal com mulheres e famílias que vivenciam o amamentar seus filhos e filhas, pressupôs liberdade. Liberdade para ouvir, ver e sentir, mesmo o que não era dito e mostrado. Liberdade para que estas mulheres e suas famílias expressassem sua compreensão ou não compreensão da multidimensionalidade do processo. Trabalhando de forma interacionista e dialógica e reconhecendo a limitação momentânea que era o desconhecimento do contexto sócio-cultural de inserção dos sujeitos neste início do processo, não utilizei instrumentos além do que o próprio ambiente e condições me colocavam, como os materiais educativos disponíveis na unidade (painéis e panfletos). Foi realizado um acompanhamento natural dos fatos, mediado por uma estreita relação interpessoal que permitisse o desenvolvimento da consciência crítica a respeito do amamentar.

Além disto, a própria condição materna no puerpério imediato (debilitação em função do trabalho de parto e parto, alterações psicoemocionais em decorrência das bruscas alterações hormonais e a exaustiva jornada de aprender/cuidar do RN), transformou constantemente estes momentos em espaços de ensino-aprendizagem não só dos aspectos relativos a amamentação, mas em meios de resolução de outros conflitos inerentes ao gestar e parir.

Em determinados momentos, acreditei que tal dança pudesse prejudicar o andamento do estudo, situação que agora percebo como contribuinte para o andamento dialógico da interação e, até de certa forma, como um reconhecimento do meu ser enfermeira por parte destas puérperas e suas famílias. E isto só veio a favorecer o trabalho,

pois o comprometimento pessoal e profissional abre novos horizontes ao cuidar e ao viver este cuidado, aumentando a percepção da enfermeira e cliente na situação em estudo, facilitando a transparência dos pontos obscuros e conflituosos. Faz parte do processo de desenvolvimento da nossa consciência crítica com relação a nossa saúde, aos nossos direitos e deveres, ao nosso ser cidadão.

A abordagem do tema-problema do estudo teve como ponto de partida, o saber de cada puérpera e família envolvida acerca da questão e, a partir do mesmo, a discussão das necessidades de reforço e ajuda que nos permitissem o reconhecimento da realidade (mesmo que parcial). De outra forma estaria contradizendo a própria proposta.

O diálogo foi mediado pelo reconhecimento empático das pessoas envolvidas. A abordagem inicial que procedia aos cumprimentos era o questionamento aberto direcionado à mulher ou família presente no momento, tentando valorizar a situação da forma mais abrangente possível: - Como você (s) está (ão)?

A partir das palavras emitidas pelas mesmas, partia para o reconhecimento dos saberes prévios a respeito do amamentar em suas diversas dimensão. A identificação de pontos que necessitavam educação e/ou outra forma de cuidado profissional emergia neste contexto e procurávamos, na medida do possível, uma solução que satisfizesse a ambas. Procurei manter durante a relação interpessoal com estas puérperas e suas famílias, uma postura de valorização dos seus saberes, o contato através do toque corporal e a interação face a face e olho a olho - desta forma acreditei no desenvolvimento de um processo dialógico.

O diálogo foi permeado pela temática abrangente do tema amamentação (suas múltiplas dimensões) e educação em saúde. A partir da identificação de dificuldades ou limitações para o desenvolvimento da amamentação, iniciava um processo de interação com vistas ao estabelecimento de um objetivo mútuo que nos conduzisse a sua resolução.

A vivência prévia da puérpera e família da mesma dificuldade, bem como as estratégias utilizadas para o seu enfrentamento e superação eram consideradas ao mesmo tempo em que um aporte teórico era colocado em discussão. A escuta sensível, a observação participante e a observação do ambiente, constituíram-se importantes instrumentos para o desenvolvimento de uma educação em saúde mais próxima da realidade e sentimento desta puérpera e sua família. Por isso acredito que o processo se desenvolveu de forma dialógica permitindo que os depoimentos/participação, que embora expressassem em parte a ideologia dominante no setor, mostrassem sentimentos

verdadeiros dos sujeitos envolvidos.

O exame físico obstétrico foi realizado não somente em atendimento de uma rotina institucional, mas também como um fator de envolvimento e compromisso com os princípios da proposta, que incluía o cuidado a pessoa como um ser que é maior do que a soma de suas partes. Além disto, certas condições físicas decorrentes da parturição, como as episiorrafias e lacerações corrigidas por suturas, quando extensas ou com alterações, bem como fissuras mamilares, se colocam como fatores limitantes do ato de amamentar. O contato físico, as palavras de estímulo e as boas condições gerais das três puérperas participantes do estudo serviram de estímulo para o desenvolvimento da auto-estima.

5.2.2.1 Somando aproximações e registros

A enfermagem distingue-se predominantemente em função de suas ações tomarem por base as relações interpessoais de ajuda, que caracteriza o ato de cuidar. Este processo interpessoal inerente às ações do cuidar depende da pessoa que recebe o cuidado, assim como da enfermeira que atua como facilitadora. Se a enfermeira com conhecimentos e habilidades interage com a puérpera e a família fornecendo informações adequadas, ocorrerá mútuo estabelecimento e alcance de objetivos (KING, 1981).

Pensando desta forma, evolui na interação e iniciei o diálogo com vistas a uma primeira compreensão compartilhada do processo de amamentação em suas realidades e na tentativa de resgate do papel destas puérperas e suas famílias, como protagonistas das necessidades ou não de intervenção nos contextos que se colocavam.

Não dispondo de ambiente propício para uma relação mais tranqüila, os encontros aconteceram nas próprias enfermarias onde as puérperas e suas famílias foram alojadas quando da sua chegada ao Serviço de Enfermagem de Clínica Obstétrica no pós-parto.

O momento de Reconhecimento Interativo se apresentou na prática assistencial, interposto à Fase de Interação/Transação, porque na sua concretude, estes encontros levaram aos objetivos da 3ª Fase do estudo.

A dinâmica dos encontros com as puérperas e suas famílias (neste momento), propiciou o desencadeamento da reflexão acerca do vivido e dito sobre amamentação, conduzindo a interação e estabelecimento mútuo de objetivos. A profundidade da

abordagem evoluiu à medida que os encontros foram se sucedendo. Utilizando o bom senso nesta interação, procurei responder alguns questionamentos contidos no Instrumento para Entrevista Semi-estruturada Individual (ANEXO 4).

Com esta bagagem de informações, diálogos, toques, busquei o encurtamento da distância entre o “ser” enfermeira e o “ser” cliente, mediante acompanhamento e auxílio nas necessidades de auto-cuidado, cuidados com o RN e orientações a respeito do processo de amamentação, bem como das dificuldades que não se limitavam especificamente ao tema do estudo.

Os dados e observações decorrentes da vivência da Fase de Aproximação e Reconhecimento, me permitiram caracterizá-las compondo uma descrição familiar individual, complementada com informações inerentes a cada situação que potencialmente poderiam facilitar ou dificultar o amamentar, como segue:

A **primeira família** é formada por Pérola - a puérpera, Diamante - o marido, Jaspe - o filho de quatro anos e Ouro - o RN. Integra ainda a família neste momento, Ametista - a mãe de Diamante, que veio do interior de São Paulo para ajudá-los nestes primeiros meses de pós-parto e que trouxe importantes contribuições ao estudo. Pérola tem 25 anos, nível de instrução secundário e é natural do Rio Grande do Sul. Trabalha em um pet shop e encontra-se em licença de gestação; atualmente permanece em casa cuidando dos filhos Ouro e Diamante Negro. Diamante tem 27 anos, cursa engenharia sanitária e trabalha como bolsista. Natural do interior de São Paulo, veio para Florianópolis há menos de quatro anos. Quando do nascimento de Jaspe, o casal não morava junto. Jaspe estuda em colégio particular da redondeza no período vespertino e Pérola deseja submeter-se ao vestibular para nutrição neste ano. Possuem poucas amizades em Florianópolis, porque residem a poucos anos nesta cidade e a maioria dos familiares mora em outros estados. Para os cuidados de saúde, a família utiliza os serviços da rede básica e Cooperativa Médica de Florianópolis (UNIMED) para as crianças. O casal aparenta bom nível cultural e condições sócio-econômicas regulares.

Pérola procurou a maternidade do HU/UFSC por vontade própria, pois já havia tido seu 1º filho aqui. Internou em trabalho de parto efetivo e com colo pérvio para 5 cm, numa madrugada do período destinado a prática assistencial e depois de aproximadamente 10 horas, Ouro nasceu de parto normal de cócoras; a mãe teve laceração perineal de 2º grau. GIG (grande para a idade gestacional) e a termo, o menino pesava ao nascimento 4500 g, sendo estimada sua idade gestacional pela avaliação de Capurro Somático em 39

semanas e 3 dias. Foi propiciado o contato pele a pele e olho a olho (mãe e RN) na sala de parto, onde Ouro esboçou as primeiras sugadas no seio materno. Na sala de recuperação pós-anestésica (SRPA), mamou efetivamente por 30 minutos. No período de Greenberg, Pérola apresentou sangramento vaginal aumentado por hipotonia uterina e discreta hipotensão arterial, sinais que cederam com a administração de ocitócitos e estímulo mecânico à retratibilidade uterina. O trinômio (mãe, RN e pai) foi recebido por mim no Serviço de Enfermagem de Clínica Obstétrica, as 14:30 horas deste mesmo dia. Pérola mostrava-se calma, embora esboçasse cansaço e apresentasse extrema palidez cutâneo-mucosa.

Ao exame físico apresentou mamas arredondadas pouco volumosas, normotensas, com aréolas pequenas, hipopigmentadas e com poucos corpúsculos de Montgomery; mamilos semiplanos, íntegros, porém com discreta hiperemia; negava dor ou desconforto ao amamentar. Colostro abundante à expressão manual. Abdômen semigloboso. Útero volumoso, pouco retraído e com fundo acima da cicatriz umbilical. Périneo com edema vulvar moderado e sutura em região médio-lateral-direita (MLD) sem equimose ou hematoma. Loqueação sanguinolenta abundante, porém livre de coágulos. Apresentou lipotímia ao levantar para o 1º banho. O marido a acompanhou durante à tarde e noite, auxiliando-a nos cuidados com o filho.

Na situação de Pérola, o momento interativo inicial deu-se sequencialmente à aproximação, já que o diálogo evolui de forma espontânea, fazendo emergir percepções e conhecimentos próprios da multidimensional amamentação; não observei em suas palavras, gestos e condutas, qualquer menção e/ou atitude da vivência de conflitos. Pérola amamentou o filho mais velho até quatro anos, tendo realizado o desmame quando engravidou de Ouro. A inexistência de dificuldades na história pregressa pessoal de amamentação reforçou a sua crença na repetição deste sucesso. A história familiar da amamentação não era muito animadora. Sua sogra não amamentara os filhos por mais de três meses e sua mãe, menos que isto.

A **segunda família** é formada por Cristal - a puérpera, Opala - o companheiro e Brilhante - a RN. Cristal, de nacionalidade Argentina, tem 30 anos e vive maritalmente com Opala há aproximadamente cinco anos. Possui instrução de 3º grau e especialização em letras. Opala tem 48 anos, trabalha como docente no 3º grau e é natural do norte do Brasil. Convive ainda com o casal na mesma residência, um dos dois filhos de Opala de uma união conjugal anterior, Diamante Negro, de 18 anos. Suas relações parentais na

cidade resumem-se a mãe de Cristal, Jade, que a visita quase diariamente, duas irmãs e um irmão solteiro, já que seu pai trabalha na Argentina e os parentes de Opala residem em outra região. A família possui um bom nível sócio-econômico e cultural. Cristal, no momento, não possui vínculo empregatício, dedicando-se aos cuidados da filha lactente. O casal mantém uma empregada que os auxilia nos cuidados da casa no período matutino.

Cristal também procurou a maternidade do HU/UFSC por acreditar na filosofia do serviço, que conhecera ao participar de um grupo de gestantes. Internou numa manhã do mesmo período citado anteriormente com dinâmica uterina e colo pérvio para 3 cm. Após praticamente 24 horas de trabalho de parto, as 12:30 do dia seguinte, teve Brilhante, de parto normal de cócoras, sem analgesia e com laceração perineal de 2º grau. A menina que nasceu a termo e pesava 3360 g, teve a idade gestacional estimada em 39 semanas e 2 dias pela avaliação de Capurro Somático, sendo considerada AIG. Foi propiciado o contato pele a pele e olho a olho (mãe/RN) na sala de parto. A primeira mamada ocorreu na SRPA. O trinômio (mãe/RN/pai) chegou ao Serviço de Enfermagem de Clínica Obstétrica às 14:00 horas do mesmo dia do nascimento, tendo sido recebido por mim. Cristal encontrava-se sorridente, extremamente cooperativa e atenta às orientações fornecidas pela equipe de saúde. Demonstrava muito carinho nos cuidados com a filha.

Ao exame físico apresentava mamas arredondadas, pouco volumosas e normotensas; aréolas com pigmentação escura e presença de inúmeros corpúsculos de Montgomery; mamilo direito semiplano e esquerdo protruso, ambos íntegros e com presença de colostro à expressão manual. Abdome pouco globoso. Útero contraído com fundo abaixo da cicatriz umbilical. Períneo com sutura de laceração livre de edema, equimose ou hematoma. Loqueação sanguinolenta e sem coágulos. Opala ausentou-se logo após a sua chegada, sendo substituído pela sogra, Jade, no acompanhamento à Cristal e Brilhante. Recebeu visita de outros familiares à tarde. Jade permaneceu na instituição durante a noite e auxiliou Cristal nos cuidados com Brilhante.

Na situação de Cristal, o encantamento pela vivência recente da maternidade tornou difícil uma abordagem mais profunda do tema. Compreendendo e respeitando este momento especial que ambas viviam (mãe e filha), resolvi interferir o mínimo possível. Mesmo assim, sua disponibilidade e gentileza, permitiram identificar o conhecimento da dimensão biológica da amamentação no que concerne ao valor nutritivo e imunológico do leite materno e das alterações mamárias decorrentes da gestação e puerpério. Demonstrava uma forte valorização à dimensão psíquica do amamentar, referente ao vínculo que a

mesma proporciona entre mãe e criança. Acreditava que estava preparada para a amamentação. Na dimensão social, a história familiar parecia favorecer o bom desenvolvimento do processo, já que sua mãe a amamentara e aos irmãos.

A **terceira família** é mais numerosa. É composta por Rubi - a puérpera, Ouro Branco - o companheiro, Topázio - o filho de seis anos, Prata - a filha de quatro anos, Esmeralda - a filha de um ano e 4 meses e Pérola Negra - a lactente. Rubi tem 23 anos, instrução de 1º grau e é natural de Florianópolis. Trabalhava como doceira em lanchonetes, mas desde a gestação da 3ª filha, dedica-se aos cuidados dos filhos e atividades domésticas. Para aumentar a renda do casal, aceita encomendas de doces e bolos para festas. Ouro Branco tem 30 anos, instrução de 2º grau, natural de Florianópolis e trabalha como autônomo na construção civil. Havia se submetido à vasectomia poucos dias antes da internação de Rubi na maternidade. O casal vive maritalmente há aproximadamente três anos. Ambos possuíam união conjugal anteriores, das quais Rubi teve seus dois filhos mais velhos (Topázio e Prata) e Ouro Branco três filhas, que não moram com o casal. Pérola conta com a ajuda do companheiro para desenvolver as atividades domésticas; durante a tarde costuma ir até a casa de sua mãe, Quartzito, localizada bem próxima a sua, que a ajuda nos cuidados com os filhos, possibilitando-lhe momentos de descanso. Possui fortes vínculos de amizade na localidade que é basicamente composta por familiares. Quando necessita de cuidados de saúde, a família procura atendimento na rede básica. Aparenta condições sócio-econômicas regulares e boa cultura.

Rubi teve três de seus quatro filhos na maternidade do HU/UFSC. As duas últimas, Esmeralda e Pérola Negra, nas condições descritas no item 5.1 deste estudo, não havendo necessidade de repeti-las aqui. Devido a inadequação do ambiente de nascimento de Pérola Negra, após os cuidados iniciais, foi mostrada e encostada à face da mãe, que a beijou, e encaminhada ao Centro Obstétrico. Rubi a amamentou pela primeira vez na SRPA. Naquela mesma madrugada, em torno da 04:30 horas, o trinômio (mãe/RN/pai) foi conduzido ao Serviço de Enfermagem de Clínica Obstétrica. O companheiro, Ouro Branco a deixou sozinha com a filha e foi para a sua casa, pois precisava cuidar dos outros filhos. Rubi demonstrava satisfação pelo desfecho da situação.

Ao exame físico, Rubi apresentava mamas arredondadas e normotensas; aréolas com boa pigmentação presença de poucos corpúsculos de Montgomery; mamilos protrusos, porém pequenos e íntegros; presença de colostro à expressão manual. Referia ter amamentado a Esmeralda até ter engravidado. Abdômen globoso. Útero contraído com

fundo abaixo da cicatriz umbilical. Períneo sem laceração. Loqueação sanguinolenta e sem coágulos. Permaneceu sem acompanhante até à tarde daquele dia, quando recebeu visita de familiares.

Na situação de Rubi, os primeiros momentos interativos não foram seqüenciais ao parto. Aconteceram na tarde do mesmo dia do nascimento de Pérola Negra, no Serviço de Enfermagem de Clínica Obstétrica. Pérola mostrou seus saberes da situação inerente a amamentação para além do aspecto biológico, reforçando a questão do forte vínculo que a amamentação proporciona à mãe e à criança. Embora não verbalizasse conflitos ou necessidade de educação para o processo, Rubi demonstrou sentimento de culpa pelo desmame imposto à filha de um ano e quatro meses, quando da descoberta da gestação atual.

