

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL – UFSC / UFPR**

**O PROCESSO DE ALEITAMENTO MATERNO  
NA PERSPECTIVA DO CUIDADO  
CULTURAL DE ENFERMAGEM**

**LILIAN MARA CONSOLIN POLI**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.**

**Área de Concentração: Assistência de Enfermagem**

**ORIENTADORA:**

**PROFA. DRA. IVETE PALMIRA SANSON ZAGONEL**

**Curitiba**

**Agosto/2000**

## FICHA CATALOGRÁFICA

**Catálogo da publicação elaborada pela da Biblioteca  
Central do Centro de Estudos Superiores de Londrina.**

P 823p Poli, Lilian Mara Consolin

O processo de aleitamento materno na perspectiva do cuidado cultural de enfermagem. Lilian Mara Consolin Poli, -- Florianópolis: UFSC, 2000.  
193p; 30 cm

Dissertação - Mestrado em Enfermagem - Universidade Federal de Santa Catarina.

1. Aleitamento materno - Processo.
  2. Aleitamento materno - Aspectos históricos
  3. Aleitamento materno - Cultura familiar
  4. Madeleine M. Leininger - Teoria Cultural do Cuidado.
- I. Zagonel, Ivete Palmira Sanson - Orientadora  
II. Título

CDD 19.ed. -649.3

**CURITIBA, 10 DE AGOSTO DE 2000**

**O PROCESSO DE ALEITAMENTO MATERNO NA PERSPECTIVA  
DO CUIDADO CULTURAL DE ENFERMAGEM**

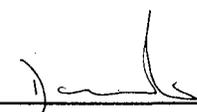
**LILIAN MARA CONSOLIN POLI**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de:

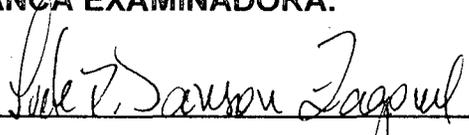
**MESTRE EM ENFERMAGEM**

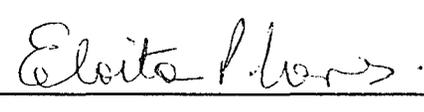
E **APROVADA** na sua versão final em 10 de agosto de 2000, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

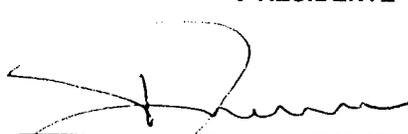
Área de Concentração: Assistência de Enfermagem.

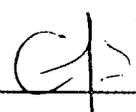
  
\_\_\_\_\_  
**PROFª. DRª. DENISE E. PIRES DE PIRES**  
**COORDENADORA DO PROGRAMA**

**BANCA EXAMINADORA:**

  
\_\_\_\_\_  
**PROFª. DRª. IVETE P. SANSON ZAGONEL**  
**PRESIDENTE**

  
\_\_\_\_\_  
**PROFª. DRª. ELOITA PEREIRA NEVES**  
**MEMBRO**

  
\_\_\_\_\_  
**PROFª. DRª. TAMARA CIANCIARRULLO**  
**MEMBRO**

  
\_\_\_\_\_  
**PROFª. Dda. EVANGUELIA K. A. DOS SANTOS**  
**MEMBRO**

## *Dedico*

*A Deus,  
pela presença constante ao meu lado.*

*A Milton,  
meu pai, pelo seu amor, pelos seus ensinamentos  
e por sua dedicação enquanto viveu.*

*A Eugenia, minha mãe,  
companheira, amiga, por me ensinar a viver, amar e pelo  
seu apoio e compreensão nos momentos difíceis. Mulher de "peito".*

*A Marcelo, meu amor,  
companheiro e amigo, pelo amor enamorado e maduro que nos une, pela  
dedicação, pelo estímulo e presença constantes neste caminhar.*

*A minhas irmãs Ednéia e Deize  
pelo apoio, carinho e encorajamento constantes,  
e por compartilharem comigo a aprendizagem da caminhada da vida.*

*A meus sobrinhos Bruno, Karina, Henrique,  
Daniela, Fernanda e Rodolfo,  
pela amizade sincera e pelo olhar carinhoso.*

*Aos informantes deste estudo,  
mães, pais, sogras, irmãs, pela oportunidade  
de partilhar suas experiências e acreditar neste trabalho.*

## *Agradeço*

*À UFSC e UFPR, funcionários e Professores  
por estimular os questionamentos, a curiosidade.*

*À Professora Dr<sup>a</sup> Ivete Palmira Sanson Zagonel,  
mestre e amiga, que me apoiou nesta caminhada nos momentos de certeza,  
dúvidas e cansaço. Obrigada por estimular a minha imaginação, o meu  
sonho e desenvolver em mim a coragem de agir.*

*Aos Professores membros da Banca Examinadora  
o incentivo, as idéias e conhecimentos transmitidos.*

*Aos meus colegas de Mestrado  
os bons momentos que passamos juntos e o aprendizado.*

*Às amigas Alda, Andréa e Regina,  
companheiras nesta trajetória. Obrigada pela ajuda e amizade  
demonstradas nestes dois anos de convivência do Mestrado. Grandes  
incentivadoras.*

*A Dirce e Elza,  
amigas que acompanharam o meu caminhar, oferecendo sempre sua  
solidariedade.*

*À Direção do Cesulon  
o apoio nesta jornada e a oportunidade do meu aperfeiçoamento profissional.*

*À Mauren,  
amiga e colega do Departamento de Enfermagem com quem venho  
trabalhando e compartilhando valiosas experiências.*

*Ao Departamento de Enfermagem do Cesulon  
o saber compartilhado, o incentivo.*

*Aos alunos do curso de Enfermagem do Cesulon  
o carinho que demonstraram pelo meu trabalho e por compartilharem suas  
experiências de vida.*

*Às professoras Damares e Elaine  
o contínuo ensinamento e a sua luta pela qualificação profissional dos  
professores do nosso departamento.*

*A Leo, Conceição e Ercília (funcionárias do Cesulon)  
o apoio administrativo conferido em todos os momentos.*

*À Secretaria Municipal de Saúde de Londrina  
por ter permitido a realização desta pesquisa.*

*Aos enfermeiros da Secretaria Municipal de Saúde de Londrina  
o estímulo certo nas horas certas.*

*Aos funcionários da Unidade Básica de Saúde Piza  
o incentivo, o carinho, o compartilhamento das angústias, o aprendizado de  
vida, o apoio.*

*Aos integrantes do CALMA – Comitê de Estimulo ao Aleitamento  
Materno de Londrina,  
“amigos do peito”, o aprendizado sobre aleitamento materno e por estarem  
ao meu lado nos momentos de dúvidas, reflexões*

*Aos amigos  
por compartilharem ansiedades, esperanças, alegrias.*

*À Ana Rosa  
o seu profissionalismo na revisão deste trabalho.*

*À Edna  
o rigor na estética deste trabalho e a sua dedicação.*

POLI, Lilian M. C. **O processo de aleitamento materno na perspectiva do cuidado cultural de enfermagem**. Curitiba, 2000. 193p. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina/Universidade Federal do Paraná.