5.3 EVOLUINDO NA INTERAÇÃO/TRANSAÇÃO

Esta fase do processo de relação interpessoal enfermeira, puérpera e sua família, configurou-se como espaço de ouvir, educar e intervir. Desenvolvido através de onze encontros, dos quais cinco aconteceram na instituição e seis nos próprios domicílios das puérperas e famílias, as ações de educação em saúde propiciaram um agir-refletir-agir. O estreitamento do vínculo empático com a puérpera e sua família proporcionado pela relação interpessoal e dialógica e o desencadeamento dos fenômenos puerperais, fizeram afluir os conflitos de ordem física, social e psíquica nos sujeitos do estudo e a necessidade de educação para o amamentar.

Ao mesmo tempo, este momento serviu para o desenvolvimento de uma consciência crítica com relação ao ato de amamentar nos envolvidos, objetivo maior do trabalho, possibilitando um caminho para o reconhecimento consciente do processo, deixando transparecer importantes categorias para análise.

5.3.1 Primeira situação - Pérola e sua família vivendo a amamentação em interação com a enfermeira

O primeiro encontro hospitalar com Pérola visando o desenvolvimento de uma prática educativa para o amamentar que partisse de uma negociação de saberes, bem como a identificação de conflitos que pudessem afetar o processo, aconteceu seqüencialmente a sua acolhida no Serviço de Enfermagem de Clínica Obstétrica na tarde do dia do parto e já foi descrito no item 5.2.2.1 - Somando aproximações e registros, cabendo colocar nesta etapa os acréscimos na evolução interativa.

Pérola e Diamante reconheciam o valor nutritivo, imunológico e afetivo da amamentação, mas manifestavam desejo de saber mais, o que nos permitiu estabelecer um objetivo mútuo, porque havia reciprocidade de interesses: uma enfermeira (eu) disposta a facilitar esta complementação de aprendizado relativo ao amamentar e uma família desejosa de saber. Logo, panfletos, murais e relatos verbais (diálogo bilateral) acabaram por contribuir para um alargamento da compreensão dos envolvidos, bem como da minha interação com a situação benéfica para o desenvolvimento de um amamentar harmonioso.

Na realização do exame físico obstétrico, a hipopigmentação da região mamilo-areolar, citada anteriormente, que cientificamente predisporia à ocorrência de limitações de ordem física, como fissuras mamilares e a observação de hiperemia na região, foram percebidas por mim como um fator de risco ao processo e por Pérola e Diamante como insignificantes em termos de potencial de dificuldade. Logo, precisamos negociar para chegarmos a um objetivo que atendesse a percepção de ambas na situação de cuidado, que se fez pela minha compreensão da superioridade da vivência prévia de um amamentar sem esta limitação.

No encontro institucional subsequente, à medida que a interação evoluía, importantes dados emergiam no diálogo para me fazer compreender e posteriormente refletir e retroalimentar as discussões que se seguiam. Esta proximidade favoreceu o reforço das orientações para o auto-cuidado puerperal, bem como dos cuidados com o RN (Ouro).

Este ciclo diálogo-percepção-questionamento-orientação-retroalimentação se repetiu em cada momento interativo na instituição e no domicílio, permitindo-nos (porque se deu de maneira bidirecional) identificar uma situação de pouco ou nenhum risco para o

insucesso no processo, pois além de acreditar no mesmo, a estrutura familiar constituía importante apoio para a sua manutenção.

Palavras de estímulo e elogios ao sucesso na amamentação de Jaspe, o filho de 4 anos e a grande virada na situação familiar, que apenas no intervalo de uma geração mudou do aleitamento artificial quase que exclusivo, para o aleitamento materno exclusivo, não foram poupadas, porque além do apoio e da proteção, o amamentar também exige estímulo.

Nos dois encontros posteriores, que aconteceram no domicílio de Pérola, uma personagem importante entrou em cena: - Ametista, sua sogra. Mulher de meia idade, trazia uma bagagem pessoal de sofrimento e de frustração na vivência do processo nas duas situações de maternidade que experienciou; falava com pesar do seu desejo de ter amamentado Diamante e a outra filha. Mas relatava desejar viver com Pérola a concretização deste sonho. Ver seus netos sendo amamentados de forma espontânea e prazerosa pela nora era para si, motivo de satisfação. Apoiava e estimulava Pérola para manter a amamentação.

A minha percepção do seu sentimento de culpa por não ter amamentado os filhos, sensibilizou-me para buscar formas de atenuar este conflito que a acompanhava há aproximadamente 30 anos. E o diálogo nos permitiu isto. Através de uma abordagem histórica do desenvolvimento da alimentação artificial, encontramos um denominador comum: na falta de estímulo e apoio a amamentação há aproximadamente 30 anos, quando as indústrias de leites artificiais dominavam o mercado e difundiam a ideologia da sua superioridade sobre outro tipo de alimento para lactentes. Reconhecendo a história, Ametista identificou as causas da falta de estímulo e apoio que não encontrara na família, nos profissionais de saúde e na sociedade para que pudesse ter vivido de forma diferente o amamentar seus filhos, o que reforçou a sua crença de que não era a única culpada pelo insucesso. E esta história serviu aos demais presentes no momento interativo, Diamante e Pérola, que de certa forma começaram a perceber a importância de uma estrutura social para a manutenção do processo de amamentação. Orientações relativas a variabilidade da constituição do leite materno, a impossibilidade do aleitamento cruzado e a importância da tranquilidade materna para o desenvolvimento do processo, se fizeram presentes nos dois encontros com Pérola e sua família.

O espaço domiciliar configurou-se ainda como um espaço de maior liberdade. Percebia Diamante, Pérola e Ametista mais espontâneas nos questionamentos e no

aprendizado comprometido. E esta liberdade facilitou a negociação de saberes e o desenvolvimento de um processo educativo participativo e bidirecional.

O tênue conflito ocasionado pela necessidade de desmame do filho mais velho (Jaspe) durante última gestação, desaparecia à medida que o RN começava a ser percebido por todos os membros familiares, principalmente por Ouro, como um ser que não ameaçava a sua relação com a mãe e o pai. Reforcei apenas a conduta de Pérola por desmamar Ouro, já com quatro anos, como adequada, procurando mostrar-lhe que o conflito diminuiria gradativamente, elogiando o seu potencial como nutriz.

Na dinâmica dos encontros, o apontamento do ideal de boa mãe e da imagem da unidade mãe-filho serviu como subsídio para que Pérola e Diamante pudessem compreender que nem sempre o amamentar se processa da forma como vivenciavam. Desta forma, acredito, poderão auxiliar outras pessoas que, por ventura, futuramente cruzarem suas vidas com problemas desta natureza. Saber dividido é com certeza, oportunidade de crescimento e libertação dos sujeitos, é mais uma estratégia desenhada em prol da amamentação em nosso meio.

5.3.2 Segunda situação - Cristal e sua família vivendo a amamentação em interação com a enfermeira

Como já mencionei, Cristal permaneceu internada por seis dias, diferente de Pérola e Rubi que permaneceram no hospital apenas dois. Os encontros hospitalares obedeceram a mesma dinâmica descrita para a situação de Pérola, porém, a sua longa permanência na instituição a fez viver momentos de conflitos importantes.

Na instituição, além da educação em saúde para o início e a manutenção do processo de amamentação, necessitei transacionar cuidados específicos, já que o surgimento de fissuras mamilares e do ingurgitamento mamário decorrente da fase de descompensação produção e necessidade de leite pela criança aconteceram neste espaço. A presença de um mamilo semiplano e a inexperiência de desenvolver o ato físico em si, fizeram com que a auxiliasse nas primeiras mamadas, fazendo a *prega* da região mamilo-areolar, posicionando corretamente a menina ao seio e ajudando-a a encontrar uma posição mais confortável. Dentre as medidas transacionadas para a atenuação e/ou superação das fissuras mamilares, que variaram de acordo com o momento vivido pela puérpera, posso mencionar os banhos com radiação infravermelha nas mamas, a aplicação de

medicamentos tópicos na região mamilo-areolar e a orientação e auxílio para o esvaziamento manual das mamas.

No quinto dia de internação, quando o ingurgitamento mamário causava-lhe muito desconforto e dor, após orientá-la e a sua família sobre a necessidade de esvaziar as mamas antes e após as mamadas, nos colocamos a disposição para auxílio no esvaziamento das mesmas (e aqui me refiro à equipe de enfermagem que a atendeu, porque este processo precisa ser contínuo até que a produção do leite normalize). Com raras exceções precisei intervir neste processo, uma vez que a mesma demonstrava habilidade em fazê-la e era constantemente auxiliada pela família.

A sensação de cansaço estampada em seu rosto (e não expressa por Cristal) na vivência do processo de tentar cuidar de si e atender simultaneamente as necessidades da filha RN, pode ser amenizada pela presença constante de um familiar.

No espaço institucional, a dificuldade em aprofundar as discussões sobre a dimensão psíquica da amamentação (embora reconheça o seu entrelaçamento às demais dimensões), ocorreu em função da emergência das dificuldades e conflitos de ordem física. Na verdade reconheço, que embora naquele momento imaginasse estar ocorrendo uma transação entre nós, no que concerne a multidimensionalidade do amamentar e apesar da empatia que nos unia (e une), esta se efetivara apenas no plano biológico, quando transacionávamos as atividades cuidativas para aliviar as limitações de ordem física que se apresentavam. Aliado a este fato, acrescento o desvio da sua preocupação para a definição do diagnóstico de Brilhante, que investigava uma suspeita de cardiopatia congênita.

Se analisasse apenas a questão social, Cristal não teria motivos para viver de forma conflitual o processo de amamentação, pois possuía (e reconhecia este “possuir”), condições que lhe garantiriam uma passagem harmônica pelo mesmo. Mas o aprendizado da maternidade e da amamentação não é só de natureza social. Nos três encontros domiciliares, nos quais Cristal encontrava-se a sós com Brilhante, isto se tornou perceptível aos meus olhos e aos olhos da puérpera e sua família, o início do processo foi conflitual e a sua manutenção exigiu grande empenho pessoal, familiar e profissional.

Cristal demonstrava grande ansiedade e insatisfação com o desenrolar dos fatos, o que foi agravado pela baixa produção láctea e ganho insuficiente de peso de Brilhante nos primeiros 15 dias de vida. Mesmo utilizando os conhecimentos que possuía e/ou adquiriu durante a internação, como a hiperhidratação oral para aumentar a produção láctea, não se mostrava satisfeita com a situação. Ainda mais quando esta hiperhidratação

oral causou-lhe novo ingurgitamento mamário e o esvaziamento não se fez efetivo para a solução do problema. Agora, mais do que nunca, a minha presença como profissional foi exigida, pois ela vivia com intensidade, o conflito do amamentar em sua multidimensionalidade. Reconhecia a importância da amamentação ao seio, conhecia as estratégias para superar as dificuldades, mas não conseguia se “livrar” das artimanhas da situação.

Neste contexto, o ouvir foi muito mais terapêutico que o falar, embora tenham sido necessárias diferentes abordagens acerca da evolução histórica do ato, bem como o reconhecimento da sua multidimensionalidade e a realização de cuidados físicos. Tentei, desta forma, diminuir a sensação de perda da individualidade, frustração e ansiedade, diminuindo sua culpabilização se o processo não evoluísse para a continuidade. E embora o ouvir não tenha sido discutido (enquanto estratégia transacionada), ele se fez necessário e com certeza foi um grande salto de qualidade na relação interativa.

E assim se fez, até que ao final do segundo mês de vida, superadas as limitações iniciais, Cristal e Brilhante começaram a vivenciar o amamentar que até este momento mostra-se benéfico para ambas.

Maiores detalhes desta interação encontram-se descritas no próximo capítulo, quando enfoco e analiso as variáveis do estudo.

5.3.3 Terceira situação - Rubi e sua família vivendo a amamentação em interação com a enfermeira

Rubi mostrou-se bastante independente com relação ao amamentar, o que facilitou em muito a minha ação enquanto profissional, mas mesmo assim não pude deixar de ouvi-la em suas queixas. A dinâmica dos encontros não foi diferente do mencionado para Pérola e Cristal, ou seja, no diálogo e na interação surgiam e eram tratadas as dificuldades e conflitos para um caminhar harmonioso do amamentar.

Nos dois encontros na instituição, Rubi encontrava-se sem acompanhante e a grande questão centrava-se na saudade que sentia de Esmeralda, a filha que desmamara e da preocupação com os outros dois filhos em casa. Referia sensação de *cansaço* pela vivência do processo de tentar cuidar de si e atender simultaneamente as necessidades da filha RN. Além de ouvi-la, elogiei seus esforços e sucesso na amamentação de Esmeralda,

reforçando sua confiança para o desenvolvimento da amamentação com Pérola Negra. Procurei estar bastante junto à mesma durante a internação de pós-parto (além dos encontros definidos e acordados para o desenvolvimento da pesquisa), auxiliando-a nos cuidados com a filha e aprofundando a interação interpessoal, com os resgates necessários para o encaminhamento do estudo.

No encontro domiciliar, Rubi tinha a companhia dos três filhos, já que o marido trabalhava durante o dia. Na interação mediada pelo diálogo, procurei diminuir a sua culpabilização pelo desmame de Esmeralda, através do apoio a sua conduta e ao reforço das boas condições da criança desmamada.

Neste encontro voltou a relatar cansaço pela debilidade física e emocional dos primeiros dias de pós-parto e necessidade de executar as tarefas diárias. Acredito que as trocas e as valorizações que se desenharam nos momentos interativos, contribuíram para a diminuição do conflito momentâneo por que passava.

Parabenizá-la por conseguir administrar a dinâmica conflitual e carregada de afazeres que constituía o seu dia a dia com a amamentação, e ainda manter o bom humor, foi de certa forma uma estratégia para reforçar a sua confiança no processo e no desempenho de seu papel de mãe e nutriz.

5.4 AVALIANDO A TRAJETÓRIA INTERATIVA

A avaliação não aconteceu separada da prática, mas como um processo contínuo entre o educar e cuidar. Na sua permanência exigiu modificações, pediu outros esclarecimentos e acabou por retroalimentar a própria relação interpessoal, apontando caminhos de interação que nos levaram a momentos de transação e alcance de objetivos.

Configurou-se como um espaço de constante reflexão acerca do vivido, expressado ou percebido na situação interativa com as puérperas e famílias envolvidas no estudo, onde fizemos a síntese, avaliamos o alcance dos objetivos e a adequação das condutas empregadas e cuidados realizados no que se refere a sua adequação ou inadequação ao contexto. Foi nesta etapa que procurei subsídios que me dessem suporte para compreender em que medida o conflito materno se expressou no processo de

amamentação e de que forma os conceitos selecionados no marco referencial se apresentaram nesta relação interativa.

As questões relativas aos aspectos biológicos do amamentar se fizeram prioritários nas situações desenhadas pela relação interpessoal em nível institucional, enquanto as dimensões social e psíquica do amamentar pareciam um pouco adormecidas, vindo a aflorar no contexto domiciliar.

Reconheço que não se pode desenvolver a consciência nos outros; é como a motivação, um processo intrínseco. Porém, acredito que estes encontros serviram como caminhos para um repensar do amamentar que extrapolaram as questões meramente técnicas. O conhecimento das suas diferentes dimensões, o reforço ao saber prévio e a educação em saúde compartilhada para o processo de amamentação, onde não há divisão entre “doadores” de saber e “receptores” do mesmo, com certeza levou estas puérperas e alguns membros de suas famílias ao desenvolvimento de uma atitude crítica diante da questão. E a consciência do processo começa por aí.



Fonte: Do livro "Histórias da vida inteira" (MALDONADO, 1994)

"A dimensão subjetiva da negociação de saberes revela a natureza ambivalente e contraditória com que o ser humano percebe um determinado fenômeno..."

Ivone E. Cabral

6 APROFUNDANDO AS REFLEXÕES NO CORAÇÃO DA PRÁTICA

King (1981) menciona que o grupo humano, mediante o processo de ação-reflexão, transforma a sua realidade, promove a saúde do ambiente, controla e previne a doença sua e do próprio sistema social onde está inserido. É o espaço social que une estas pessoas para recriar sua realidade em saúde e doença, para que alcance um tipo de organização que direcione o movimento revolucionário.

Desta forma, procurei me integrar em cada situação vivida, expressa ou sentida por estas mulheres e suas famílias. Na espontaneidade, o processo interativo se desenvolveu, respeitando as especificidades que cada situação suscitava. Minhas intervenções foram tênues, se fazendo presente por gestos, olhares, toques e expressões de apoio, coisas difíceis de descrever, mas fácil de sentir nos relatos e reflexões que delinearão esta trajetória.

Objetivando tornar clara a apresentação e interpretação desta etapa central do estudo, resolvi descreve-la a partir das principais categorias emergidas desta relação e considerando os temas que comportam a proposta, ou seja, a educação em saúde para a amamentação consciente e a identificação de conflitos maternos e familiares no processo, apontando a energia receptiva dos primeiros momentos da interação entre mãe e RN.

Para tanto, o coração da prática foi subdividido em itens que representaram momentos especiais da trajetória interativa e dialógica com as puérpera e suas famílias, perpassando pela livre expressão do conflito no amamentar na vivência com Cristal e a sua opacidade na vivência com Rubi, até a possível harmonia, expressa e percebida na relação interpessoal com Pérola e sua família.

Abordo, ainda, questões relativas ao conflito experienciado por Pérola e Rubi para o desmame dos filhos maiores, situação não prevista quando da elaboração da proposta, mas que se fez presente e que, na minha percepção, mereceria estudos aprofundados, dado à escassez de trabalhos que o abordam com a seriedade que necessita.