## RESUMO

O processo de aleitamento materno vivenciado pelo ser mulher é um ato que envolve não apenas a vontade, o desejo e a tomada de decisão da mulher em amamentar. Envolve também, revisão de seus papéis sociais, assim como o equilíbrio da relação familiar. A cultura familiar está presente no processo de aleitamento materno, ocorrendo transferência de conhecimentos entre a família e o ser mulher que amamenta. Compreender o processo do aleitamento materno vivenciado pelo ser mulher que amamenta inserida na cultura familiar, através do cuidado cultural proposto por LEININGER (1995), é o que se propõe neste trabalho e, a partir desta compreensão, delinear estratégias de cuidado que privilegiem este ser. O referencial teórico que sustenta a dissertação baseia-se nas idéias de LEININGER (1985, 1991, 1995) cujos pressupostos de cuidado cultural estão adaptados ao contexto da pesquisa. O referencial metodológico deste estudo é alicerçado em LEININGER (1985a, 1991c) na modalidade de pesquisa qualitativa, utilizando os passos metodológicos preconizados pela teórica. Para a apreensão dos depoimentos, foi utilizada uma entrevista semi-estruturada, aplicada em dois momentos distintos e realizada com 12 mulheres que amamentavam e com o familiar que as ajudava neste processo, chamado neste trabalho de *familiar/significante*. Ao mesmo tempo que se apreendia o significado da vivência do aleitamento materno, provia-se o cuidado cultural procurando implementar os três modos de ações de cuidado propostos por LEININGER(1991c). Durante as entrevistas, desenvolvia-se a percepção para detectar o que podia ser mantido, acomodado ou remodelado a partir da experiência relatada pelo ser mulher e seu *familiar/significante*. Os depoimentos foram gravados e transcritos na íntegra. Somente então, iniciou-se o processo de análise dos dados coletados. Da análise dos depoimentos emergiram três temáticas: o *familiar/significante* no convívio com a mulher que amamenta; a mulher que amamenta inserida no contexto familiar cultural e o profissional/instituição de saúde participe no processo de amamentação sob a ótica da ser mulher que amamenta e seu *familiar/significante*. Foi possível apreender que cada família tem uma história de vida, que se constrói e se perpetua ao longo do tempo, constituindo-se a base dos ensinamentos, das crenças e dos valores repassados aos seus membros. O profissional/instituição de saúde deve considerar o contexto cultural familiar do ser mulher que amamenta para prover o cuidado cultural, como também preparar o *familiar/significante* para participar do processo de aleitamento materno e, assim, possibilitar uma maior oportunidade para que este processo seja prazeroso e eficaz. As Unidades Básicas de Saúde devem se instrumentalizar para se tornarem um serviço culturalmente sensível e, para tal, sugere-se a instituição da "Unidade Básica de Saúde Amiga da Criança" (POLI, 1996), com apoio dos governos federal, estadual e municipal.

POLI, Lilian M. C. **The breast-feeding process from the perspective of the nursing cultural care.** Curitiba, 2000. 193p. Dissertation (Master Degree in Nursing Care). Federal University of Santa Catarina/Federal University of Parana.

## ABSTRACT

The breast-feeding process experienced by a woman is an action that involves not only her will, her desire and decision-making to breast-feed her baby. It also includes a revision both of her social roles and family relationship balance. The family culture plays a role in the breast-feeding process and an exchange of knowledge between the family and the woman takes place. The purpose of this work is to discover and understand the breast-feeding process experienced by the woman in the context of her family culture by means of the culture care proposed by LEININGER (1995) and, accordingly, to design care strategies to help this woman. This study is based on LEININGER's ideas (1985, 1991, 1995) whose presuppositions of culture care are adapted to the context of this research. The methodology references used in this study are based on LEININGER (1985a, 1991c) by means of a qualitative research and following the methodological steps proposed by the theorist. The data was obtained by means of a semi-structured interview that took place in two different moments with 12 women who were breast-feeding their babies and with the relative who was assisting them in this process, called in this work *relative/significant*. As the meaning of the breast-feeding experience was apprehended, the cultural care was provided and the three types of care actions proposed by LEININGER (1991c) were implemented. During the interviews, as the woman or her relative reported their experiences, the actions that could be maintained, adapted or modified were observed. The interviews were recorded and transcribed in full. Afterwards, the data analysis process was initiated. From the analysis of the data three themes emerged: the *relative/significant* and his relationship with the woman in breast-feeding process; the woman in breast-feeding process within the family cultural context and; the professional/health institution participating in the breast-feeding process viewed both from the angle of the woman in breast-feeding process and of her *relative/significant*. It was possible to understand that each family has its own life history which is built and lasts throughout the times and that constitutes the basis of the knowledge, beliefs and values transmitted to its members. The professional/health institution has to consider the family cultural context of the woman in breast-feeding process to provide her with the culture care and also to orient *relative/significant* to participate in the breast-feeding process so as to make it pleasant and effective. The Health Basic Units have to be organized to become a culture-based service and, to do so, it is suggested the implantation of the "Unidade Básica de Saúde Amiga da Criança" ("Children's primary health care unit") (POLI, 1996) counting on federal, state and municipal support.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUZINDO O TEMA .....</b>	<b>1</b>
<b>2 A TRAJETÓRIA PERCORRIDA .....</b>	<b>6</b>
<b>3 AS MOTIVAÇÕES DO ESTUDO: DELINEANDO OS OBJETIVOS .....</b>	<b>10</b>
3.1 A Questão Norteadora .....	10
3.2 Objetivos .....	11
3.3 Pressupostos .....	12
<b>4 O EMERGIR DA TEMÁTICA PELO DESVELAR DA LITERATURA .....</b>	<b>13</b>
4.1 Aspectos Históricos que Demarcaram a Prática do Aleitamento Materno no Brasil .....	13
4.2 A Prática do Aleitamento Materno: a Cultura Familiar na Transferência de Conhecimentos .....	25