Finalmente, o coração da prática traz à tona a educação em saúde para o processo de amamentação, suas limitações e seus avanços. Além disto, aponta a

necessidade de manutenção da mesma para a desmitificação dos tabus que o ato engloba e a reversão da descrença no poder do leite materno.

Cabe ainda colocar que, a análise do conteúdo subjetivo embutido nas citações maternas e familiares que exemplificaram esta descrição, permite inúmeras interpretações além das que menciono; porém resalto os pontos que considero mais significativos, para responder os objetivos do estudo.

6.1 A ENERGIA RECEPTIVA DAS PRIMEIRAS HORAS DA RELAÇÃO ENTRE MÃE E FILHA (O)

A vivência do amamentar poucas horas após o parto, nas situações de Pérola, Cristal e Rubi, pareceu-me vinculado ao sentimento prazeroso de estar-junto-ao-filho(a). A insegurança das primeiras descobertas e a vulnerabilidade das primeiras horas de vida de um RN, associadas ao momento de grande receptividade que o binômio experimenta neste período, pareceram contribuir de forma significativa para esta união. A grande preocupação destes momentos, centrava-se na tranquilidade da criança e no aprendizado dos atos físicos do processo, como numa garantia de que a mesma estava sendo adequadamente nutrida, física e emocionalmente.

Escutando sensivelmente, percebi que estas puérperas, embora demonstrassem faces de cansaço neste período, insistiam em amamentá-los ao primeiro sinal de desconforto ou choro. Até mesmo Rubi, desconsiderando o local do parto, quando teve Pérola Negra encostada em sua face imediatamente após o nascimento, manifestou desejo de colocá-la ao seio.

Clark (1984) menciona que é nas primeiras horas após o nascimento que se esboçam os primeiros laços de amor entre mãe e filho; a mulher sente vontade de acariciar e ninar a criança, levando-a naturalmente ao seio para acalmar seu choro. Os efeitos de uma separação desnecessária neste momento podem ser sentidos por meses ou até anos.

Referindo-se a esta necessidade de contato entre mãe e filho, sentida e percebida na relação com Pérola, Cristal e Rubi, Noronha e Montgomery (1993, p. 16) relatam que:

No momento do nascimento, dois fenômenos acontecem: do lado materno, o aplacamento do instinto de morte; do lado fetal, a vitória do instinto de vida, e com possibilidade de existir em outro nível de vida. [...], onde todas as sensações desse mundo passam a ser percebidas através da pele, isto é, do sistema dermicotáctil.

No processo de adaptação extra-uterina do RN, o contato epidérmico é a forma de relação da criança com o mundo, abrindo-a para novas vivências (MALDONADO, 1984). Quanto mais precocemente tiver início a amamentação, maiores são as chances de sucesso no processo (ZIEGEL e CRANLEY, 1985).

Segundo Rego (2001), o período sensitivo acontece devido aos níveis aumentados de ocitocina no sangue materno. A ocitocina, responsável pela contração uterina e descida do leite, funciona também como um mediador dos cuidados com a prole, determinando na mulher um estado de euforia, um aumento do limiar à dor e ao cansaço e do sentimento de amor pelo filho(a). Quando associada aos altos índices de prolactina, este sentimento de amor pela criança aumenta. Desta forma, em cada mamada se reforça o apego.

Além disto, mãe e RN liberam endorfinas que, ao mesmo tempo em que causam uma analgesia natural, funcionam como um opiáceo, gerando uma dependência. Assim, cada mamada aumenta o desejo de uma próxima, aproximando mãe e filho(a).

6.2 A TRANSPARÊNCIA E A OPACIDADE DO CONFLITO

A relação interativa e dialógica com Pérola, Cristal e Rubi que em parte envolveu suas famílias, permitiu evoluir gradativamente na interpretação e análise do tema conflito para o amamentar. À medida que os encontros se processavam, novas descobertas emergiam, pedindo soluções e/ou apontando caminhos para um educar/cuidar compartilhado, como segue:

6.2.1 A vivência especial com Cristal

De todas as participantes da prática assistencial, talvez Cristal tenha sido a mulher que em maior profundidade viveu o conflito do amamentar. Com a filha desejada e amada em seus braços e com condições socioeconômico-culturais que lhe garantiriam um amamentar harmônico, muitas vezes chorou; chorou de dor e de prazer, de alegria e de tristeza, de euforia e depressão.

Com certeza, foi maravilhoso ter passado por essa experiência junto a ela, não que desejasse o seu sofrimento, mas a clareza e honestidade com que verbalizava e mostrava seus sentimentos na vivência inicial do processo de amamentar, foi fator de inigualável contribuição para que compreendêssemos (eu e ela) a dinâmica embutida no ato.

6.2.1.1 O encantamento...

Cristal estava iniciando há poucas horas, a sua experiência de ser mãe e nutriz. Parecia encantada com a situação. A exaustão pelo longo período de trabalho de parto, parecia não interferir em seu excelente humor. Sua face esboçava sempre um sorriso, desde a sua chegada ao Serviço de Enfermagem de Internação Obstétrica. A filha, Brilhante, era sua grande recompensa. Concretizara, talvez, o seu maior sonho - a maternidade. Naquele momento, vivia a euforia da auto-realização. Seu self correspondia aos acontecimentos. Atenta a todas as orientações esforçava-se para atendê-las com a maior exatidão possível. Tantas vezes fosse interpelada a respeito do mesmo fato, tantas vezes respondia com tranquilidade e simpatia. Achava tudo natural e bom e manifestava desejo fervoroso de amamentar a filha, demonstrando pouca importância ao surgimento de fissuras no 1º dia de pós-parto, embora respondesse positivamente ao questionamento de dor local e reconhecesse a necessidade de tratamento precoce para evitar o agravamento das mesmas. Estava há mais de 50 horas sem dormir, mas mostrava-se disposta a atender todas as solicitações da criança. Seus conflitos, inicialmente de ordem física, não demorariam a surgir.

O conflito associado à incerteza do diagnóstico da filha (suspeita de cardiopatia) e o surgimento precoce de fissuras mamilares importantes já no 1º dia pós-parto, aliados ao longo período de internação (seis dias), poderiam ser identificados por qualquer profissional como fatores desencadeantes de conflitos, porém não se manifestaram no ambiente hospitalar. No 4º dia de puerpério o reflexo da descida do leite tornou as mamas ingurgitadas, agravando ainda mais as fissuras mamilares. Mas Cristal permanecia firme, demonstrando uma força espantosa, uma disponibilidade contínua e uma paciência que fugia a nossa compreensão naquele momento. O sentimento de realização por estar com a filha e o forte desejo de amamentar, parecia superar todas estas barreiras.

As inúmeras estratégias para sanar/aliviar os desconfortos da situação transacionados com a mesma ou colocados pela equipe, eram aceitos e cumpridos à risca. Insistia na colocação de Brilhante ao seio, mesmo quando as fissuras encontravam-se agravadas. A impressão momentânea era que a consciência da dimensão afetiva do ato de amamentar superava a dor física causada pelo ingurgitamento e fissuras mamilares. As ações de educação em saúde e cuidados realizados envolveram o ouvir sensível, a aplicação de banhos com radiação infravermelha e medicação tópica na região mamilo areolar, além do esvaziamento mamário para alívio do ingurgitamento e desconforto. A terapêutica se estendeu até o 6º dia de pós-parto, quando, descartada a hipótese de cardiopatia, Brilhante foi liberada. Referindo melhora de todos os desconfortos físicos e demonstrando muita alegria, o trinômio (mãe/RN/pai) acompanhado pela mãe de Cristal, saiu de alta ao final da tarde, com recomendação da continuidade do tratamento no domicílio.

Campestrini (1983) enfatiza que, o conhecimento e o sentimento materno em relação à amamentação, contribui para sua concretização e manutenção, superando até a sua habilidade em amamentar e a capacidade da criança em sugar o seio.

Pryor (1981) referindo-se aos laços afetivos que envolvem o processo, menciona que muitas mulheres são dotadas de uma extraordinária força para manter a amamentação, o que facilita a superação de qualquer dificuldade, nada tendo haver coma a sensação de culpa ou o medo de fracassar como mãe. É realmente um laço de amor, de afetividade. De outra forma, torna-se difícil explicar o otimismo e a disponibilidade de Cristal, durante os longos seis dias de internação.

6.2.1.2 No retorno ao lar... a frustração pela vivência do conflito

Quando a abracei na sua saída da instituição, não me passou pela cabeça, que Cristal fosse viver dias tão conflituosos em sua casa. Na minha percepção, duas situações conspiraram para que a mesma vivesse em plenitude este conflito:- a persistência das fissuras mamilares e a constatação da baixa produção láctea em função do déficit de ganho ponderal diário de Brilhante.

O apoio e o estímulo de sua família, que se mostrou sempre presente e participativa, não foi suficiente para suprir as angústias e frustrações manifestadas ao longo dos dias que separaram a sua alta do hospital e o nosso primeiro encontro domiciliar.

Depois dos cumprimentos, as suas primeiras palavras expressaram o que vivia e sentia em relação ao processo de amamentação:

Eu não pensei que era tão difícil. [...], eu não pensei em nenhum momento (CRISTAL).

A frustração pela vivência do conflito e a ansiedade faziam-se presentes em suas palavras e em seus olhos. Marcolini (1993) afirma que a ansiedade é o sentimento materno que mais frequentemente se associa à amamentação. Com o nascimento, o filho idealizado passa para o mundo real: torna-se humano e, portanto, imperfeito; a mãe precisa lidar, já nos primeiros instantes de pós-parto, com este ser prematuro (se comparado a outros animais) e dependente. Tão grandes são as exigências do RN e da sociedade para que a integração do binômio se concretize, que a situação gera grande ansiedade na mulher. Porém, esta ansiedade poderá ser superada se a mulher enfrentar a problemática que se coloca. Na vivência diária com a (o) filha (o), ela conhecerá a criança e desenvolverá sua confiança em lidar com ela, facilitando o estreitamento do vínculo afetivo. É, portanto, o ato de amamentar, gênese e terapêutica da ansiedade.

A sensação que tive ao sair pela primeira vez de sua casa, era de que algo havia falhado no processo interativo com a puérpera e sua família, e que provavelmente éramos nós (profissionais da saúde) os responsáveis; percepção pessoal que nada tem a ver com a gentil e amável recepção a minha pessoa e aos constantes elogios às atividades assistenciais da instituição em que internara.

Não bastassem as limitações da dimensão biológica do processo, Cristal sentia-se traída e enganada, não conseguindo entender que se a passagem pelo parto tinha sido como idealizou, como o amamentar não se processava da mesma forma. As fissuras mamilares aumentavam, a dor física a fazia contrair-se quando colocava Brilhante ao seio. Para fechar o quadro, a criança não ganhava o peso empiricamente esperado para o tempo de vida. Com olhar de tristeza expressou seus sentimentos ao sair do consultório de pediatria:

Em nenhum momento ele (o pediatra) falou que a culpa era minha por não estar produzindo leite e Brilhante não estar ganhando o peso que deveria, porque ele sabia que isto ia podia me magoar, pesar em mim. E mesmo assim saiu extremamente pesado o sentimento de culpa. Eu saí arrasada do consultório. Quando Opala me olhou, eu já estava chorando. Ele falou: '- Não é culpa sua!' Mas eu não podia deixar de sentir que não era! (CRISTAL)

Noronha e Montgomery (1993) afirmam que, sempre que algo novo surge estamos indevidamente preparados para ele. Por mais que tenhamos nos preparado,

seremos sempre imperfeitos diante do novo. E na busca por esta perfeição, surge a ansiedade – sentimento experienciado pela sensação de angústia e desamparo. Uma criança que nasce, será sempre novidade e, portanto, geradora de apreensões, constituindo num marco inicial de um processo de transformação pessoal tanto para mulher quanto para a família.

Ainda segundo Noronha e Montgomery (1993, p. 24):

A perda de toda uma estrutura arquitetada durante anos nos deixa desarmados para enfrentar uma situação nova, portanto significa também a perda da onipotência. [...]. É claro que uma posição conhecida é melhor que uma nova, e é por isso que existe tanta dificuldade de reformulações de papéis.

E naquele momento, até eu balancei. E foi um balanço ético, de quem percebe no outro o que ele sente e vive. Mesmo reconhecendo as inúmeras qualidades e benefícios da amamentação, via o seu sofrimento físico e psíquico para continuar o processo; reconhecia a sua força e determinação em acreditar na amamentação não apenas como a melhor forma de nutrição infantil, mas também como um momento de troca de sentimentos entre mãe e filha, mesmo que não o único. Agarrei-me nisso para não orientá-la ao aleitamento artificial, mesmo considerando que isto pudesse ser feito em termos de proposta de trabalho e em termos de humanidade de cuidado – que deve prevalecer sobre qualquer ideologia dominante, por melhor que sejam seus interesses. Este foi com certeza um momento de dúvidas para todos: enfermeira, puérpera e sua família.

Ávila (1998) cita que, a hipogalactia pode levar a mulher a um estado de depressão, pois ao gerar problemas para a criança a fará sentir-se novamente culpada e fracassada como mãe. Salienta que para a mulher que se sente má interiormente, deve-se oferecer ajuda para vencer suas dificuldades em vez de aconselhar o desmame, ajudando-a a superar conflitos internos antigos.

Marcolini (1993) afirma que, as mães experimentam sentimentos de inferioridade, que este sentimento geralmente surge na fase de adaptação ao RN, porém pode se prolongar durante do desenvolvimento da amamentação. Acredita que a gênese do fato possa estar nos rígidos esquemas de educação na família e/ou na escola, cobranças externas da equipe de saúde e pelo temor a agressividade oral do bebê, como mascar os mamilos maternos.

A inexperiência no amamentar e a dinâmica emocional da gestação, que fisiologicamente centra o interesse da mulher no momento do parto, aliada a um preparo profissional inadequado para a instrumentalização e contextualização da gestante para o

ato em si, ocasiona conflitos maternos, quando as limitações físicas se apresentam de forma intensa. Isto acarreta à mulher sentimentos ambíguos com relação à situação; de um lado reconhece a sua importância para si e para a criança em termos físico-afetivo-sociais, e por outro, o sentimento de traição (por falta de outro termo mais apropriado) pela omissão na mídia da existência destes conflitos maternos e a sua abordagem para o desenvolvimento harmônico do processo e de formas de enfrentamento diante das dificuldades físicas.

Em suas palavras, a clara expressão deste conflito e decepção:

Eu comprava revista e tudo, e ninguém fala que machuca. [...]. Então, a impressão que eu tive, é que quando eles excluem esta informação de que machuca, de que pode machucar, que vai doer, é alguma coisa como se eu estivesse sendo enganada [.]. Ninguém falou como lidar com isto, se acontecesse (CRISTAL).

Se analisarmos as publicações na área, veremos que, colocando-se à parte a literatura científica que aborda o tema, raramente revistas que publicam matérias científicas abordam dificuldades do processo. Raramente enfocadas, estas dificuldades limitam-se superficialmente a ocorrência de fissuras mamilares, ingurgitamento mamário e mastites. Na realidade este enfoque educativo linear do processo de amamentação, que desconsidera a dinamicidade multifacetada que envolve o ato em si, encontra-se esgotado. As novas abordagens buscam harmonizar as diversas dimensões e envolver, no mínimo, binômio (mãe e RN); tarefa difícil, porque não é possível se determinar os limites de ambos na situação. A criança está na dependência total da mãe, mas ao mesmo tempo é um corpo, um indivíduo com características próprias, assim como a mulher lactante. Direitos e deveres de ambos devem ser pesados, mas isso só se fará à medida que nossas mulheres e nossa sociedade desenvolvam uma consciência crítico-reflexiva a respeito do assunto, tratando-o com a seriedade que merece.

O terceiro momento conflitante, referiu-se a inclusão de um complemento alimentar à Brilhante após as mamadas, sugerido pelo pediatra para tratar o déficit no desenvolvimento ponderal esperado para o tempo de vida da menina, cuja etiologia seria a baixa produção láctea materna. O conflito materno, neste ponto, foi desenhado pela insegurança e medo da perda definitiva do processo, situação reforçada pela crença que possuía no ato em si e pela labilidade emocional que configura o panorama puerperal:

Eu fiquei tão agoniada, porque foram duas situações. Primeiro pouco leite, depois a preocupação de ter que dar complemento. Antes de ontem, teve uma hora que ela não quis mais e eu pensei, vou dar o seio - e ela pegou. Aí tipo assim: '- ela ainda me prefere, que bom que ela ainda me prefere'. Parece até

uma coisa meio infantil, mas eu pensei:- 'eu sou ainda mais importante que o copinho'. Teve uma hora que ela recusou o segundo copinho, ela não quis mais e bateu na minha mão e eu pensei: - 'eu sei que ela está com fome'; ai eu dei o seio e ela pegou e mamou. Então eu pensei:- 'ainda sou a primeira' (CRISTAL).

A necessidade do apoio profissional e familiar, até mesmo da escuta dos dissabores vividos naqueles momentos, serviu de suporte para a superação da mulher das limitações e contradições embutidas no modelo.

A própria dinâmica emocional do puerpério, que se configura como conflitual traz à tona emoções maternas. Através de mecanismos psicossomáticos específicos, estas emoções afetam a lactação. Por um lado, a tranquilidade e a confiança da mulher facilitam o processo, e por outro, a ansiedade, o medo, a fadiga, a dor e a tensão o dificultam, uma vez que bloqueiam o reflexo da liberação do leite pela inibição hipotalâmica da secreção de ocitocina e pela liberação de epinefrina, que impede a ação da ocitocina nas células mioepiteliais (MALDONADO, 1984).

Além da educação em termos do que poderia ser feito para melhorar as fissuras mamilares e reforçar a questão de sua força e persistência como um fator positivo para um bom desfecho do processo, nada mais pude fazer além de ouvi-la, ouvi-la em profundidade, interpretando suas palavras e suas atitudes.

Milliet (1993), ao referir-se ao atendimento psicológico no puerpério, menciona que para as mulheres parece ser imprescindível um espaço para serem ouvidas em seus sentimentos, dúvidas e dificuldades; momentos que funcionam como possibilidade de desenvolvimento, propiciando uma re-descoberta da situação vivida, o que lhes acarreta tranquilidade e bem estar, repercutindo diretamente na criança. Afirma ainda que toda a intervenção que facilita a relação da mãe com a criança, desmitificando esteriótipos e fortalecendo os sentimentos de competência materna, favorecem a saúde psíquica de ambos. Devendo ter como base os conteúdos emergentes na situação interativa, esta intervenção deve conter as solicitações emocionais correspondentes às dúvidas e necessidades de orientações, situando-a no centro do contexto do pós-parto imediato, marcado pela hipersensibilidade e a crise (conflito).

Alertá-la sobre a construção social do ideal de maternidade (MALDONADO, 1984; PARKER, 1997), que traz embutido em seu modelo a necessidade do sucesso da amamentação, fez parte da dinâmica deste encontro. Não desejava que o insucesso no processo, a conduzisse a culpabilização, sentimento expresso por grande parte de mulheres que desejam e não conseguem amamentar seus filhos.

Muitas falas significativas para a compreensão deste conflito, emergiram no contexto do cuidar e educar, como por exemplo, a resposta ao questionamento que fiz a respeito da ordenha manual para oferecer temporariamente o leite materno de copinho à Brilhante, objetivando o descanso da área afetada pelas fissuras mamilares e a sua recuperação mais rápida:

Não é que eu acho mais difícil. É que eu fico pensando nela. Eu acho que ela vai sofrer muito mais. Eu penso assim, eu agüentei e vou agüentar mais uma vez. Mas eu acho que para ela vai ser muito ruim. Eu tenho medo que se eu der de outra forma, mesmo que seja o meu leite e tudo, ela depois não queira mais mamar. Eu sei que todo mundo me fala: - 'dá de copinho; isto não vai acontecer!' Mas eu tenho medo (CRISTAL).

A apologia à amamentação bem sucedida, trouxe à tona ainda, na realidade de Cristal, a sensação de fracasso pela vivência de conflitos. Um conflito que ela não imaginava existir:

Eu nem imaginava, achava que tudo ia ser normal, ia acontecer normalmente (CRISTAL).

A sua consciência do processo acredito que facilitou a verbalização do mesmo, o que pode ser claramente identificado em sua fala:

É complicado. Está todo mundo tão voltado para o 'tem que amamentar, tem que amamentar', que parece que o não ter muito leite é uma falha que você tem. Sabe, parece que quando a gente coloca isso, é porque a gente, psicologicamente não está querendo fazer, ou alguma coisa como se o seu inconsciente não está funcionando legal, você está bloqueando (CRISTAL).

Eu estava preparada para a amamentação. Eu não pensei que era tão difícil, eu não pensei em nenhum momento.[...]. Teve horas que eu pensei que não ia conseguir; eu não ia conseguir agüentar aquela dor o tempo todo (CRISTAL).

Parker (1997) citando Waddell, refere-se aos conflitos vividos pela mulher na maternidade, e neste inclui o amamentar, afirmando que a capacidade de refletir sobre as experiências emocionais nesse ciclo da vida feminino promove o desenvolvimento da mulher, se contrapondo a intolerância da frustração e a dor causada pelas emoções contraditórias.

6.2.1.3 O re-encantamento – a atenuação e a superação dos conflitos

A pessoa cresce quando se descobre eterna aprendiz - aprendiz da complexidade da vida. Assim fez Cristal. Apesar de ter vivido e expressado os seus conflitos nos dois primeiros meses de amamentação de Brilhante (que inicialmente de

ordem física acabaram por repercutir no campo psicológico e social), acreditou na sua força, teve apoio e auxiliada pela consciência que formara ao longo de sua vida sobre valor do aleitamento materno, conseguiu vencer obstáculos e manter o processo.

Na evolução dos encontros, pouco a pouco, percebi que minhas atitudes somaram-se a esta gama de significâncias e possibilitaram uma passagem gradativa do amamentar sofrido ao amamentar prazeroso, com direito a recaídas. A compreensão da possibilidade destas recaídas, oscilação entre o bom e o ruim tanto para mãe como para a criança no dia a dia do amamentar foi o grande salto de qualidade na relação.

No colorido subjetivo de suas palavras pude perceber a emoção e a possibilidade do re-encantamento, da esperança que precisamos ter em nossos atos, enquanto espaço de transformação e crescimento:

Eu só estou vivendo em função dela, mas está valendo a pena e em nenhum momento eu estou me sentindo mal ou estou culpando a bebê por isso. Estou até adorando (CRISTAL).

Ela está sugando no meu rosto, no meu pescoço quando está com fome; e isto é forte, é a beleza desta relação. Eu sinto que ela começa a me acompanhar até com o olhar (CRISTAL).

Este é um momento que é meu e dela (CRISTAL).

Rodrigues e Riechelman (1993, p. 3) afirmam que:

A emoção é um fenômeno que ocorre simultaneamente ao nível do corpo e dos processos mentais. É a ponte de conexão entre o mundo externo e o mundo interno do indivíduo, e através do seu estudo, pode-se penetrar na intimidade do paciente e compreender a sua lógica.

A alegria manifestada pela emergência do concreto - ter a filha em seus braços, até certo ponto distante do rico imaginário que compõe a dinâmica emocional da gestação e do parto, figura ao lado da busca constante de integração com o concreto, o real:

Então mudou; a relação de todo mundo, a cabeça de todo mundo mudou. Bem, a minha, nem pensar. Por mais que eu tenha esperado, como eu sempre sonhei... tudo; mas é tão diferente quando acontece - e de tê-la agora - a responsabilidade. É lógico que tem dias que eu fico morta de cansaço. Tem dias que eu não consigo, por mais que eu queira partilhar [...]. Para mim a amamentação é um ato muito bonito (CRISTAL).

Noronha e Montgomery (1993, p. 15) citam que, precisamos focar o simbolismo nas nossas relações de cuidar, dando muito mais valor ao seu significante que ao seu significado – porque este contexto faz emergir o limite entre a fantasia e a realidade. “O pensar mágico não é apenas uma categoria formal de relacionamento, mas sim um modo de relacionamento do ego com toda a estrutura do meio social”.

E Maffesoli (1984, p.7) bem o disse...

“O vivido não é sintoma de outra coisa (a verdadeira vida, a sociedade perfeita, o paraíso ou o amanhã que canta); vale por si mesmo e nós temos que apreciá-lo a força ‘de afirmação’ (mesmo relativa)”.

Talvez encontremos, como na situação de Cristal e Brilhante, no reconhecimento da ambigüidade, a chave para um amamentar consciente. Permitindo uma leitura crítica da realidade, esta ambigüidade de sentimentos que envolvem o amamentar deve ser vivida como uma potência e não como uma limitação. Porque como cita Maffesoli (1984, p.13), “... é bem mais realista reconhecer a polissemia que brilha numa situação ou num conjunto social, do que acreditar na veracidade de um veredicto generalizante e totalitário”.

Assim como as pessoas diferem, o amamentar pode ser percebido e vivido pelas mulheres de diferentes formas. O que pode ser experienciado como liberalização por algumas, pode ser percebido como privação de liberdade pessoal por outras. Por isso, o conflito pode conduzir a uma harmonia temporária, porque a definitiva não faz parte da natureza humana neste processo.

Quiçá das conseqüências que o nascimento de uma criança acarreta à mulher e à família, intensificando a regressão e o conflito, com o passar do tempo, ambas evoluem na interação. Quando a mulher perceber esta evolução, começará a sentir a “natureza do relacionamento de amamentar” e cuidar da criança, será uma extensão do cuidar de si própria (DIAS, 1999).

Encerro esta etapa do estudo, mencionando as palavras de Montgomery e Noronha (1993, p. 115):

A paternidade e a maternidade alicerçadas pelo amor, centradas na verdadeira expressão de sentimentos e na aceitação do crescimento pela experiência e pela criatividade, respeitam a individualidade dos pais e dos filhos. Essa consciência, poderá transformar essa experiência e esse desafio numa rica aventura com ganhos extraordinários para as duas gerações e, conseqüentemente, contribuir para uma nova matriz social, com indivíduos mais saudáveis, menos necessitados de adquirir poder para preencher vazios existenciais. Gera-se desta forma, uma sociedade mais humana.

6.3 A POSSIBILIDADE DA HARMONIA NO AMAMENTAR

Se Cristal viveu fervorosamente o conflito do amamentar, Pérola mostrou que experienciar o ato pode ser, se não exclusivamente, mas quase totalmente harmônico e prazeroso. Tranqüila em suas atitudes e com forte apoio familiar para o desenvolvimento do processo, ultrapassou limitações com consciência. Teve a cooperação de Ouro, criança tranqüila, que sugava seu seio como se o estivesse acariciando.

Maldonado (1984) reafirma a importância de um ambiente favorável, que transmita apoio e estímulo a puérpera, como um fator primordial para a manutenção da amamentação.

A aparente fragilidade da região mamilo-areolar, cuja condição anatômica (já descrita) poderia funcionar como limitante temporário para o ato, sequer foi mencionada como desconforto.

Durante nossos encontros, três momentos identificados no decorrer dos diálogos, poderiam caracterizar uma certa intranqüilidade, em viver de forma harmônica o amamentar. O primeiro referiu-se a passagem pela fase do reflexo da descida do leite, quando ocorre uma descompensação entre a produção do mesmo e o consumo pela criança, ocorrido na primeira semana de pós-parto; o segundo dizia respeito às dificuldades enfrentadas para organizar-se quando do retorno ao trabalho, que embora não tenha se apresentado como impedimento, limitou, em parte, a sua continuidade na amamentação anterior; e finalmente o terceiro, referia-se à dificuldade, quase inaparente, em harmonizar as atividades de casa, com a rotina da amamentação sob livre demanda.

Configurou-se, desta forma, um amamentar quase harmônico na vivência de Pérola. Porém não podemos descartar as ambigüidades que o puerpério comporta. Conforme Paiva (1992), esta ambigüidade - que menciona como ambivalência - manifesta-se entre o entender-se mãe presa ao filho e a vontade de romper com este domínio e recobrar sua independência; entre o desejo de independência nos cuidados com a criança e a necessidade física e psicológica de ser auxiliada; o desejo de retornar ao trabalho e o de não se separar da criança.

Outro fato que ainda cabe ser colocado, diz respeito à calma da criança como contribuinte ao amamentar harmonioso. Ao ser questionada sobre a ocorrência do choro de Ouro (na amamentação atual) e de Jaspe (na anterior), a família os caracterizou como tranqüilos, mencionando:

Porque se a criança chora muito, a gente fica meio balançada, achando que ela está com fome (PÉROLA).

Se tivesse uma criança chorando muito, acho que ia dar uma agonia, [...], porque eu acho que uma criança chorando é uma tortura para qualquer pessoa (DIAMANTE).

Dias (1996) afirma que, os sentimentos da nutriz dependem de tudo que acontece a sua volta, com as pessoas que a rodeiam. Um pai não ficará indiferente ao choro ou ao desconforto da sua criança e uma avó se preocupará com a satisfação de seu neto.

Com certeza, o desencadeamento destes fatos não ofuscou o brilhantismo da vivência do processo, quer na gestação atual, quer na experiência pregressa. Por isso, encerro a descrição deste sub item com uma entre tantas citações de Pérola, em que podemos identificar de forma bastante significativa, o prazer de viver aquele momento especial de amamentar o filho, como um momento compartilhado de alegria e satisfação mútua:

Eu gosto de amamentar. [...]. Eu gostei tanto de dar de mamar para o Jaspe, que a gente foi prolongando. E é a mesma sensação com o Ouro (PÉROLA).

6.4 O REVERSO DA MOEDA – O CONFLITO DO FIM

A Expressão do conflito materno no amamentar, tão clara nos momentos em que Cristal viveu a experiência com Brilhante, pareciam calados em Pérola e Rubi, vindo a aflorar no momento em que ambas manifestaram seus sentimentos no momento de desmamar os filhos mais velhos.

A expressão deste conflito foi observada no primeiro encontro com Rubi, que recentemente desmamara a filha mais nova, de um ano e quatro meses. Bastava olhar em seus olhos, para perceber o sofrimento que a situação lhe impunha. Sentimento mesclado por uma compensação que faziam seus olhos brilharem ao referir-se ao desenvolvimento físico da menina que fora alimentada exclusivamente ao seio por seis meses. A ambigüidade entre o trauma do desmame para ambas (e culpabilização materna) e a sensação de orgulho materno por ter uma filha forte e saudável, bem como a necessidade de compensar e viver a plenitude deste ato na outra filha (RN) emergiu em suas palavras:

Ela ainda é o meu bebê (referindo-se a Esmeralda); Ela é um bebê mesmo, só tem pouco mais de um ano. Eu vou ter dois bebês em casa. [...]. Eu parei de dar de mamar mesmo porque eu engravidei. [...]. Mas essa aqui (referindo-se a RN), essa aqui eu quero dar o peito até quando ela não quiser mais. É a minha última

mesmo! (RUBI).

Tem hora que eu estou dando de mamar e ela nem vem para o meu colo. Ela pega um brinquedo e senta, [...]. Fica assim com se tivesse tomando conta de mim. Ela fica sempre no meu quarto, num canto; olha para mim meio com ciúme, acho que com raiva mesmo! Acho que ela pensa: - 'Era eu quem devia estar aí!' (RUBI).

A compreensão do conflito do desmame precisa ser aprofundada através de estudos, pois poucos são os trabalhos que objetivam esclarecê-lo. Assim como no início do processo, também no final muitas mulheres precisam de ajuda, precisam estar instrumentalizadas para passarem pela experiência de uma forma mais amena.

Em uma das poucas citações sobre o tema, encontrado na revisão de literatura que constituiu este estudo, Hentschel (1997) menciona que, o desmame ideal é aquele em que a mãe e o (a) filho(a) não se lembram quando foi a última mamada.

Rubi mostrava-se desejosa de amamentar Pérola Negra até no mínimo dois anos, pois seu marido, Ouro Branco, fora vasectomizado poucos dias antes do parto; segundo ela, uma decisão consciente e compartilhada. Manifestava uma certa angústia para conciliar os cuidados com a RN e os demais filhos com as atividades domésticas, para as quais só possuía, efetivamente, a ajuda do companheiro. Durante a internação manifestava o desejo de sair de alta hospitalar, para estar junto das outras crianças, principalmente Esmeralda, que até então não se afastara da mãe.

E eu acho que para ela, foi muito difícil ficar assim, longe de mim, estes dias que eu fiquei na maternidade. Ela chorava a noite, não deixava o Ouro Branco dormir. Chamava 'mamãe, mamãe' o tempo todo (RUBI).

Queirós (1996) menciona que, os primeiros dias de pós-parto são carregados de fadiga, emoções e instabilidade. É um tempo difícil e confuso. A insegurança do novo papel de mãe confunde-se com o desgaste que o RN causa e a chegada de um novo filho aumenta a complexidade da família, pois ele é um novo ser singular e dependente.

Para Maldonado (1990) cada filho se insere de modo próprio na vida dos pais, modificando o modo de vida da família e incluindo um ser mãe específico, com todas as peculiaridades que lhe são inerentes.

A estratégia para fortalecer a auto-estima materna e diminuir a culpabilização pelo desmame da filha mais velha, fez-se mediante a aprovação de sua conduta, reforço das condições físicas da criança desmamada e da prioridade do aleitamento da filha RN. Mais tarde, no encontro domiciliar, novos estímulos foram fornecidos a esta mãe, para superação desta dificuldade momentânea.

Na situação de Pérola, o desmame de Jaspe (o filho mais velho) que mamara até quatro anos, o conflito do final do processo pareceu-nos ameno. Em suas palavras e expressão facial manifestou certa tristeza pela interrupção da mesma, mas reconheceu a sua necessidade, propondo-se a substituir (por falta de outro termo mais adequado) esta situação, por outras formas de carinho:

Depois que a gente conversou que agora ele não precisava mais mamar, que ele estava bem grandinho. Porque na verdade era mais um chamego. Ai ele aceitou numa boa. Agora a gente pode fazer carinho de outra forma (PÉROLA).

Montgomery e Noronha (1993) mencionam que, a maternidade se configura como uma das mais sublimes experiências de realização da mulher e, por este motivo, pode constituir-se uma armadilha se não for vivida como possibilidade de aprendizado e desenvolvimento. A mulher não nasce mãe, ela aprende na dinâmica com a filha(o), a competência para sê-la. Então quando possibilitamos a sua expressão, contribuímos para este sucesso.

6.5 A EDUCAÇÃO PARA O PROCESSO DE AMAMENTAÇÃO – PRÁTICAS E PRÁTICAS

Uma necessidade de educação enfocada no biológico, que anteriormente me parecia desnecessária, principalmente nos casos de Pérola e Rubi, que já possuíam experiência anterior e recente de amamentação de filhos, transpareceu no contexto. A verbalização aconteceu no domicílio, através de citações das três puérperas e seus familiares.