4.3 O Aleitamento Materno sob o Olhar do Cuidado de Enfermagem .....	31
<b>5 EXPLICITANDO O CUIDADO DE LEININGER ENQUANTO REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>40</b>
5.1 Revisitando as Idéias de Leininger: Embasamento Teórico .....	40
5.2 A construção dos Conceitos .....	50
<b>6 PROPONDO A ABORDAGEM METODOLÓGICA .....</b>	<b>63</b>
6.1 A Opção pelo Caminho da Pesquisa .....	63
6.2 Local e Contexto da Pesquisa .....	69
6.3 Os Informantes da Pesquisa .....	71
6.4 A Apreensão dos Discursos .....	73
6.5 A Ética Permeando a Pesquisa .....	80
<b>7 EFETIVANDO A ANÁLISE DO APREENDIDO .....</b>	<b>84</b>
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>169</b>
<b>9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>178</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>186</b>

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- AM:** Aleitamento materno
- IBGE:** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IBFAN:** Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar – International Baby Food Action Network
- INAN:** Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
- HU:** Hospital Universitário
- OMS:** Organização Mundial de Saúde
- PNIAN:** Programa Nacional de incentivo ao aleitamento materno
- UBS:** Unidade Básica de Saúde
- UNICEF:** Fundo da Nações Unidas para a Infância
- WABA:** Aliança Mundial para Ação em Aleitamento materno - Word Alliance for Breastfeeding action

## 1 INTRODUZINDO O TEMA

*O homem não nasce em a natureza; nasce em alguém;  
é gestado no útero materno e, pela mãe, é recebido nos  
braços da cultura; alimentado não simplesmente de  
algo, mas de alguém. É essa imediatez mãe-filho é  
vivida sempre como cultura-povo.*

(CF. DUSSEL APUD MARQUES , 1995, p.37)

Os coeficientes elevados de morbi-mortalidade do grupo materno-infantil vêm mostrando, nos últimos anos, que apesar dos avanços científicos e tecnológicos, o Brasil continua a apresentar dificuldades importantes nas condições de saúde deste grupo populacional. Essas dificuldades não se situam apenas nas precárias condições de vida da população, mas também, e principalmente, na assistência à saúde prestada ao grupo materno-infantil, assim como nas práticas de saúde não incorporadas por este mesmo grupo.

Reconhece-se que a prática do aleitamento materno tem colaborado para a diminuição da morbi-mortalidade infantil. Grandes campanhas em prol do aleitamento materno têm sido realizadas, porém percebe-se que ainda são insuficientes para que esta prática seja efetivamente incorporada aos hábitos e comportamentos de todas as mulheres. É atribuída à mãe, muitas vezes, a responsabilidade pelo sucesso ou não da amamentação. A explicação dada pelo ser mulher que amamenta por não conseguir amamentar é referente aos determinantes

biológicos como *tive pouco leite, meu leite não sustentava meu filho* ou *meu filho não quis mais mamar no peito*.

A prática do aleitamento materno tem sido objeto de estudo por vários autores. Entre eles, MARCON (1996) citando Bissani et al.; Goldemberg; Martins Filho e Sichieri, revelam que, na maioria das vezes, 50% das crianças, aos três meses, já foram desmamadas, e que somente 20% delas chegam aos seis meses com aleitamento materno.

A Pesquisa Nacional de Saúde, realizada pelo INAN/IBGE em 1989, revela que 97% das mulheres brasileiras iniciam a amamentação, porém, apenas com três meses de idade, 43% das crianças já foram parcialmente desmamadas (DADOS..., 2000). A referida pesquisa demonstra que o desmame é intenso e ocorre de forma muito precoce.

Os dados acima são confirmados pela pesquisa realizada por POLI et al. (1997), na cidade de Londrina, abrangendo 702 mulheres que compareceram à 2ª fase da Campanha Nacional de Multivacinação. Neste estudo, o índice encontrado em 34% das crianças que foram desmamadas no primeiro mês de vida evidencia a importância de se analisar os fatores que têm levado ao desmame precoce.

Tais constatações comprovam que, apesar da grande maioria das mulheres iniciar a amamentação, poucas a realizam conforme recomenda o Ministério da Saúde, ou seja, de alimentar a criança exclusivamente com leite materno durante os seis primeiros meses de vida. Após esse período, o Ministério da Saúde recomenda a introdução de outros alimentos, além do leite materno, até os dois anos de vida da criança (BRASIL, 1997). Considera-se desmame precoce a introdução de qualquer alimento na dieta da criança, além do leite materno, antes do quarto mês de idade (PONTES, 1994).

O ato de amamentar envolve a tomada de decisão da mulher, da vontade, do desejo de amamentar, momento este que envolve a revisão de seus vários papéis sociais, coloca em movimento a integralidade de ser mulher, estabelecendo modificações importantes em seu viver. Entendo, portanto, que o processo de aleitamento materno não é somente um ato biológico. A mulher que amamenta, ao rever seu modo de ser, está identificando e estabelecendo parâmetros para avaliar

sua tomada de decisão. Este aspecto contribui para lhe dar segurança no processo de amamentação.

O processo de aleitamento materno não envolve apenas o ser mulher que amamenta o seu filho, mas está atrelado a uma sociedade em que, muitas vezes, se perpetuam práticas de saúde ineficazes. Assim, REA (1989, p.276) argumenta que:

*Importante é frisarmos que a sociedade não tem se aparelhado para favorecer à mulher o exercício da amamentação. Pelo contrário, ao mesmo tempo que a culpabiliza por não amamentar, interfere bruscamente sobre o parto com procedimentos cirúrgicos ou medicamentos; cria estruturas hospitalares antiaproximação mãe-bebê; não cria ou não respeita leis trabalhistas para o amparo à maternidade; libera as companhias produtoras de substitutos do leite materno de qualquer compromisso ético quanto à propaganda de seus produtos; e, a nível de ambulatório de saúde, não capacita seus profissionais para darem o apoio e terem conhecimentos necessários para aconselhar a mãe que amamenta.*

Esses aspectos apontados pela autora, criam relações interpessoais de desrespeito, falta de sensibilidade, as quais contribuem para o desmame precoce, carregando consigo o prejuízo ao crescimento e desenvolvimento do bebê. Percebe-se, através de alguns estudos como o de THOMSON (1978); REA & CUKIER (1988); BOEHS et al. (1997) e de POLI et al. (1997), que o desmame precoce tem sido analisado no sentido de desvendar o fenômeno da amamentação, assim como as causas que levam a mulher a praticá-lo.