A necessidade de uma educação contínua para o processo de amamentação, que considere o ambiente pessoal e familiar de apoio ou de repúdio, de crença ou de descrença no mesmo, mostrou-se prioritária para a manutenção da mesma. Nas falas de Diamante e Ametista, marido e sogra de Pérola, respectivamente, esta constatação pode ser identificada:

E o que eu acho que tem mais, é a falta de informação mesmo; que nem essa minha prima - se ela tivesse ajuda, de detalhes assim, como não deixar mamar só no bico do seio, de deixar mais mole à parte que o nenê vai pegar. Acho que poucas informações já permitiriam mais mães amamentarem (DIAMANTE).

É que é assim, uma ansiedade. Eu queria dar de mamar, achava que tinha que dar; e ao dar de mamar eu não tinha orientação. Eu tinha um bico bem formado, achava que tinha pouco leite, mas não tive estimulação sabe, apoio. Então a ansiedade era muito grande, tanto é que eu dava mais num peito só, porque

achava que tinha mais leite naquele peito. Achava, só achava e dava naquele. Também a mãe, os parentes, [...], porque eu acho importante a família. [...], não tive assim, aquela retaguarda. A família: '- ah, vamos ajudar, vamos dar uma mamadeirinha, está chorando muito!' Então eu não tive aquela orientação, aquela retaguarda, aquele apoio. [...] E é um sentimento que eu carrego até hoje! (AMETISTA)

Dias (1999) afirma que, a ideologia contida nas campanhas de incentivo a amamentação, coloca a mulher como responsável pela amamentação e pelas supostas conseqüências de sua ausência na saúde dos filhos, quer sejam de ordem física ou emocional. Desta forma, reduz as questões sociais do processo, extremamente problemáticas que são enfrentadas no processo de amamentação, em questões individuais, jogando sua responsabilidade para a mãe de forma opressiva e violenta, mesmo que sutil e disfarçada.

Perceber desta forma um processo multidimensional é no mínimo reducionista, para não dizer, desumano. Não podemos falar de um modo genérico de mulheres que amamentam, porque estas mulheres são únicas e desenham suas histórias de serem mães e nutrizes (ou não nutrizes) de acordo não apenas com as suas vontades, mas levadas por condicionantes que em muito ultrapassam a dimensão biológica do ato. Precisamos assumir nossos papéis de educadoras responsáveis e possibilitar um aprendizado mais coerente do processo, garantindo respeito aos direitos e individualidades da mãe e do filho em questão.

Cristal e Rubi também manifestaram a necessidade de estímulo da família à mulher no espaço domiciliar, como importante categoria para um amamentar mais suave e prazeroso, ressaltando ainda a necessidade de apoio destes e de profissionais principalmente nos momentos de maior conflito.

Minha mãe, ela teve o mesmo problema. Quando eu nasci, ficou bem machucado o seio dela. Então ela fica do meu lado assim quando eu dou de mamar, ela fica perto. Então ela diz assim:- 'Se acalme, se acalme!' Ela me dá muita força no sentido de apoio, sabe: - 'eu estou aqui, eu sei que dói, ninguém disse que ia ser fácil!' [...]. Mas a minha mãe e as minhas irmãs, todo mundo me apóia; meu marido também. Ele não fala comigo quando eu estou dando o seio para ela, sabe que é um momento que eu preciso (CRISTAL).

Ele me estimula (referindo-se ao marido); tanto é que quando eu vou dar de mamar, ele procura tirar a Esmeralda de perto, cuida dela, porque ele sabe que naquele momento eu gosto de estar mais quieta, até por causa dela mesma (RUBI).

Aí hoje de manhã, eu resolvi colocar a bolsa de água quente. Eu sei que estimula a produção, mas facilita a saída. Eu senti um pouco de alívio. Mas eu fiquei preocupada Quando eu vi que estava ficando tudo vermelho. Ai eu disse:- 'não, eu vou ligar para a Lourdinha, para ela me dizer o que poder ser!' (CRISTAL).

Rubi, em sua simplicidade, demonstrou seus sentimentos de exclusão nas práticas educativas e estímulo à amamentação durante o pré-natal por já possuir outros três filhos, fazendo-nos repensar a inadequação do cuidado educativo na saúde que arbitrariamente pressupõe, inclusive, o saber alheio. Percebia em seus olhos a tristeza de se sentir excluída deste educar, talvez causa da sua grande receptividade à minha pessoa e à proposta: o desejo de desenvolver esta experiência em sua maior plenitude, já que não pretende ter outros filhos.

Negar o saber é, com certeza, privar mulheres e crianças do exercício de sua cidadania; é mantê-las presa, privá-las de sua capacidade nutriz, contribuindo para a pauperização da população e manutenção do modelo hegemônico de educação em saúde. Longe de ser uma prática coletiva e individualizada, a educação em saúde ainda mostra-se excludente, presa aos ditames do ensino tradicional, abstrata e fragmentada, desconectada da realidade em que se aplica; processo unilateral, de manutenção de poder. Apontar novos caminhos para uma educação em saúde mais humana e comprometida é, com certeza, objetivo deste estudo. Na citação de Rubi, o desconforto e insatisfação pela situação:

Eles não falam; eles nem olham o peito. [...], até na carteirinha diz que eles têm que olhar, tem que ensinar. Tipo assim, o meu é o 4º filho, mas mesmo assim eles tinham que falar alguma coisa, comentar, perguntar. Mas se eu vejo que tem alguma coisa errada, sou eu que tenho que falar. Mas eles, sendo profissionais[...]. Então eles teriam que examinar (RUBI).

Perpassando pela exclusão que pressupõe o saber alheio, a educação em saúde para o amamentar no período pré-natal, mostrou-se, na percepção de Cristal, inadequada, uma vez que a mídia escrita e falada desenvolve uma verdadeira apologia aos aspectos positivos do processo e sua abordagem em termos de benefícios físicos e afetivos para a criança, principalmente a literatura não científica, abandonando a percepção feminina dos problemas que o ato pode acarretar na dimensão física, social e psíquica.

A ausência na literatura da abordagem dos conflitos do processo, manifestada por Cristal, pode ser identificada em Dias (1999) ao mencionar que, na unilateralidade, as campanhas educativas para o amamentar enfatizam os benefícios da amamentação para a criança e a obrigatoriedade materna para o ato, excluindo as informações relativas à vivência das dificuldades, o que não garante o seu sucesso.

6.6 HISTÓRIAS QUE NÃO SE REPETEM – A IMPORTÂNCIA DA MANUTENÇÃO DO PROCESSO EDUCATIVO PARA O AMAMENTAR

Com referência a história familiar de amamentação, os relatos praticamente foram os mesmos nas situações de Rubi e Pérola. Em ambas, o aleitamento materno uma geração antes das delas, não havia se desenvolvido por mais de dois ou três meses, ou então sequer se iniciou. Referindo-se as causas deste acontecimento, Pérola e Rubi mencionaram:

Agora eu não sei, acho que faltava muita orientação a naquela época, porque a minha sogra fala que lamenta não ter amamentado. Ela fala que só amamentava num peito, aquele peito estimulava e enchia de novo, [...]. E ela não dava no outro, só dava naquele que estava mais cheio (PÉROLA).

Eu acho que não tinha estímulo. Ela diz que até ganhava na maternidade a amostra do leite em pó; eles até davam. Era isto mesmo; ganhava leite em pó, a minha mãe disse [...]. A minha mãe fala que elas faziam a mamadeira com creme de arroz para as crianças (RUBI).

Considerando a idade de Pérola e Rubi, infelizmente constata-se que a época vivenciada pelas suas mães, ou seja, há aproximadamente 30 anos, a indústria de leite e derivados para a alimentação infantil dominava o mercado, impondo sua “ordem” e desestimulando a amamentação natural, dupla fonte de lucro se considerarmos a privação em termos imunológicos, que uma criança que sequer foi amamentada por um dia pode estar exposta, e o grande dispêndio financeiro que o aleitamento artificial traz ao orçamento familiar. Pode-se ainda refletir sobre a importância e o valor da educação para o processo, uma vez que nestas realidades, o espaço de uma só geração significou uma mudança total em favor da amamentação ao peito. Autoritária ou não, necessidade ou não, a verdade é que começamos a colher os primeiros frutos.

Agora precisamos lapidar as formas de abordagem e condução, tanto da educação para a mesma, como a necessidade de se considerar as condições maternas, em termos de estrutura e direitos, para manter o processo por um período mínimo de seis meses. Apontar as dificuldades e os conflitos que emergem nesta relação entre mãe e criança, ajudar a formular soluções efetivas para a sua condução, bem como, analisar e implicar família e sociedade no apoio ao binômio, são caminhos que começam a ser trilhados e que apontam para um novo modelo. Este novo modelo deve considerar direitos e deveres de ambos, criança e mulher, e sem recorrer ao caráter apelativo da dependência mãe-filho, buscar soluções que favoreçam a ambos em termos emocionais, sociais e

nutricionais.

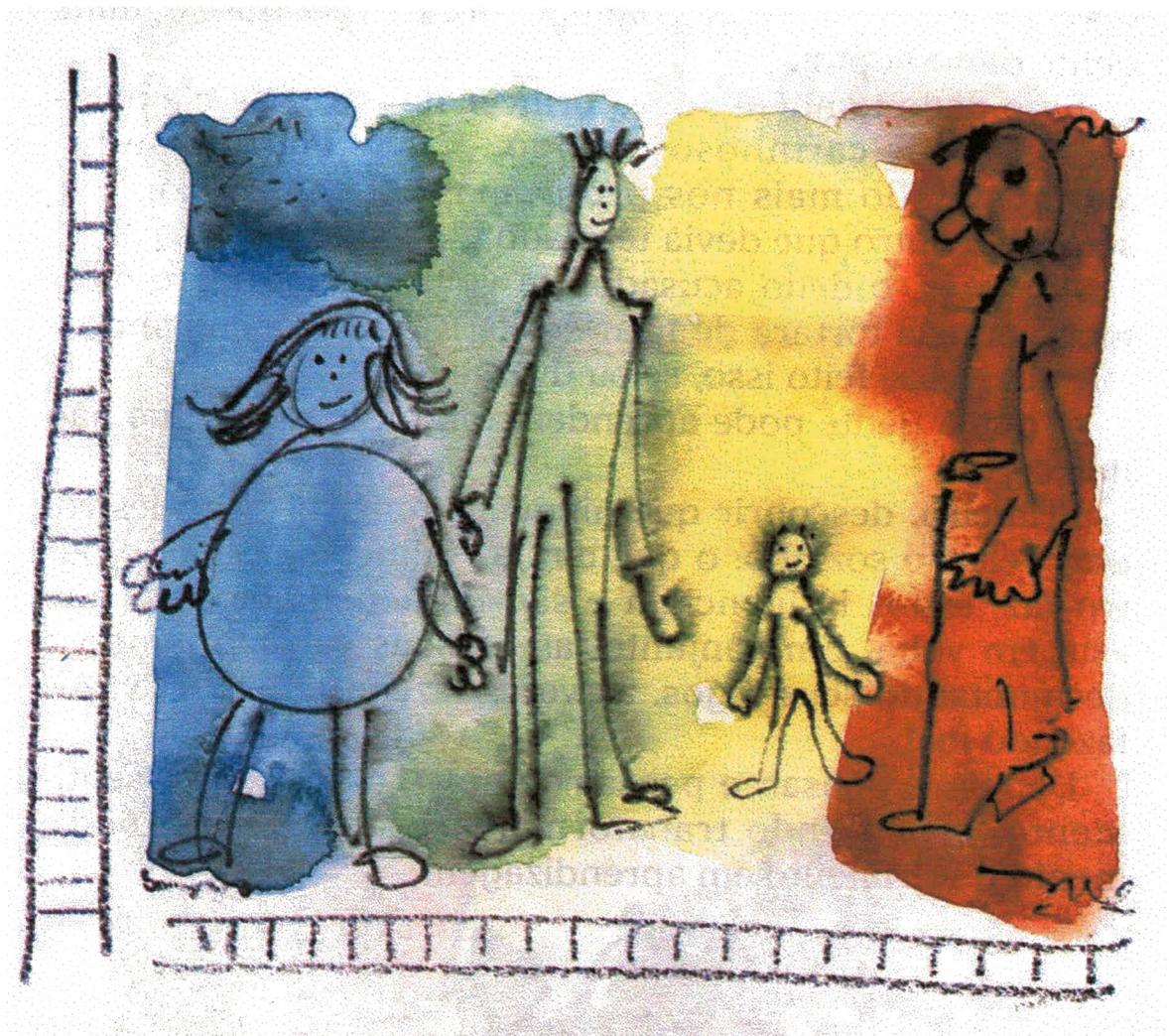
Almeida (1999) menciona que o avanço das indústrias de fabricantes de leites e derivados para a alimentação infantil iniciada no início do século em todo o mundo (que teve seu ápice entre 1955 e 1970), com suas estratégias mercadológicas baseadas no lucro e não na saúde do binômio envolvido, acabou por gerar uma descrença no poder do aleitamento materno e na capacidade materna para o ato. Utilizando-se da fragilidade da mulher e do pouco conhecimento dos profissionais, principalmente médicos pediatras, a respeito do assunto, disseminou a postura do aleitamento artificial como superior ao natural. Era comum e nem se questionava, na época, a prescrição de fórmulas para a alimentação de RN antes da saída da maternidade e a distribuição de amostras grátis das mesmas às mães.

Referindo-se a amamentação dos filhos Topázio, de seis anos e Prata, de quatro anos, Rubi mencionou:

O Topázio eu amamentei até os cinco meses, depois eu parei, porque eu trabalhava fora; trabalhava em lanchonete, tipo assim, eu nem almoçava, passava com salgadinhos. Eu não tinha leite mesmo por causa disto. E da Prata; da Prata eu amamentei até três meses, é, foi mais ou menos até 3 meses. Eu também trabalhava, eu trabalhava fora o dia inteiro, de doceira. Eu entrava as 08:00 horas da manhã e saía às 06:00 horas da tarde. Não tinha como eu dar de mamar para ela (RUBI).

Na desmame precoce de Topázio e Prata (de seu primeiro casamento), Rubi aponta que a necessidade de trabalhar para manter a família, não determinou, mas contribuiu para o desmame precoce das duas crianças. Nesta situação, não observei pesar ou sentimento de culpa em suas palavras, o que me levou a pressupor que naquela realidade, a necessidade de sustento material da família, foi superior a crença que a mesma possuía na amamentação:

Se eu não trabalhasse, a gente morria de fome, [...]. Porque ele (referindo-se ao primeiro marido) era muito irresponsável, não queria saber de serviço (RUBI).



Fonte: Do livro "Histórias da vida inteira" (MALDONADO, 1994)

"Descobrir a relação pessoal e como ela é fecunda para os que dela participam, liga as pessoas entre si ao abri-las para o que viveram e sentiram e não somente para aquilo exposto nos livros, no ensinamento da escola e em nossas próprias reflexões intelectuais."

Paul Tournie

7 TRAÇOS DA INTERAÇÃO - RISCOS E RABISCOS

Ao chegar a esta etapa da revelação dos caminhos da vivência interativa com as puérperas e famílias participantes do estudo, me dei conta de importantes constatações desenhadas em seu percurso.

O conflito expresso pela ambigüidade de sentimentos no amamentar, desponta como um caminho construtivo para o seu desenvolvimento mais consciente por parte dos envolvidos, desmitificando tabus e permitindo uma re-leitura crítica e menos culpabilista para a mulher e a família, em sua realidade específica.

Sobre uma educação não linear para o processo, que considera os encantos e desencantos em suas minúcias e o apoio profissional e social para o amamentar, esboçam-se traços para o reconhecimento, por parte das novas gerações que se formam, da grande perda que o abandono desta prática acarretou a humanidade, apontando, em cada vivência, novos horizontes para se ultrapassar barreiras cotidianas que se colocam como obstáculos, reais ou imaginários, para o resgate da crença no valor do aleitamento materno.

E é sobre estas situações que passo a discutir a seguir.

7.1 REVELANDO O CONHECIMENTO DO IDEAL MATERNO E DA IMAGEM DA UNIDADE MÃE-FILHO COMO CAMINHO PARA UMA ABORDAGEM ADEQUADA DO AMAMENTAR - UMA POSSIBILIDADE DE SE RECONSTRUIR NO CONFLITO

O ideal materno na sociedade ocidental traz embutido duas condições importantes, que merecem ser analisadas na situação deste estudo: o ideal da boa mãe e a imagem da unidade mãe-filho.

A projeção da imagem da mãe socialmente perfeita no nosso meio revela a

inclusão de uma importante questão, composta por múltiplas dimensões: o sucesso na amamentação. Isto implica dizer que falar no conflito do processo de amamentação, inevitavelmente, significa falar de um dos mais importantes conflitos da maternidade, mesmo reconhecendo que o segundo não decorre totalmente do primeiro. Um conflito com potencial positivo, uma vez que aponta caminhos para que esta mulher e sua família se descubra e se re-invente na situação, assim como a seu(u) filho(a). Porque a criação deste ideal social de maternidade foi feito por mulheres e homens, e só a compreensão da realidade mais ampla possibilitará a reconstrução do mesmo, aproximando-o da realidade concreta.

Se percebermos desta forma, o conflito que decorre da ambigüidade entre o querer e o poder amamentar, ou até, numa perspectiva mais profunda, entre o poder e o não poder amamentar por parte da mulher, leva inevitavelmente à reflexão. A partir desta reflexão, a percepção do real emerge, e mesmo que ele não represente o ideal socialmente construído e legitimado, o seu desenvolvimento conduzirá esta mulher e sua família a vivência de um conflito positivo, que poderá livrá-la da angústia e da culpabilização que envolve o tema no contexto social em que se insere.