A pesquisa de SILVA (1997) aponta que a mulher que amamenta passa por um processo avaliativo e estimativo, pesando riscos e benefícios. Por outro lado, a prática do aleitamento materno está associada a representações sociais, as quais são abrangentes e estão vinculadas, como estabelece ARAÚJO (1997, p.211), ... à *vivência cultural, à ideologia, ao estrato social de cada mulher.*

ALMEIDA & GOMES (1998, p.75) apontam que *a amamentação deve ser*

*vista como uma categoria híbrida, que se constrói a partir de características, atributos e propriedades definidas tanto pela natureza como pela cultura.* Enfatizam, ainda, que o aleitamento materno deve ser tratado como resultante de fenômenos regidos pelas leis da ciência e dos homens, simultaneamente. No meu entender, a amamentação assume diferentes práticas, comportamentos e significados entre as várias culturas, determinados conforme as épocas e os costumes.

Vários fatores influenciam a prática do aleitamento materno como a história familiar e o estado emocional do ser mulher que amamenta, assim como o apoio dos serviços de saúde, do trabalho, da comunidade, da mídia e “da família”. A mulher que amamenta necessita de um espaço para expor seus medos, temores, prazeres, dúvidas, para conseguir equilíbrio que possibilite a amamentação. Percebe-se que o desmame precoce tem ocorrido mesmo em mulheres com acesso à informação. Quando há dificuldades no processo de aleitamento materno, é muito comum supor que seja por uma incapacidade da mulher que amamenta. Na minha visão, a prática do aleitamento materno deve ser aprendida e apoiada.

O papel da família nesse processo tem sido, muitas vezes, influente ou determinante na tomada de decisão do ser mulher em como alimentar seu filho. A família fornece orientações à mãe sobre a melhor prática alimentar a ser implementada com a criança. Cada família tem uma história de vida, que vai sendo construída e perpetuada ao longo do tempo, constituindo-se a base dos ensinamentos, crenças e valores repassados a seus membros. Dessa forma, cada família e cultura tem suas próprias orientações sobre a prática do aleitamento materno e/ou alimentação da criança.

Quando nasce uma criança, os parentes desempenham alguns papéis com o intuito de ajudar a mulher e seu filho nessa fase delicada da vida. Essa relação ocorre, na sua grande maioria, automaticamente, e se torna, às vezes, uma obrigação em algumas famílias. Junto com essa ajuda, vêm também formas de cuidar específicas de cada família, que são influenciadas por culturas diferentes. Através desse cuidar, a família transmite as práticas e orientações que cada uma carrega, calcada em sua própria história de vida.

MONTICELLI (1997, p.19) enfatiza que *a enfermagem intervém no processo*

*do nascimento, e por consequência, no processo saúde-doença.* Portanto, necessita aprofundar não somente os aspectos clínicos dessa relação, mas também se aproximar mais da cultura das mulheres com as quais ela interage profissionalmente, para ampliar sua visão de mundo e seu papel social. Acredito que podemos correlacionar essa citação com a intervenção da enfermagem no processo de aleitamento materno e, além disso, considerar a cultura do ser mulher que amamenta, assim como do seu *familiar/significante*. O termo *familiar/significante* foi criado por mim para designar a pessoa da família, ou não, que fornece ao ser mulher que amamenta, ajuda e orientações com relação aos cuidados com o bebê.

Acreditando que a transferência de conhecimentos específicos da família com relação à prática do aleitamento materno influencia o ser mulher que amamenta, propõe-se, neste trabalho, identificar e compreender o processo do aleitamento materno, no contexto cultural familiar e, a partir desta compreensão, cuidar da mulher que amamenta e do *familiar/significante*.

Este trabalho pretende auxiliar o enfermeiro a interagir com a família no cuidar da mulher que amamenta, identificando aspectos culturais relacionados à amamentação, para que possa através da utilização da Teoria de Leininger manter, negociar ou reestruturar o cuidado quando necessário, a fim de proporcionar uma prática de aleitamento materno que seja eficaz e prazerosa. Desta forma, estaremos almejando, juntos o sucesso da prática da amamentação e, conseqüentemente, implementando o cuidado transcultural de forma a ampliar o conhecimento, a vivência e a troca de experiências a respeito do processo do aleitamento materno.

## 2 A TRAJETÓRIA PERCORRIDA

*Como nos ensinam as mais laicas entre as  
ciências humanas, é o outro, é seu olhar,  
que nos define e nos forma.*

**HUMBERTO ECO  
(APUD ECO & MARTINI, 1999)**

O presente trabalho foi motivado pela minha experiência profissional. A prática do aleitamento materno tem sido um dos meus objetos de estudo desde recém-formada. Meu primeiro emprego foi como supervisora de setor de uma Maternidade de Londrina. Já nessa época observava mães que conseguiam amamentar e outras que não conseguiam. Sentia insegurança ao orientar as puérperas na prática do aleitamento materno.

Após alguns anos, ingressei na carreira docente de uma faculdade particular, atuando na disciplina de Enfermagem Pediátrica. A partir daí, comecei a analisar com os alunos as causas das internações das crianças e muitas delas relacionávamos ao desmame precoce.

Em 1994, participei da implantação do Comitê de Aleitamento Materno (CALMA)<sup>1</sup> da Secretaria Municipal de Saúde de Londrina, na qualidade de

---

<sup>1</sup> O CALMA reúne mensalmente as instituições que trabalham com a prática do aleitamento materno, promovendo cursos de atualizações e organizando as Semanas Mundiais de Aleitamento Materno.

enfermeira da rede municipal de saúde, o que aumentou o meu interesse em descobrir como se dava o cuidado em relação à prática do aleitamento materno.