Parker (1997) referindo-se ao ideal de maternidade cita que, a mulher que nega o conflito, faz o jogo da sociedade e reforça a divisão das mães em boas e más.

No ideal da unidade mãe e filho, mulher e criança são apresentados em um processo evolutivo simétrico (PARKER, 1997). Mas a mãe e sua(eu) filha(o) não podem ser apresentados em um processo evolutivo simétrico, porque ambas possuem seus processos evolutivos com significados psicológicos específicos para si. Quando há conflito na maternidade e amamentação, não é justo colocarmos a mãe contra a criança – seria mais coerente apontarmos a mãe e a criança, lado a lado (mesmo que a primeira dependa totalmente da segunda). Nas palavras de Cristal, que reconhecia o valor do aleitamento materno, um exemplo desta necessidade:

Porque parece assim, na amamentação se fala muito do benefício da amamentação, mas lógico, eu tenho que contar também. A minha parte psicológica tem que contar (CRISTAL).

Se colocarmos a criança em processo simétrico ao da mulher, o desejo da liberdade materna, sempre figurará ao lado do medo do sentimento de abandono e culpa pelo insucesso do processo de amamentar, acarretando a mãe toda a carga de responsabilidade pelas conseqüências na saúde física e emocional da criança.

Conforme Parker (1997), a mulher pode se sentir privada de sua própria

identidade, do tempo e do seu espaço para si mesma. E isto foi percebido ao longo deste estudo. Por exemplo, Pérola, que demonstrou poucos conflitos para amamentar Jaspe, na gestação anterior e Ouro, na atual, referia-se aos mesmos como crianças calmas, que raramente choravam ou adoeciam. Por outro lado, podíamos perceber na relação interativa com Cristal que a emergência da situação de maternidade recente associada ao choro freqüente de Brilhante e a multiparidade de Rubi, cujos filhos possuíam pouca idade, configuraram-se como pontos conflitantes, porém não limitantes para a manutenção da amamentação.

Rego (2001, p.8) menciona:

“A mãe não poderá jamais ser tratada como um objeto, uma espécie de mamadeira natural. Deve sim, ser o centro de nossa atenção e ação. A amamentação só se dá através dela, e só se dará a contento se suas necessidades físicas, emocionais, sociais, culturais, intelectuais e profissionais forem pelo menos razoavelmente atendidas. É preciso cuidar bem da mãe, para que ela possa cuidar bem do bebê”.

Talvez fosse mais coerente abordar a questão, considerando o que Parker (1997) menciona como conectividade nas relações entre mãe e criança, uma conectividade que acredito, permita que ambas adquiram a sua independência na situação, sem que, necessariamente, uma seja prejudicada pela outra. A autora, referenciando as teóricas do Stone Center (nos Estados Unidos da América), menciona que a falta de conectividade do binômio impede a relação de evoluir no sentido de compreensão mútua e, desta forma, pode se colocar como limitante da situação. Portanto, acreditamos que a individualidade da mulher, que deve ser preservada na maternidade e na amamentação, não será definida em termos negativos como separação da criança, processando-se através da sua individuação no ato de amamentar.

A amamentação não pode ser vista somente sob a perspectiva da criança, em detrimento a compreensão do desenvolvimento materno, e nem vice versa. A singularidade dos sujeitos-mãe e criança pede que o tema seja tratado como parte deste desenvolvimento para que ambos se beneficiem do ato.

Falando do processo de separação-individuação que envolve a maternidade, Parker (1997, p. 138) mencionando Mahler, diz que o desenvolvimento das mães se processa em sentido vertical, enquanto o do filho, em sentido horizontal. Desta forma, as mulheres “migram da condição de ser uma mãe que ampara uma cabeça, para uma mãe que empurra um carrinho, depois para uma mãe que segura uma mão, daí para uma mãe que acena com a mão, e finalmente para uma mãe que espera uma mão para segurar”.

O que hoje chamamos de instinto maternal, é um sentimento condicionado a determinantes sociais, culturais e psicológicos, que nada tem haver com o seu determinante biológico. Se compreendermos isto, talvez consigamos entender em profundidade o que Lana (2001, p.7) diz: “ Ser mãe pressionada pelo paradigma vigente, pode ser padecer. Ser mãe vinculada afetivamente, é um paraíso. E a amamentação é uma das chaves da porta deste paraíso”.

7.2 A FÉ NO PROCESSO NA PERCEPÇÃO MATERNA E PROFISSIONAL – O CAMINHO PARA UM AMAMENTAR CONSCIENTE

O exercício da enfermagem vai além da competência técnica do cuidado corporal para o amamentar, pois a sua problemática é multidimensional e começa numa questão anterior, numa concretude histórico-sócio-cultural, nunca no momento que se apresenta. Fazer esta leitura permitirá ao profissional uma intervenção mais efetiva.

Não há de se abandonar por conta da natureza, mulheres e famílias desprovidas desta potência maior, mas não universal, que é a passagem harmônica pela experiência do ser mãe, pai, família e amamentar.

Parece-me claro que, estamos precisando de uma nova subjetividade que considere, no ato do amamentar, não só o corpo lactante, mas a possibilidade de uma nova linguagem sob a óptica do corpo materno - suas experiências, seus sentimentos seus pensamentos.

A ação humana participativa e não intromissiva zela pelo bom senso no cuidado a família e, desta forma, coloca-se como bandeira diretiva dos valores do instituinte, a favor ou contra o instituído. A lógica humana do humanizar, longe de ser cacofonia, manifesta-se como a verdade no ponto de limite, difícil, mas não impossível, do cuidar terapêutico e do cuidar paternalista. Longe da iatrogenia do ato institucionalizado e medicalizado de “assistir” o parir, nascer e amamentar, encontra-se a presença humana do profissional que atende e apóia mulheres e famílias vivendo o momento refletido em contradições que oscilam do conflito, desespero e dor, ao prazer, emoção e alegria.

A máquina da informação faz um papel fundamental, mas não supera a ação humana. Talvez a mulher saiba muito pouco do processo de amamentar em sua profundidade; e neste ponto o profissional é capaz de ajudar:- compreendendo a

profundidade da relação físico-afetiva e social que o cerceia, enquanto espaço da vida.

Trabalhando com a ambigüidade materna decorrente do conflito para o amamentar, reconheço a sua dinamicidade enquanto processo vivido e percebido por estas mulheres, cuja polaridade entre o querer e o não querer é constante, mas a sua relação modifica-se a cada instante.

A tendência construtiva do reconhecimento do conflito, da ambigüidade que permeia o amamentar, é a busca e o encontro de um ponto de equilíbrio temporário, que será desenvolvido a medida em que esta mulher adquire confiança no seu desempenho como mãe, aproximando e contextualizando riscos e benefícios do ato em si para o binômio, sujeitos plurais e, ao mesmo tempo, singulares na situação.

A contragosto do que penso e desejo, percebo que a mulher anda muito só no conflito do amamentar, agravando o inevitável grau de depressão quimicamente comprovado do puerpério e impedindo a interação das condições psíquicas e sociais da maternidade com o seu lado biológico.

A capacidade de estar consciente da ambigüidade permite a mulher manter a atitude definida como equilibrada, saber por exemplo, que uma parte dela deseja silenciar a criança a qualquer custo enquanto a outra, deseja apaixonadamente, fazer o máximo pela mesma (NORONHA E MONTGOMERY, 1993).

A compreensão materna deve estar direcionada não somente para o bebê, mas para a compreensão e reconhecimento de sua própria realidade interna. É preciso que as mulheres tenham a liberdade de pensar sobre esta ambigüidade, ao invés de temerem por abrigarem tais sentimentos.

A negação deste reconhecimento, pode refletir uma incapacidade (por não achar termo mais apropriado), desta mulher em lidar com o seu self em nível consciente. É como se a dor deste reconhecer, a levasse a negar a existência conflito. Portanto, quem o expressa, está mais próximo de compreendê-lo.

Parker (1997, p. 26 e 194) menciona:

As experiências pessoais surgem da interação das forças psíquicas com as forças externas. As vozes das mães nos dizem que elas chegam às condições maternas trazendo consigo suas vidas de mulheres negras, mulheres brancas, mulheres de diversas etnias e uma profusão de classes sociais e níveis econômicos. O freqüente conflito entre essas forças que influenciam umas às outras constantemente, conferem profundidade e riqueza a psicologia da maternidade.

A dinâmica conflitual que acompanha o amamentar na realidade de algumas mulheres, não deve ser entendido apenas sob o prisma da negatividade e do seu fracasso

como nutriz. A flutuação entre o querer e o não querer amamentar, representará um fator negativo se a mulher e sua família não conseguirem lidar de forma efetiva com esta angústia e culpa que decorre do processo de consciência do manifestado, porque a maternidade não acontece somente dentro de contexto privado do limite familiar.

A equipe de saúde deve estar preparada para atender a puérpera e sua família, inserida num contexto social de crença ou descrença no poder do aleitamento. Saber trabalhar os mitos e os conflitos no dado momento da sua ocorrência, fortalecerá a autoconfiança materna; através do esclarecimento das dúvidas e da informação a respeito das modificações que este processo originará em seu corpo e mente e as questões adaptativas do RN, a puérpera será capaz de superar os seus próprios conflitos, trabalhar as questões familiares, tornando o ato de amamentar prazeroso, saudável e feliz (HAMES, 1998).

É pensando criticamente a prática de hoje ou de ontem, que se pode melhorar a próxima prática. O próprio discurso teórico, necessário à reflexão crítica tem que ser de tal modo concreto, que quase se confunda com a prática. O seu distanciamento epistemológico da prática enquanto objeto de sua análise, deve dela aproximá-lo ao máximo. “Quanto melhor faça esta operação tanto mais inteligência ganha da prática em análise e maior comunicabilidade exerce em favor da superação da ingenuidade pela rigorosidade” (FREIRE, 1999, p. 43 - 44).

Afinal, a resistência silenciosa de mulheres e famílias que experenciam o processo parece dizer que, “é melhor correr o risco da miséria a ser enclausurado no conforto imobilista das soluções totais” (SILVA, 1990, p. 265). No momento que vivemos, o cotidiano “opera com base no fluxo, na impossibilidade das soluções definitivas e, mais do que isto, detecta o malefício das superações harmonizadoras. Nunca o conflito foi tão valorizado e, ao mesmo tempo, relativizado” (SILVA, 1990, p. 266).

7.3 REFLETINDO A IMPLEMENTAÇÃO DO MARCO REFERENCIAL

Se a escolha de um marco referencial para nortear um estudo, é sempre um trabalho árduo e complexo, a sua interpretação é ainda mais laboriosa. Conduzindo o cuidar e o pensar e sistematizando o saber, o marco referencial possibilita-nos re-interpretar as situações, compreendê-las para além da superficialidade, re-criando-as em

cada aplicação.

Mesmo considerando que a sua construção não se dá de forma neutra, pois a própria teórica como ser histórico (assim como os profissionais que utilizam sua teoria/conceitos na prática), está culturalmente envolvida, trazendo consigo uma conotação valorativa da realidade que pretende compreender ou explicar, acredito que a sua utilização permitiu-me uma aproximação na compreensão da realidade; a verdade plena não poderá ser apreendida por completo, o que representaria a própria vivência e o fim da motivação e da busca.

Como citado no Capítulo 3 deste estudo, o marco referencial composto para direcionar este estudo, está fundamentado em minhas crenças e valores, na vivência que tenho do processo a ser interpretado, embasado em alguns conceitos citados por Imogene King (1981) na Teoria do Alcance dos Objetivos e por Paulo Freire (1999), complementado com os escritos de Egídio Schmitz (1984), Moacir Gadotti (1998) e Rosane G. Nitschke (1999).

7.3.1 A transparência dos conceitos

Para Nitschke (1999), no campo da prática assistencial de enfermagem o marco conceitual deve permear todos os momentos desta prática, atuando como referência sobre o que é importante observar, relacionar e planejar nas situações de interação com o cliente, além de proporcionar uma organização para reflexão e interpretação do que está sendo vivenciado.

Entendo o marco referencial, como uma construção mental, que deve comportar uma estrutura lógica de interrelação entre os vários conceitos que o compõe, direcionando o processo de prática assistencial da enfermagem. Por isso, os conceitos não serão descritos separadamente, mas comportando uma rede intrincada e concatenada do cuidar-pensar.

Convém salientar que, no desenvolvimento desta pesquisa convergente – assistencial, em determinados momentos, um conceito incidiu mais fortemente que o outro. Porém, de certa forma, todos os conceitos selecionados para compor este referencial, marcaram sua presença no transcorrer das ações educativas, o que me fez acreditar na sua adequação para a realização de um cuidado de enfermagem eficaz.

Partindo desta cumplicidade, o ponto de convergência mais significativo da prática assistencial com o marco referencial, centrou-se nas relações interpessoais mediadas pelo diálogo entre enfermeira, puérpera e sua família. Este diálogo possibilitou proximidade e empatia para que, através da comunicação, a educação se fizesse presente. Sabemos que a comunicação, é um meio pelo qual realiza-se a interação social e, em alguns momentos, a transação. Por isso, a forma encontrada para o alcance dos objetivos em consonância com os conceitos da teoria, neste estudo, foi a educação em saúde mediada pelo diálogo.

Considerando que, no processo de interação do indivíduo consigo mesmo, com os grupos ou com a sociedade, ele reage com base nas expectativas, necessidades, valores e objetivos dele próprio e dos elementos envolvidos no processo (KING, 1981) e que, cada pessoa que entra na situação como um participante ativo, sofre mudanças no processo das experiências, compreendo que, como enfermeira, tive condições de intervir no processo de integração da puérpera à sua nossa condição de mãe e nutriz, proporcionando a manutenção de um nível satisfatório de saúde, culminando em alguns momentos na transação, objetivo final do processo interativo e dialógico para um amamentar consciente.

Neste processo interativo dialógico, utilizei conhecimentos e habilidades práticas, respeitei os valores e os direitos destas puérperas e suas famílias, chamando-as à ação e responsabilizando-as também por estes cuidados, ajudando-a na resolução dos conflitos que a situação de mãe e nutriz lhes impunha. Acredito desta forma, ter agido como facilitadora desta passagem, desta mudança de papéis e de condição social.

O ambiente das vivências interativas, apresentou-se transformador e transformado no contexto da prática. O reconhecimento das forças extrínsecas que o ambiente exerce sobre o processo de amamentação, pode ser percebido e avaliado no decorrer dos encontros, porque o contexto da vida envolve a pessoa, uma pessoa que não é só biológica, mas também psíquico-espiritual, político-econômica e social.

A saúde como experiência dinâmica na vida dos sujeitos envolvidos, manifestou-se na necessidade constante de ajuste aos conflitos momentâneos, que o amamentar trazia embutido em sua prática as puérperas e famílias envolvidas. O desenvolvimento das habilidades em lidar com as tensões foi mediado, por um lado, pelo apoio familiar e, por outro, pelo auxílio profissional sentido ou expresso nestas relações de troca de saberes, tornado possível que estas pessoas se tornassem autoras e atrizes da sua história de amamentar.

A transparência do conceito de pessoa, se fez presente em cada momento do cuidar e educar. Estas mulheres e suas famílias, mostram-se únicas e plurais em seu viver e interpretar a vivência do amamentar. Mostrando harmonia e/ou conflito em determinados momentos, ou ambos simultaneamente, entravam na situação trazendo seus valores e crenças no processo e a forte convicção de vencer as barreiras que se apresentavam.

Vivenciando momentos únicos em sua existência, porque o amamentar de um filho não se repete necessariamente no outro, estas mulheres e sua famílias mostraram suas expectativas ao interagir comigo, percebendo-se capazes, na maioria das vezes, de decidir em comum acordo o melhor cuidado a ser implementado nos momentos de conflito. Como seres humanos, tiveram também, momentos de extrema dúvida e angústia, quando dificuldades de ordem física e psicossocial se colocaram como limitantes da situação do amamentar e ser mãe, mãe de primeiro filho, mãe de muitos filhos, situação conflituosa na qual me incluo, quando optei por adotar uma relação dialógica e interativa para o cuidar e educar.

Frágeis e fortes, simultaneamente, estas mulheres assumiram com responsabilidade seus novos papéis, demonstrando grande necessidade de serem ouvidas e apoiadas em suas decisões, mesmo quando da incongruência de objetivos. Frustraram-se, choraram, mas também sorriram e demonstraram satisfação por estas vivências.

As famílias emergiram no contexto da assistência, como co-partícipes deste educar-cuidar, talvez nem sempre na intensidade que desejava mas, com certeza, chamadas a esta participação. Presenciaram o momento especial de suas vidas de formas peculiares e deixaram transparecer os prazeres e as dificuldades, os medos e as certezas, a responsabilidade e a culpa.

O estímulo à expressão por parte dos envolvidos, das suas percepções com relação à situação específica de saúde e cuidado que vivenciavam, trouxe a tona diferentes visões e, a partir delas, foram estruturadas as bases do cuidar e educar compartilhado para a amamentação.

E a educação se processou, neste contexto, como uma troca mediada por saberes e auxílios, bilateral e co-responsável. Entramos (eu, a puérpera e sua família) em cada situação sabendo de nossas responsabilidades e de parte de nossas limitações, mas não de nossos resultados. À medida que a interação evoluía, o envolvimento e a empatia aumentavam, a ponto de extrapolar os limites do atendimento deste estudo.

O diálogo face a face, propositalmente realizado no mesmo plano físico da

puérpera e sua família, levou-me à proximidade não só da dimensão biológica da pessoa, mas, principalmente, da sentimental. Neste contexto, a proximidade trouxe o toque e o ouvir sensível (BARBIER, 1993) como um cuidar terapêutico de respeito e sensibilidade ao outro, percebidos tanto por mim, quanto pelas puérperas e suas famílias. A ajuda se processou no plano da desmitificação do saber superior e do saber inferior, mediado pelas contribuições que cada pessoa envolvida podia oferecer, para a melhoria ou reforço da situação de cuidado e educação que se colocava na relação interativa.

A enfermagem foi percebida como uma profissão de ajuda para a manutenção e reforço do amamentar e, ainda, comprometida com a qualidade de vida das pessoas, percepção transparente nos diversos depoimentos e solicitações de cuidado e educação. Nas palavras de Ametista um exemplo destes reflexos:

Que bom que existem profissionais deste tipo. Isto faz com que a gente passe a acreditar mais na saúde, a ver que não está tudo perdido (AMETISTA).

Isto reforçou a minha crença, enquanto profissional de saúde, da responsabilidade que tenho de compartilhar com as puérperas e suas famílias, as informações necessárias à manutenção do processo de amamentar consciente e fortalecido, do respeito a sua decisão pelo sim ou pelo não ao processo, do estímulo a estes sujeitos dos seus direitos e deveres em procurar caminhos para a solução das situações de conflito do seu dia a dia de saúde, para um viver mais digno.

Centrei este estudo nas relações interpessoais mediada pelo diálogo, onde a interação com a puérpera e sua família tinha como objetivo inicial, tornar o amamentar ou o não amamentar consciente, atendendo um momento existencial específico do ciclo de vida destas pessoas que a transição do parir e amamentar acarreta. Porém, percebi a sua transcendência a estes limites e a origem de vínculos que vão além deste agir compartilhado profissional.

A puérpera percebia-se, na situação relativa ao amamentar, como pessoa ativa, responsável pela manutenção de sua própria saúde e do seu RN, resgatando, por hora, o seu direito e cidadania (percepção), compartilhando as informações acerca do mesmo (comunicação). Percebia-se ainda, como mãe e esposa, antes mesmo de se perceber como puérpera, atendendo primeiro as necessidades do filho, podendo afetar a sua percepção a respeito dos demais elementos humanos e materiais que compõem este conceito (interação/comunicação).

A interação da puérpera foi um processo de percepção e comunicação consigo

mesma, com seu filho, com os demais familiares, comigo, com os demais clientes e seus familiares e finalmente com o ambiente em que se encontrava inserida (maternidade e comunidade).

Vivenciava uma fase de aparente conflito na definição de seus novos papéis, tanto em nível individual, como coletivo, o que, muitas vezes, afetou sua percepção, comunicação e interação com outras pessoas. Percebeu a instituição como limitante moderada ao seu expressar livre de sentimentos e manifestou a diminuição do conflito pessoal mediante o acesso às informações adequadas à situação que vivenciava, manifestando desejo de um atendimento individual e compartilhado, que considerasse o seu contexto sócio-cultural.

King (1981) diz que, as enfermeiras devem estar conscientes da ajuda que o cliente necessita para tomar decisões e que os profissionais devem preparar-se também para tomar decisões compartilhadas no ambiente comunitário, pois ao interagirem, tanto a enfermeira como a cliente e sua família aprendem e entendem melhor a situação.

A transparência dos conceitos definidos, que se fizeram presentes no cuidar e educar que se configurou este estudo, serviu para assegurar a adequabilidade do marco referencial ao contexto. Assim sendo, funcionou como um farol a iluminar cada passo na interação entre a enfermeira (eu), puérpera e sua família.

A interação fez surgir entre nós (não entre todos, com certeza), uma energia que pulsa e que é muito maior que o mero cuidado em si. O que foi dito e vivido, ficará em nossas mentes, em nossa volta, em nosso meio. Talvez nem sempre como uma certeza, mas como uma dúvida que nos impulsionará ao questionamento e nos conduzirá ao desvelamento dos fatos e da vida, tornando-a mais prazerosa e dinâmica, fazendo-nos mais felizes!



Fonte: Do livro "Histórias da vida inteira" (MALDONADO, 1994)

"Sempre é difícil nascer. A ave tem que sofrer para sair do ovo, isso você sabe. Mas volte a olhar para trás e pergunte a si mesmo se foi penoso o caminho. Difícil apenas? Não teria sido belo também?"

Hermann Hesse

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O entrelaçamento das diversas nuances do amamentar mostra-se dotado de significados, permitindo-nos, enquanto profissionais, mergulhar profundamente naquilo que se mostra no cotidiano do cuidar e educar mulheres e famílias que o experienciam em seus diferentes modos de vida e maneiras de ser.

O reconhecimento da existência de uma rede fortemente emaranhada que desenha um perfil de sucesso ou de fracasso, e que tem na mulher, no feminino, na fragilidade e na intuição o seu ponto mais incisivo, somado a dimensão mítica a ele subjacente na conflitante vivência social, já nos faz reconhecer o que o simples ato de dar o peito à criança, não é tão simples assim. Cristal e Rubi que o que o digam.

Re-significar o amamentar em nossa sociedade nos dias de hoje, é um trabalho árduo e gradativo. O seu avanço enquanto processo reconhecido e legitimado socialmente se dá a cada ação em prol da saúde dos envolvidos – a cada verdadeira ação de educação em saúde. E a atualidade nos parece um momento oportuno para este re-significar, porque as mulheres emergem na sociedade (claro que não na sua totalidade), começando a se descobrir autoras e atrizes de suas próprias histórias de vida e de saúde e co-responsáveis pela construção de um mundo melhor.

À mulher a quem foi imposto o silêncio, que se dê agora a palavra. E que esta palavra lhe permita expressar seus verdadeiros sentimentos, tabus e conflitos. Que lhe permita crescer!

A quem foi imposto o desaprender e a impossibilidade do retorno à prática pela mitificação das dificuldades, o mínimo que se pode fazer é oferecer uma educação adequada (dialógica e interacionista) na percepção de quem a vivencia (cuidador e pessoa cuidada), para que o seu decidir pelo sim ou pelo não neste processo multidimensional seja consciente, respeitando esta decisão. Isto porque precisamos entender, quiçá das inúmeras vantagens que a amamentação traz para a mulher, a criança e toda a sociedade, que o respeito a sua decisão é o primeiro fator para um cuidado realmente baseado no princípio da autonomia e da cidadania.

Ao longo dos últimos 470 anos, iniciando com a colonização europeia em nosso país, a sociedade brasileira desconstruiu o aprendizado do amamentar, transformando esta forma de poder feminino em impotência. Sofremos hoje, as conseqüências deste ato maquiavélico – porque veio para atender diferentes interesses em diferentes épocas, que estavam muito longe do real interesse pela saúde desta mãe e criança em questão.

Precisamos reconhecer as entranhas ideológicas e a dinâmica das argumentações econômicas e políticas que o desconstruíram tornando-o estranho a própria mulher e à sociedade, como uma chave para desmontar o ideal da imutabilidade da condição do desmame precoce e apontar caminhos para a concretude desse direito da mulher e da criança.

Precisamos crer, agir e refletir sobre nossas ações e daquelas pessoas com quem interagimos, ou corremos o risco de facilitar a perpetuação de um estereótipo familiar de fracasso no amamentar.

Não somos as vítimas que os atores sociais desenham no jogo da vida. A vivemos como participantes ativas, somos também jogadoras. O ritual do amamentar pode comportar a encanto e o desencanto, demonstrando que existe uma energia social irreprimível que apreende, para além da apreciação moral, o concreto mais próximo e que mantém esta constante harmonia conflitual, que se desenha na teatralização entre o arquétipo fundador e o esteriótipo banal que o processo comporta (MAFFESOLI, 1984).

Pensando na construção de caminhos de re-significação e valorização da amamentação, ao encerrar esta dissertação, ousou recomendar aos profissionais de saúde envolvidos com o tema em questão, algo que vai além do discurso teórico, porque foi fruto de uma vivência que mostrou possibilidades e limitações no processo, que se fez na práxis do cotidiano do cuidar e apoiar mulheres e famílias que o experienciavam na harmonia ou no conflito, quais sejam:

- Que viajem pela história da evolução da humanidade na busca da compreensão dos ideais socialmente construídos, como o da boa mãe (MALDONADO, 1984; PARKER, 1997) e a imagem da unidade mãe-filho (PARKER, 1997) e os mitos que a amamentação comporta, enquanto possibilidade de vislumbrar maneiras adequadas e compartilhadas de abordagem e intervenção no processo.
- Que compreendam que como as mulheres não nascem mães, também não nascem nutrizes. O amamentar não é instintivo – precisa ser ensinado e aprendido numa relação

que rompa com o instituído em favor do instituinte – e que este aprendizado se estabeleça na reciprocidade interativa da vivência do ato, possibilitando um agir-refletir-agir entre seus elementos, aumentando a consciência coletiva no valor do processo.

- Que usem aproximações no seu dia a dia de cuidar de mulheres e famílias que experienciam o amamentar, quer seja pelo toque terapêutico, quer seja pela escuta sensível (BARBIER, 1993), na perspectiva de ouvir o que não é dito e sentir o que não se mostra claramente, reconhecendo as peculiaridades e a fragilidade que o momento sucinta, no desenvolvimento de um cuidado efetivo.
- Que repensem a abordagem da mulher e família que amamenta (ou que não pode amamentar) e busquem somar em suas ações, sensibilidade e razão, considerando e valorizando no processo educar-cuidar a realidade social dessas pessoas e as suas percepções desta realidade, possibilitando-lhes estratégias de apoio e enfrentamento aos conflitos.
- Que reconheçam que apesar de só a mulher poder dar o peito à criança, ela não entra sozinha no processo. Que o sucesso ou insucesso no amamentar não é exclusivamente responsabilidade materna, mas de toda uma estrutura profissional, familiar e social que foi capaz ou incapaz de apoiá-la e tratá-la nos momentos de conflito para a manutenção do mesmo.
- Que tenham fé no processo enquanto potencialidade feminina e que sejam solidários no cuidar e educar, sabendo reconhecer na relação com a mulher e sua família a sensação de privação de liberdade e de individualidade, a incongruência da dor física com o prazer do ato, a impossibilidade ocasional de harmonizar as muitas dimensões que o amamentar trás consigo, diminuindo o sentimento materno de culpa pelo seu insucesso.
- Que saibam ouvir mais do que falar; e que este ouvir não seja surdo, mas capaz de identificar as significâncias da situação, conduzindo a uma abordagem apropriada da situação.
- Que repensem o peso de suas palavras e o valor de suas ações, enquanto possibilidade de construção potencial de um amamentar bem sucedido ou de um poço de frustração para as pessoas envolvidas.
- Que reconheçam a importância da verbalização dos conflitos maternos e familiares no amamentar, enquanto perspectiva de re-encantamento, pela possibilidade de superação das barreiras que se interpõe ao dia a dia do processo.

- Que lutem pelo desenvolvimento de campanhas públicas de incentivo a amamentação que sejam menos apelativas aos sentimentos maternos e mais centradas na realidade, apontando, além dos benefícios, as dificuldades do amamentar e as estratégias para o enfrentamento das mesmas durante o desenvolvimento do processo.
- Que dêem oportunidade a mulheres e famílias re-aprenderem a prática de amamentar e que reconheçam o inestimável valor afetivo, nutricional e imunológico do leite materno para o binômio mãe-criança e, em extensão, para toda a sociedade, no mundo de carências de toda a sorte que vivemos.

Na interação com a puérpera, sua família e a sociedade, a possibilidade de troca se faz a cada instante, fortalecendo o prazer profissional de renovar-se e estar com a mesma. A grande beleza do nosso trabalho é que, a cada minuto, ele pode ser diferente.



Fonte: Do livro "Histórias da vida inteira" (MALDONADO, 1994)

"Inútil transformar o mundo: é suficiente transformar a idéia que alguns fazem dele."

Simone de Beauvoir

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de filosofia**. Tradução de Alfredo Bosi. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

ALMEIDA, João Aprígio Guerra. **Amamentação: um híbrido natureza-cultura**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. 120 p.

ALMEIDA, Marisa Silva. Os sentimentos femininos: o significado do desmame precoce para as mulheres. **Texto & contexto – Enfermagem**. Florianópolis, v. 6, n.1, p. 260-265. Jan./abr. 1997.

ARAÚJO, Lylian Dalete Soares. **Querer/poder amamentar: uma questão de representação?** Londrina: Editora UEL, 1997. 236p.

ÁVILA, Ângela Amâncio. **Socorro doutor: atrás da barriga tem gente**. São Paulo: Editora Atheneu, 1998. 216 p.

BADINTER, Elizabeth. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Tradução de Waltesin Dutra. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985. 370 p.

BARBIER, René. A escuta sensível em educação. **Cadernos ANDEP**. Nº 5, Universidade Federal de Minas Gerais: 1993.

BARSA. ENCICLOPÉDIA BRITÂNICA DO BRASIL. **Micropédia e macropédia**. Rio de Janeiro: Copyright, 2000. CD-ROM.

BARRETO, Carolina Sampaio. **A dimensão prospectiva do ensino-aprendizagem do aleitamento materno: uma experiência com crianças escolares**. 1999. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) - Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

BÍBLIA, Português. **Bíblia sagrada**. Tradução de Ivo Storniolo e Euclides Martins Balancin. São Paulo: Paulus, 1990. 1631 p.

BORGES, S. M. V. Proposta para uma relação: profissionais de saúde e mulher. **Cadernos de saúde pública**. Rio de Janeiro: ENPS, v.7, n.2, p. 284-289, abr/jun. 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim da iniciativa hospital amigo da criança**, n.27, abr./mai./jun. Brasília, 1996.

- _____. Ministério da Saúde. **O aleitamento materno e o município**. Brasília, 1995.
- _____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno**. Brasília, 1991.
- BRAZELTON, T. Berry. **Momentos decisivos no desenvolvimento infantil**. São Paulo: Martins Fontes, 1994.
- CABRAL, Ivone Evangelista. **Aliança de saberes no cuidado e estimulação da criança bebê**. Rio de Janeiro: Editora da Escola de Enfermagem Anna Nery, 1999. 300 p.
- CAMPESTRINI, Selma. **Alojamento conjunto e incentivo à amamentação**. Curitiba: Educa, 1983.
- CARVALHO, Gabriela Doroty de. **Amamentação: uma avaliação abrangente**. Disponível em <<http://.aleitamento.org.br/gabi:2.htm>> Acesso em setembro 2000.
- CARVALHO, Marcus Renato. Planejando cidades amigas da amamentação. **Revista do IBAN**, n. 220, ano XLIV, jan. /jun. 1997.
- CLARK, C. **O livro do aleitamento materno**. 2. ed. São Paulo: Editora Mamole, 1984.
- COSTA, Jurandir F. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 1983.
- D'INCAO, Maria Ângela. Mulher e família burguesa. In: PRIORI, Mary Del (org). **História das mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, 1997. p. 223-240.
- DIAS, Lygia Paim Muller et al. Momento 3: conceitos e visões teóricas. In: Curso de Especialização em Projetos Assistenciais, Rede de Pós Graduação em Enfermagem da Região Sul, Universidade Federal de Santa Catarina. **Material didático**. Florianópolis, 1997. 114 p.
- DIAS, Lygia Paim Muller. Prefácio. In: RAMOS, Flávia R. S. et al. **Para pensar o cotidiano: educação em saúde e a práxis da enfermagem**. Florianópolis: Editora da UFSC, 1999. 163 p. (Série Enfermagem).
- DIAS, Maria Beatriz Oliveira. **Os sentimentos expressos pela mulher durante a amamentação**. 1996. Dissertação de Mestrado em Assistência de Enfermagem - Curso de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- DIAS, Vanessa Rosar Mattos. **Problematizando o aleitamento materno: visando uma prática consciente**. 1999. Dissertação de Mestrado em Assistência de Enfermagem - Curso de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- DUBY, Georges, PERROT, Michelle. **História das mulheres – do renascimento a idade moderna**. São Paulo: Ebrandil, 1991.
- FREIRE, Paulo. **Pedagogia da libertação - saberes necessários à prática educativa**. 11. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.

FREYRE, G. **Casa grande e senzala: formação da família brasileira sob o regime da família patriarcal.** Rio de Janeiro: Olímpio, 1978.

GADOTTI, Moacir. **Educação e poder: introdução à pedagogia do conflito.** 11 ed. São Paulo: Cortez, 1998. 143 p.

GARCIA-MONTRONE, Victória, ROSE, J. C. D. Uma experiência educacional de incentivo ao aleitamento materno e estimulação do bebê para mães de baixo nível sócio-econômico: estudo preliminar. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro: 12 (1), p. 61-68, jan. /jun. 1996.

GONZAGA, Amaury Ângelo. **Educação popular em saúde: do monólogo permitido da doença, ao diálogo das ações coletivas em saúde.** 1994. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) - Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

HAGUETTE, Teresa Maria Frota. **Metodologia qualitativa na sociologia.** 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1992. 224 p.

HAMES, Maria de Lourdes Campos. **Contra-referência de puérperas de uma unidade de alojamento conjunto para a rede básica de saúde: proposta operacional.** 1998. Monografia (Curso de Especialização em Projetos Assistenciais de Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

HENTSCHEL, Heitor. Amamentação. In: FREITAS, Fernando et al. **Rotinas em obstetrícia.** 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 212-218.

IBGE. **Indicadores sociais.** Disponível em <<http://ibge.org.br>> Acesso em setembro 2000.

KING, Imogene M. **A theory for nursing: Systems, concepts e process.** Florida: Wiley Medical Publication, 1981. 181 p.