Algum tempo depois, participei da elaboração e implantação do Projeto “Unidade Básica de Saúde Amiga da Criança” (POLI, 1996), na Secretaria Municipal de Saúde de Londrina e, em 1997, fui preparada para uma nova abordagem do cuidar do ser mulher que amamenta no “Aconselhamento em amamentação: um curso de treinamento”, promovido pelo Ministério de Saúde e apoiado pela Organização Mundial de Saúde e Fundo das Nações Unidas para a Infância — UNICEF, que consistiu no treinamento de habilidades de aconselhamento do profissional de saúde para favorecer a relação interpessoal com o ser mulher que amamenta.

Tais atividades me levaram a uma análise mais aprofundada do processo do aleitamento materno.

Como docente e enfermeira coordenadora de uma Unidade Básica de Saúde, presto cuidado direto à gestante, à puérpera e à criança. Tal circunstância fez com que minha preocupação em relação à mulher que amamenta e sua família aumentasse, além de me fazer perceber que existem fatos importantes nessa relação. Decidi que precisava compreender melhor esse fenômeno para poder prestar um cuidado mais eficaz, que pudesse mudar a prática quando necessário e fornecer à mulher que deseja amamentar, condições para conseguir sucesso no processo de aleitamento materno.

Na minha visão, a atitude educativa do profissional enfermeiro em relação ao ser mulher que amamenta não tem revelado compromisso cultural, na grande maioria dos casos. As orientações dadas à mulher que amamenta, na maior parte das vezes, não consideram o saber e as práticas de aleitamento materno das famílias, assim como o contexto cultural em que estão inseridas.

Percebia que o nascimento de uma criança era um acontecimento marcante para a família cujos integrantes assumiam alguns papéis com o intuito de cuidar e ajudar a mulher e seu filho. Na grande maioria das vezes, esse cuidar ocorre de forma espontânea, ou seja, é o cuidado ao binômio mãe-filho realizado

pelo *familiar/significante*. Através desse cuidar, transmite as práticas e orientações que sua própria família carrega ao longo da sua história de vida.

Constato que esta reflexão precisava ser melhor analisada e fundamentada, sendo necessário retirar da prática o subsídio para novos caminhos, para novos paradigmas. A busca de novas alternativas e práticas de cuidar sempre me estimularam.

O Curso de Mestrado em Enfermagem me instrumentalizou para analisar as minhas convicções e esclarecer as dúvidas que emergem da prática profissional.

Tenho certeza que mudanças se fazem necessárias e acredito que, embasada nos conhecimentos teóricos, irei delinear uma proposta de cuidado mais humano, mais ético, mais educativo.

Após rigorosa observação do contexto cultural dos familiares que participam do processo de aleitamento materno (mães, avós, tias, maridos, companheiros e outros) durante estes anos de prática profissional, optei por trabalhar com o *familiar/significante* para o ser mulher que amamenta, considerando que, em nossa cultura, trata-se de pessoa influente e participativa do processo de aleitamento materno.

Proponho este trabalho com base na minha experiência de cuidar do ser mulher que amamenta, e inter-relacionando-o com o referencial teórico, para que possa confirmar e/ou redirecionar o cuidado transcultural ao ser mulher que amamenta, em que a cultura do profissional se aproxima da cultura do ser cuidado.

A "Teoria Cultural do Cuidado" tem sido criteriosamente construída e refinada nas três últimas décadas, com o objetivo de descobrir o fenômeno do cuidado transcultural de enfermagem sendo fundamentado ou originado por diversas culturas. É uma teoria que oferece meios para estudar os seres humanos e o cuidado cultural, podendo ser utilizada em qualquer cultura ou subcultura do mundo para desvelar as diferenças e similaridades do cuidado cultural de maneira sistemática e rigorosa (LEININGER, 1991c).

Adotei, neste trabalho, o termo “cuidado cultural” como sinônimo de “cuidado transcultural”, muitas vezes utilizado por Leininger.

Acredito que o enfermeiro tem a responsabilidade de analisar esse contexto tomando conhecimento, com o *familiar/significante*, das orientações específicas de sua família, para que possa realizar alguma mudança de conduta quando necessário. O enfermeiro precisa perceber e respeitar a heterogeneidade cultural do contexto onde atua; conhecendo, aprendendo e ensinando. Esse paradigma necessita ser aprimorado, ou talvez até reconstruído, para que o profissional possa estabelecer um efetivo processo interativo com o ser mulher que amamenta e seu *familiar/significante*. Desta forma, estará considerando o aleitamento materno não apenas como uma determinação biológica, mas também uma relação “profissional–cliente–*familiar/significante*”, em que cada pessoa envolvida pode relacionar-se com a outra de forma a intercambiar experiências.

Busco, por meio desta dissertação, uma análise e reflexão da prática de enfermagem, com a intenção de contribuir para a instrumentalização dos enfermeiros em suas ações cotidianas, em suas formas de cuidar do ser mulher que amamenta, e assim rever crenças, valores e conceitos que norteiam sua atividade profissional.

A identificação com as bases filosóficas da Teoria de Leininger surgiu durante meus estudos no curso de mestrado, especificamente na disciplina Fundamentos Teóricos e Filosóficos da Assistência de Enfermagem. Nessa teoria encontrei fundamentos importantes do cuidar, como o respeito ao indivíduo, sua cultura, seu meio, e o enfoque do homem de uma forma mais integral. Considero que a teoria em foco me instigou a ir além, a buscar respostas às minhas inquietações.

Assim, delinheiro a questão norteadora e os objetivos, com os quais espero ir ao encontro do ser mulher que amamenta e seu *familiar/significante*, bem como contribuir na construção do “conhecimento de enfermagem” voltado ao processo de aleitamento materno e ao cuidado cultural.