LANA, Adolfo Paulo Bicalho. **O livro de estímulo à amamentação: visão biológica, fisiológica e psicológica-comportamental da amamentação.** São Paulo: Atheneu, 2001.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Entre a moral e a técnica: ambigüidades dos cuidados da enfermagem.** Florianópolis: Editora da UFSC, 1994.

LOYOLA, A. **A cultura pueril da puericultura.** Novos Estudos do CEBRAP, 1983. p. 40 -46.

MADUREIRA, Valéria S. Faganello. **Eu, você – nós: co-participes no educar.** 1994. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) - Curso de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

MAFFESOLI, Michel. **A conquista do presente.** Tradução de Márcia C. de Sá Cavalcante. Rio de Janeiro: Rocco, 1984.

MALDONADO, Maria Tereza P. **Maternidade e paternidade**: assistência no consultório e no hospital. Petrópolis: Vozes, v. I e II, 1990.

MALDONADO, Maria Tereza P. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 1984.

MARCOLINI, Túlio Tadeu. Amamentação. In: MONTGOMERY, M. (ORG) et al. **Tocoginecologia psicossomática**. São Paulo: Almed, 1993. p. 83-88. 234 p.

MARTINS, Joel; BICUDO, Maria A. V. **A pesquisa qualitativa em psicologia**: fundamentos e recursos básicos. 2. ed. São Paulo: Moraes, 1994.

MELEIS, Afaf Ibrahim. Theory: who needs it...What is it? In: **Theoretical nursing: development and progress**. Philadelphia: Lippincott, 1991. p. 9-22.

MERIGHI, Miriam Aparecida B. Reflexão sobre a qualidade da assistência de enfermagem a mulher no período gravídico puerperal. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.6, n. 1, p. 253-258, jun. 1998.

MILLIET, Silvia Pinheiro Machado. Panorama psicológico do puerpério. In: MONTGOMERY, M. (ORG) et al. **Tocoginecologia psicossomática**. São Paulo: Almed, 1993. p. 75-82. 234 p.

MONTGOMERY, Malcolm, NORONHA, Décio Teixeira. A parentalidade – ser pai / ser mãe hoje. In NORONHA, Décio Teixeira et al. **Tocoginecologia psicossomática**. São Paulo: Almed, 1993. p. 107-115. 234 p.

MONSON, M. R. R. et. al. **Revisão e avaliação das ações nacionais para a implementação do código de comercialização dos substitutos do leite materno**. Brasília: Gráfica Modelo, 1991.

NETO, L. F. de et al. Grupo de mulheres no climatério: uma proposta auxiliar na terapêutica. **Revista Feminina**. Rio de Janeiro: FEBRASCO, v. 18, n.2, p. 151-153, fev. 1990.

NEWMAN, Jack. **Amamentação e culpa**. Disponível em: <http://.aleitamento.org.br/guilt.htm>> Acesso em setembro 2000.

NITSCHKE, Rosane Gonçalves. **Mundo imaginal do ser família saudável**: a descoberta dos laços de afeto como caminho numa viagem no cotidiano em tempos pós-modernos. Pelotas: Editora Universitária, 1999.

NORONHA, Décio Teixeira. Depressão pós-parto. In NORONHA, Décio Teixeira et al. **Tocoginecologia psicossomática**. São Paulo: Almed, 1993. p. 89-103. 234 p.

NORONHA, Décio Teixeira, MONTGOMEY, Malcolm. Psicossomática gestacional. In: NORONHA, Décio Teixeira et al. **Tocoginecologia psicossomática**. São Paulo: Almed, 1993. p. 14-24. 234 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA. OMS/UNICEF. **Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno**: o papel especial dos serviços materno-infantis. Genebra, 1989. 32p.

OSIS, Maria José M. Duarte et al. **Fatores emocionais associados à amamentação exclusiva em mulheres trabalhadoras**. Disponível em <<http://aleitamento.org.br/fatoressoc.htm>> Acesso em setembro 2000.

PAIVA, V. **Evas, Marias, Lilites**: as voltas do feminismo. São Paulo: Brasiliense, 1992.

PEREIRA, Celeste dos Santos. **Amamentação: desejo ou sina**. Ensinando e aprendendo com mulheres. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

PARKER, Rozsika. **A mãe dividida**: a experiência da ambivalência na maternidade. Tradução de Alice e Doralice Xavier de Lima. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997.

PODLUBNY, Mirim. Ilustrações. In: MALDONADO, Maria Tereza. **Histórias da vida inteira**: um guia para reflexão e trabalho de evolução pessoal para gente de todas as idades. São Paulo: Saraiva, 1994.

PRYOR, K. W. **A arte de amamentar**. São Paulo: Sumus, 1981.

QUEIRÓS, Ana Beatriz de Azevedo. **Gestação, maternidade, parto e prática educativa**: representações sociais no puerpério. 1996. 147 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

RAMOS, Flávia R. S. et al. **Para pensar o cotidiano**: educação em saúde e a práxis da enfermagem. Florianópolis: Editora da UFSC, 1999. 163 p. (Série Enfermagem).

REGO, José Dias. **Aleitamento materno**. São Paulo: Atheneu, 2001.

REICH, Wilhelm. **Análise do caráter**. Tradução de Maria Lizete Branco e Maria Manoela Pecegueiro. São Paulo: Martins Fontes, 1989. p. 475.

RODRIGUES, Avelino Luiz, RIECHELMANN, José Carlos. Medicina sócio-psicossomática. NORONHA, Décio Teixeira et al. **Tocoginecologia psicossomática**. São Paulo: Almed, 1993. p. 01-13. 234 p.

RZEZINSKI, Paulo da Costa. Gestação como evento familiar e comunitário. In: ZUBAIG, Marcelo et al. **Obstetrícia psicossomática**. São Paulo: Atheneu, 1997.

SAUPE, Rosita (Organizadora). **Educação em enfermagem**: da realidade construída à possibilidade em construção. Florianópolis: Editora da UFSC, 1998. 306 p. (Série Enfermagem – REPENSUL).

SCHMITZ, Egídio F. **O homem e sua educação**: fundamentos de filosofia da educação. Porto Alegre: Sagra, 1984. 200 p.

SILVA, Juremir Machado da. **Anjos da perdição**. Porto Alegre: Sulina, 1990. p. 243-295.

SILVA, Izilia A. **Amamentação**: uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios. São Paulo: Robe Editora, 1997.

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

SHORT, Roger. **Amamentação, fertilidade e crescimento populacional**. Disponível em <<http://aleitamento.org.br/docum1.htm>>- Acesso em setembro 2000.

SOIFER, Raquel. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. Tradução de Ilka Vale de Carvalho. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1986.

TRENTINI, Mercedes, PAIM, Lygia. **Pesquisa em enfermagem**: uma modalidade convergente – assistencial. Florianópolis: Editora da UFSC, 1999. 162 p.

UNICEF. **Situação mundial da infância**. Brasília, 1998.

VENÂNCIO, Renato Brito. In: PRIORI, Meri Del (org). **História das mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, 1997. p. 189-222.

VINHA, Vera H. P. **Amamentação materna**: incentivos e cuidados. São Paulo: Sararci, 1983.

VINHA, Vera H. P. SCOCHI, Carmem G. S. Aleitamento materno – evolução histórica. **Feminina**. São Paulo, v. 17, n.10, 1989. p. 819-823.

WABA. **Amamentação** – responsabilidade de todos. 1996. Disponível em <<http://aleitamento.org.br/folder96.htm>>- Acesso em setembro 2000.

WEISS, Elfy Margrit G. **Educação e saúde no pré-escolar centrada na corporeidade**: enfoque histórico-cultural e sócio-genético. 1999. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Curso de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota. **Vivenciando o processo educativo em enfermagem com gestações de alto risco e seus acompanhantes**. 1998. 179 p. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

ZIEGEL, E., CRANLEY, M. **Enfermagem Obstétrica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1985.

ANEXOS

ANEXO 1

Filosofia da Maternidade do HU

Na Maternidade do IFU/UFSC acredita-se que:

- em se prestando assistência, se ensina;
- é direito de toda mulher - recém nascido (RN) - família, no processo de gravidez, parto e puerpério, receber atendimento personalizado que garanta uma assistência adequada, segundo Carter, nos aspectos biológicos, sociais, psicológicos e espirituais;
- a atenção à saúde da mãe, RN e família, na gravidez, parto e puerpério, se considera a importância do papel do pai, sua presença e participação;
- o sistema de alojamento conjunto facilita a criação e aprofundamento de laços mãe-RN-Família, favorecendo a vinculação afetiva, a compreensão do processo de crescimento e desenvolvimento, a participação ativa e a educação para a saúde dos elementos mencionados;
- a equipe interdisciplinar que presta assistência à mulher-RN-família deve atuar de forma integrada, visando um atendimento adequado, segundo Carter;
- as atividades de ensino, pesquisa e extensão realizadas pela equipe interdisciplinar ligadas à saúde da mulher-RN-família, devem refletir atitudes de respeito ao ser humano e reverter em benefício de uma melhor assistência;
- a equipe deve exercer papel atuante na educação mulher/acompanhante e grupo familiar, com vistas ao preparo e adaptação ao aleitamento materno, desenvolvimento da confiança e capacidade de cuidar do filho, execução de cuidados básicos de saúde e planejamento familiar;
- todo pessoal deve ter qualificação da assistência a que tem direito a mãe, o RN e a família;
- a parturiente não deixará de ser assistida por quaisquer problemas burocráticos. Ou as rotinas terão flexibilidade suficiente para toda e qualquer exceção, ou serão adaptadas após a geração do fato;
- o desenvolvimento de atividades será de forma integrada quanto às unidades que operam na maternidade, ou com ela se relacionem;
- a mulher deve permanecer internada o tempo suficiente para que sejam atendidas suas necessidades assistenciais e de educação em saúde.

Outubro de 1995.

ANEXO 2

TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto de Pesquisa Convergente Assistencial Amamentação, conflito e harmonia no espaço interativo enfermeira, puérpera e sua família.

Explicação do problema- Nos últimos 30 anos, dado ao grande número de mortes em crianças, principalmente em menores de 1 ano de idade nos países pobres, a sociedade, autoridades e organizações governamentais e não-governamentais vêm trabalhando no sentido de resgatar a prática da amamentação exclusiva até o 6º mês de vida, pois inúmeros estudos apontam para a eficácia deste ato para a redução do ciclo desnutrição-doença-morte. Apesar de sabermos que o leite materno tem muitas qualidades nutricionais e traz inúmeros benefícios para a mãe e a criança, ainda são muitas as mulheres que, mesmo iniciando a amamentação, acabam por desmamar precocemente. Acreditamos que isto ocorra por falta de apoio e educação adequada à esta mulher/família que traz consigo toda uma gama de valores e crenças, muitas vezes desconsideradas no processo educativo para o amamentar. Se por um lado, a falta ou inadequação de respostas às estas dúvidas e conflitos levam muitas mulheres/famílias a manifestarem o desejo de não querer ou não poder amamentar seu(ua) filho(a), por outro lado, o pensamento dominante sobre o valor nutritivo, afetivo e de defesa do leite humano para a criança, faz com que muitos profissionais e até mesmo pessoas da sociedade “condenem” as mulheres que não conseguem manter o processo, impedindo que estas expressem seus verdadeiros sentimentos em relação ao que estão vivendo. Compreendendo que o amamentar nos dias atuais, nem sempre se processa harmonicamente, buscamos, através desta prática assistencial e pesquisa, algumas respostas que possam nos ajudar no direcionamento de uma assistência de melhor qualidade e mais próxima da realidade de quem a vivencia- a mulher/família no contexto social. Você é nossa convidada a participar desta proposta e ajudar-nos a encontrar algumas respostas.

Objetivo da proposta- Trocar experiências e conhecimentos relativos a amamentação, auxiliando você e sua família nas dificuldades que possam surgir no decorrer da mesma, em comum acordo de interesses. Contribuir, a partir da análise das informações obtidas nos encontros, para a compreensão do processo de amamentação e, desta forma, melhorar o cuidado à mulher e a família no amamentar.

Procedimentos- Se você aceitar participar desta proposta de prática assistencial e de pesquisa, conversaremos a respeito da amamentação na sua história de vida e na história de sua família (como você viveu esta experiência em gestações anteriores e a vive no momento, quais foram ou são as dificuldades e facilidades que a fizeram ou a fazem manter ou não esta prática, o que você sentiu e sente ao amamentar, o que você gostaria de saber a respeito da mesma). Cabe mencionar que o seu desejo de manter ou abandonar a amamentação será respeitado, ou seja, você não será obrigada a manter a amamentação se não o desejar somente porque aceitou participar desta proposta. Todas as informações que decorram dos nossos encontros serão estritamente confidenciais e você não precisará

responder a nenhuma pergunta que não deseje. Para que o processo se desenvolva desta forma, acredito que precisaremos nos encontrar algumas vezes, inicialmente na própria maternidade e posteriormente em sua casa ou outro local que você desejar.

Risco e/ou desconfortos previsíveis- A participação neste estudo não está associada a nenhum risco para a sua saúde e/ou de seu(ua) filho(a). No entanto você precisará dispor de algum tempo para os encontros e conversa com a enfermeira.

Benefícios para os participantes- Ao participar desta prática e pesquisa você terá como benefício imediato a resposta às dúvidas relativas a amamentação e o auxílio que estiver ao nosso alcance ou ao alcance da instituição, para resolver as dificuldades que possam advir do processo. Além disto, você estará ajudando a obter informações que serão importantes para a melhoria da qualidade de assistência prestada a mulher/família que utiliza os serviços da instituição de saúde que você internou para ter o seu(ua) filho(a).

Confiabilidade- Todas as informações que você fornecer durante os encontros serão estritamente confidenciais. Você não será identificado em nenhuma apresentação dos resultados desta prática e pesquisa. Antes de assinar este documento, você deve esclarecer com a enfermeira pesquisadora qualquer dúvida que você tenha em relação a proposta.

Conseqüências da decisão de não participar ou abandonar a proposta: A sua participação nesta proposta é voluntária e a recusa em participar não levará a nenhuma mudança em seu tratamento. Você poderá ainda, desistir de participar da proposta em qualquer momento do desenvolvimento da mesma, se for de seu desejo.

Esclarecimento de dúvidas- Se você desejar conversar com alguém sobre esta proposta por achar que não foi tratada adequadamente, por se sentir prejudicada por estar participando da mesma, poderá contatar a professora responsável pela orientação da enfermeira pesquisadora:

➤ Dr^a Denise M. Guerreiro Vieira da Silva - Fone:232 88 80

Eu, _____,
de acordo com as termos descritos neste documento e esclarecimentos feitos pela
enfermeira/pesquisadora, aceito participar desta proposta.

Assinatura da participante

ANEXO 3

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
COMISSÃO DE ÉTICA DA ENFERMAGEM

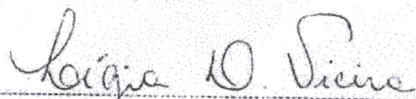
Florianópolis, 25 de maio de 2001.

DECLARAÇÃO

A Comissão de Ética da Enfermagem do HU/UFSC, declara que o projeto "A EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA O PROCESSO DE AMAMENTAÇÃO: UM ESPAÇO PARA EXPRESSÃO DOS CONFLITOS MATERNO" de autoria da enfermeira Maria de Lourdes Campos Hames, não contém nada que infrinja o Código de Ética ou as Leis do Exercício da Profissão de Enfermagem.

Obs: Solicitamos entrega do Relatório Final deste Projeto à Comissão de Ética de Enfermagem do HU/UFSC.

Atenciosamente.



Coordenadora da Comissão de Ética
da Enfermagem do HU/UFSC.

Ligia Dutra Vieira
Enfermeira
COREN-SC 47726

ANEXO 4

QUESTÕES NORTEADORAS DA INTERAÇÃO ENFERMEIRA- PUÉRPERA/FAMÍLIA PARA A EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO PROCESSO DE AMAMENTAÇÃO, ENQUANTO ESPAÇO PARA EXPRESSÃO DOS CONFLITOS MATERNS

1 – Dimensão biológica da amamentação:

- Conhecimento do valor nutritivo e imunológico do leite materno
- Conhecimento das alterações mamárias da gestação e puerpério
- Existência de impedimentos físicos temporários para o desenvolvimento da amamentação
- Existência de alterações físicas que impeçam a amamentação
- Necessidade de intervenção profissional

2 – Dimensão social da amamentação:

- Presença de acompanhante na internação
- História pessoal da amamentação
- História familiar da amamentação
- Apoio familiar para a amamentação
- Percepção referida do processo de amamentação antes, durante e após os encontros.

3 – Dimensão psíquica da amamentação:

- Conhecimento da dinâmica de interação mãe/RN.
- Conhecimento do potencial afetivo do processo de amamentação.
- Expressão verbal de conflitos
- Observação de conflitos não verbalizados
- Conhecimento da existência do conflito como um processo fisiológico do ser mãe e amamentar
- Aspecto estético e sexual da mama

ANEXO 5

Dados de identificação da puérpera

Nome:		Pseudônimo:	
Nº de registro:		Idade:	
Raça:	Profissão:		
Estado Civil:		Fone:	
Rua:			
Nº	Bairro:		
Complemento:		CEP:	
Informações ginecológicas e obstétricas			
Gesta	Para	Aborto	Anomalia
Cirurgia Ginecológicas			
Tipo de parto		Data e hora do parto	
Sexo do RN		Inserção na família	
Outras observações			

ANEXO 6

FORMULÁRIO PARA REGISTRO DOS DADOS

Data: ___/___/_____	Hora: _____
Pseudônimo:	
Informações	Códigos
NE	
NO	
NT	
NM	
NC	
ND	