### 3 AS MOTIVAÇÕES DO ESTUDO: DELINEANDO OS OBJETIVOS

*Tudo o que existe e vive precisa de cuidado para  
continuar a existir e a viver...*

*A ótica do cuidado funda uma nova ética,  
compreensível a todos e capaz de inspirar valores  
e atitudes fundamentais para a fase  
planetária da humanidade.*

(BOFF, 1999)

#### 3.1 A QUESTÃO NORTEADORA

Inúmeras inquietações e indagações a respeito deste tema surgiram pelas dificuldades por mim enfrentadas ao cuidar do ser mulher que amamenta. Ao longo de minha experiência profissional, venho percebendo a mulher, muitas vezes, duvidosa em relação à necessidade de amamentar o filho exclusivamente com leite materno, assim como quanto ao valor nutricional de seu leite, e portanto insegura para tomar decisões concernentes à amamentação. Indagações como: o ser mulher que amamenta considera e coloca em prática as orientações recebidas do familiar/significante? O familiar/significante facilita ou dificulta o

processo de aleitamento materno? Como é para o *familiar/significante* ter uma criança sendo amamentada ao seio materno? Será que o *familiar/significante* sabe realmente a importância do aleitamento materno? O *familiar/significante* tem conhecimento do valor nutritivo, das vantagens e das técnicas apropriadas do aleitamento materno? Qual a importância do apoio emocional e profissional no processo do aleitamento materno ao ser mulher que amamenta e seu *familiar/significante*? aguçaram meu desejo de desvelar esse mundo vivido.

Essas indagações me aproximaram do ser mulher que amamenta inserida na família, a fim de encontrar respostas que contribuíssem para a efetivação do processo de aleitamento materno como prática espontânea e prazerosa.

Assim, explicitando tais indagações e dúvidas que envolvem o processo de aleitamento materno e minhas percepções como profissional, delineei a seguinte questão norteadora:

- **Como se estabelece o processo de aleitamento materno para o ser mulher que amamenta, inter-relacionado ao contexto cultural familiar, enquanto este ser é cuidado pelo enfermeiro?**

## 3.2 OBJETIVOS

▶ Compreender o processo de aleitamento materno do ser mulher que amamenta inter-relacionado ao contexto cultural familiar, enquanto o enfermeiro efetiva o cuidado.

▶ Delinear, a partir da compreensão apreendida sobre o processo de aleitamento materno, estratégias de cuidado que privilegiem o ser mulher que amamenta inserida no contexto cultural familiar.

### 3.3 PRESSUPOSTOS

JAPIASSÚ & MARCONDES (1990, p.201) apontam que pressuposto é *algo que se torna como previamente estabelecido, como base ou ponto de partida para um raciocínio ou argumento*. Entendo ser, significados assumidos que considera-se como verdades para o estudo em questão. Assim, traço alguns pressupostos que norteiam as indagações:

▶ O ser mulher durante o processo de aleitamento materno sofre influências da cultura do *familiar/significante*, as quais interferem na atribuição de significado desta prática;

▶ A atribuição de significado ao processo de aleitamento materno pelo ser mulher que amamenta é modificado pela história familiar e cultural;

▶ O ser mulher, por meio das influências culturais do *familiar/significante*, pode modificar seu modo de ser e de pensar, o que se refletirá nas suas ações referentes ao processo de aleitamento materno;

▶ O ser mulher que amamenta necessita de cuidado profissional, o qual deverá estar inter-relacionado ao seu contexto familiar/cultural;

▶ O cuidado cultural facilita a compreensão do processo de aleitamento materno no âmbito familiar;

▶ *O cuidado de enfermagem benéfico, saudável e satisfatório com base na cultura, contribui para o bem-estar dos indivíduos, das famílias, dos grupos e das comunidades dentro de seus contextos ambientais (LEININGER, 1991c, p.45).*

▶ Para que o cuidado de enfermagem torne-se culturalmente benéfico ou congruente, o enfermeiro necessita conhecer e utilizar junto ao indivíduo, grupo, família e comunidade os valores, expressões e modelos de cuidado cultural (LEININGER, 1991c).

## 4 O EMERGIR DA TEMÁTICA PELO DESVELAR DA LITERATURA

*Acordo cedo*  
*Acordo apressada*  
*Apresso a mamada*  
*Acordo ocupada*  
*Sou acordada*  
*Na madrugada*  
*Outra mamada*  
*Acordo cansada*  
*Trabalho acordada?*  
*Acordo de trabalho!*

*Acordo?! Cedo?!  
Jornada dobrada  
Trabalho no emprego  
No fogão, no tanque, na pia...  
Acorda gente  
Senão a mãe  
Não acorda um dia*

(MÜHLBAUER, 1996, p. 13)

### 4.1 ASPECTOS HISTÓRICOS QUE DEMARCARAM A PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO NO BRASIL

Com o propósito de desvendar o desmame precoce, enuncio algumas considerações que acho importantes de serem elucidadas no momento, com o objetivo de clarificar ao leitor que a prática de aleitamento materno possui uma historicidade que demarcou e determinou os costumes, crenças e mitos encontrados hoje na nossa realidade.

ALMEIDA (1999) faz uma relação entre o biológico e o social para explicar os preceitos e as razões que levam ao abandono da amamentação, e questiona que saberes possibilitam a instituição de práticas que levam ao desmame precoce ou ao fortalecimento de valores culturais. Cita a carta de Pero Vaz de Caminha ao rei de Portugal que faz alusão às mulheres indígenas que amamentavam seus filhos para a surpresa dos portugueses, podendo ser considerada como o primeiro relato sobre amamentação no Brasil. Esta carta foi talvez a primeira batalha cultural em torno da amamentação, pois, amamentar como os integrantes da sociedade tupinambá foi, provavelmente, percebido pelos portugueses como um comportamento instintivo e natural, ao qual o homem civilizado não se adaptaria. A chegada dos europeus no Brasil marca o início da cultura do desmame, pois as mulheres européias de classe dominante consideravam a amamentação como uma prática indigna para uma dama, o amor materno não tinha valor social e moral.

SAMARA (1989) refere que, nessa época, era comum na Europa utilizar amas-de-leite para amamentar os recém-nascidos, sendo este costume transferido de Portugal para o Brasil.

Nos primórdios da colonização no Brasil surge, então, a figura da ama-de-leite. As índias passam a ser as amas-de-leite das famílias brancas, denominadas de "saloias", sendo substituídas mais tarde pelas escravas africanas (ALMEIDA, 1999). Os conhecimentos dos saberes e práticas indígenas começam aos poucos a ser difundidos, mesclando-se posteriormente com a cultura da negra escrava e da cultura européia dominante.

Os motivos que levaram as mulheres brancas de elite a aleitar seus filhos por escravas negras e mulatas seriam, talvez, consequência das recomendações dos médicos portugueses de que a amamentação deveria ser realizada por mulheres "fusas" e "morenas". Também, pode-se acrescentar a isto o fato de circular na Europa e no Brasil a idéia de que as relações sexuais "corrompiam" o leite e a utilização das amas-de-leite escravas, neste caso, seria como afirma COSTA (1999, p.256), para *...proteger a vida dos filhos sem sacrificar a vida sexual do casal.*

RAGO (1985) enuncia que o motivo da prática da amamentação mercenária pode ser explicado pela vaidade das mulheres abastadas em conservar a estética do corpo e pelo seu temor de ser abandonada pelo marido. COSTA (1999) refere que a figura da ama-de-leite gerou a seguinte imposição: as escravas eram obrigadas a amamentar a criança branca e, com isso, eram levadas a desmamar seus próprios filhos. Tal fato atingiu uma tal proporção que deu origem a um comércio de leite, sendo que o lucro ia para os proprietários das amas-escravas, estratégia mercantilista do capitalismo (ALMEIDA, 1999).

Até o século XIX o exercício da maternidade na Europa e no Brasil poderia ser resumido em uma só palavra: "abandono". A criança e a maternidade não tinham valor para a sociedade (ARANTES, 1991).

GONÇALVES (1987) explicita que, na época colonial e durante o Império no Brasil, existiam crianças abandonadas que eram chamadas de "expostos" e "enjeitados". Essas crianças eram abandonadas na Roda — aparelho de madeira com forma cilíndrica que possuía uns dos lados vazado, assentado em um eixo que produzia um movimento rotativo - que ficava em um asilo de menores, de tal forma que ocultava a pessoa que "lançava" a criança. Eram abandonadas crianças de amores ilícitos e de pessoas da camada popular que não possuía meios materiais para criá-las. ARANTES (1991) cita Magalhães e acrescenta que eram colocados, também na roda, os filhos das escravas amas-de-leite pois lhes era negado o direito à maternidade.

Neste contexto, surge a medicina higienista, que busca resgatar a maternidade e a amamentação como fatores importantes para a sobrevivência dos filhos. Desta forma, a amamentação é transformada em um evento biológico relacionado aos interesses do Estado e ao poder médico (ALMEIDA, 1999). COSTA (1999) cita que a prática higienista relacionou a saúde da população à saúde estatal, sendo que o objetivo foi submeter a família ao estado pela higiene. Além disso, passou-se a condenar o aluguel de escravas como amas-de-leite e a mulher que não amamentava *...rompia os cânones naturais, porque [...] se conduzia de modo contrário a todas as fêmeas da classe dos mamíferos e [...]*

*contrariava sua outra vocação 'natural', a de ser mãe, conforme o figurino higiênico* (COSTA, 1999, p.256-257).

Pode-se perceber que a imposição médica e da comunidade para a mulher amamentar seu filho tem o seu início demarcado nessa época o que, provavelmente, fez surgir na mulher que não amamentava seus filhos um sentimento de culpa e incompetência. Observa-se que tal imposição e sentimento são ainda encontrados nos dias de hoje.

O argumento dos médicos contra o aleitamento mercenário era a elevada taxa de mortalidade infantil. Eles passaram a criticar severamente as mães de todas as classes sociais que não amamentavam seus filhos. O discurso médico tinha o objetivo de convencer as mães de sua "vocação natural" para a maternidade e dos perigos que a criança poderia sofrer se não fosse amamentada pela própria mãe. Ficou, assim, constituído o poder médico, que penetrava no interior da família para redefinir os papéis de cada um (RAGO, 1985).

BADINTER (1985) relata que a partir do século XVIII inicia a mudança do papel da mãe, quando a mulher aceita sacrifícios para que o seu filho viva melhor e começa, ela própria, a aleitá-lo. Este processo deve ter sido sofrido para as mulheres da época. Elas tinham que amamentar mesmo sem ter recebido orientações da família sobre como fazê-lo, pois seus familiares não possuíam a cultura e os conhecimentos sobre a prática do aleitamento.

O controle higienista limita o ato sexual no período da gravidez para evitar abortos e preservar a imagem da "mãe higiênica"; na amamentação essa limitação era justificada pelo fato de evitar uma nova concepção que comprometeria a secreção láctica e da relação sexual interferir na qualidade do leite (COSTA, 1999).

A medicina social implementa a prática da amamentação natural sob a perspectiva do determinismo biológico, desconsiderando as influências dos condicionantes socioculturais. Em 1838, surge a primeira tese sobre aleitamento materno desenvolvida no Brasil, escrita por Agostinho José Ferreira Bretas, na

qual dissertava sobre a superioridade do aleitamento materno e os riscos expostos às crianças que eram privadas dessa prática. Surgem, então, o dever e a obrigação da mulher em amamentar seu filho; o poder do leite materno na transmissão da pureza dos costumes; o perigo moral de criar filhos com as amas, entre outros argumentos. Para ter sucesso na amamentação, Bretas recomendava exercícios regulares, evitar tudo que levasse à paixão e fugir de emoções fortes (ALMEIDA, 1999).

O saber médico passou a valorizar o papel materno e a impingir nas mulheres a idéia de que o amor materno era um sentimento inato, puro e sagrado e que a maternidade e a educação da criança seriam uma “vocação natural” da mulher (RAGO, 1985). Começa, já nesta época, a pressão para a mulher amamentar, sentida, muitas vezes pelas mulheres nos dias de hoje.

ALMEIDA (1999) cita que, em meados do século XIX, o poder científico apoiando-se nos referenciais teóricos das escolas européias, constrói os paradigmas do aleitamento materno que deram origem ao conjunto de regras da amamentação. SILVA (1990) enuncia alguns desses cuidados: a regulação de horários para amamentar; a amamentação em ambos os seios a cada mamada, dando preferência ao decúbito lateral, para não obstruir as narinas da criança; a condenação do uso da chupeta para acalmar o bebê; o incentivo da prática da amamentação após o parto; a condenação do uso de água com açúcar para o bebê e as restrições alimentares para a mãe que amamentava.

A vida da criança de elite tornou-se importante para o setor econômico-político no século XIX e, conseqüentemente, o aleitamento materno passa a ganhar uma conotação de importância para a saúde da criança (COSTA, 1999).

O “leite fraco” surge no século XIX como uma forma de explicar a incapacidade de lidar com os fatos culturais existentes em torno da amamentação. O conceito do “leite fraco” foi incorporado à cultura da amamentação no Brasil, tornando-se o responsável pelo desmame. O nascimento do “leite fraco” é um marco na história da Saúde Pública do Brasil, pois trouxe à tona a dificuldade e a incapacidade do profissional de saúde em lidar com dois

aspectos importantes da prática do aleitamento materno: a “promoção” e o “apoio” (ALMEIDA, 1999).

Esse conceito é uma realidade ainda nos dias de hoje, em que a mulher atribui ao “leite fraco” o seu insucesso na prática da amamentação. Observa-se que essa concepção é freqüente mesmo entre mulheres que receberam alguma informação sobre aleitamento materno. Isto pode significar uma dificuldade que a mulher ainda apresenta atualmente em identificar e assumir a impossibilidade de desempenhar tal prática e que acarreta, na grande maioria das vezes, um sentimento de culpa e desonra.

COSTA (1999) acrescenta que os higienistas promoviam o aleitamento materno inserindo socialmente a valorização do fator biológico. Porém, não bastava promover, era preciso apoiar a prática da amamentação pois a mulher não estava culturalmente condicionada para ela. Para obter esse condicionamento, os higienistas passaram a censurar severamente o desmame, responsabilizando a mulher pelas conseqüências desse ato.

A amamentação é imposta à mulher branca européia que cultivava por séculos o hábito do desmame e não havia aprendido a amamentar (ALMEIDA & GOMES, 1998). ALMEIDA (1999, p.37) acrescenta que a medicina determinava que a mulher devia amamentar, porém esquecia de ensinar como fazê-lo; *...ensinar, amparando a mulher, ajudando-a a vencer a historicidade de seus costumes, e mediando os conflitos emergentes.*

O “leite fraco” se tornou um ator social para explicar a dificuldade materna em assumir o insucesso da amamentação e como forma da mãe escapar à pressão da censura social imposta pelos higienistas ao desmame, o que suavizava a sua responsabilidade e ajudava a manter *...imaculado o modelo higienista de amamentação* (ALMEIDA, 1999, p.37). Acrescenta, ainda, o mesmo autor, que a medicina, para solucionar o problema da nutriz com o “leite fraco”, passa a justificar e a aceitar socialmente o emprego das amas-de-leite.

No início do século XX, com o interesse da sociedade burguesa de redirecionar a mulher para o lar, tendo em vista a necessidade de se ampliar o

mercado de trabalho masculino, a medicina social, seguindo o modelo higienista, passa a valorizar a amamentação como um ato instintivo, natural, inato e biológico com o objetivo de obrigar a mãe a amamentar seu filho (ALMEIDA, 1999).

RAGO (1985) narra que, no início do século XX, a sociedade brasileira abandona o modelo agro-exportador substituindo-o pelo modelo urbano-industrial, tendo como consequência a ascensão da burguesia e a imposição da hegemonia. GOLDENBERG (1989) cita o aparecimento do modelo burguês de família calcado nos paradigmas republicanos do “novo Brasil”, período em que a sociedade de consumo se desenvolveu, surgindo com ela a mamadeira, símbolo de modernidade e urbanismo. Paralelamente, ocorre o desaparecimento das instituições coletivas de apoio à maternidade e à amamentação, um dos motivos responsáveis pelo decréscimo do aleitamento materno (SILVA, 1990).

ALMEIDA (1999) acrescenta que, nesta época, chegam o leite condensado e a farinha láctea, importados da Suíça. A associação desses elementos (mamadeira e leite industrializado) tornou-se uma alternativa terapêutica para o “leite fraco” da nutriz. Considerada como um avanço do conhecimento científico, surge a “hipogalactia”, uma nova patologia que levava ao desmame precoce, sendo mais tarde um dos temas principais das preocupações da medicina no início do século XX. Os médicos passaram a indicar o aleitamento artificial para as mulheres que apresentavam “hipogalactia” (SILVA, 1990). A alimentação infantil passou a ter um controle realizado pelo poder médico, que possuía uma deficiência científica a respeito do assunto. A indicação médica para a introdução precoce de outros leites e alimentos configura uma interferência na produção láctea e reafirma a presença do poder médico na promoção do desmame precoce, encobrando assim, a ação das propagandas como estimuladoras e condicionantes desse comportamento (BRASIL, 1991).

GOLDENBERG (1989) refere que, a introdução dos alimentos industrializados para lactentes, no Brasil, é comparada com o papel desempenhado pelas amas-de-leite, além de ser uma alternativa ideal para a mulher que já necessitava integrar-se no trabalho. O que motivou a redução da

amamentação por amas-de-leite foi o aparecimento dos alimentos artificiais seguros, por se constituírem em um meio mais prático e econômico de alimentação infantil, quando não se conseguia a amamentação natural. Muitos segmentos sociais começam a acreditar que, de fato, os leites artificiais podem substituir o leite materno sem prejuízos para o lactente. Os Centros de Saúde, já no início do século, começaram a oferecer cursos para as mães sobre técnicas de alimentação artificial e de preparo de mamadeiras (SILVA, 1990).

GOLDENBERG (1989) refere que, as indústrias lançaram campanhas promocionais que objetivaram a difusão de informações científicas sobre a nutrição de lactentes. Essas campanhas levaram o médico a absorver a idéia de que o leite materno necessitava ser complementado, passando a ser considerado como profilático da desnutrição infantil.

Entre as décadas de 40 e 70, a comercialização de leite artificial atingiu as instituições coletivas e de saúde, chegando até ao Estado, que passa a implementar programas de distribuição de leite em pó para a população de baixa renda. Alia-se a esses fatos a emancipação feminina na sociedade e a inserção da mulher no mercado de trabalho que ajudaram a interferir na amamentação. Estes fatos foram apropriados pela indústria de leites modificados com a intenção de fundamentar, no âmbito sociocultural, o desmame comerciogênico, que norteou a alimentação de lactentes no Brasil até o final dos anos 70 (ALMEIDA, 1999).

Durante os anos 70, surge a televisão com grande potencial de manipulação de massas e, com ela, a propaganda dos leites industrializados. Entre os anos de 1970 e 1977 observa-se uma maior produção de leites modificados, evidenciando o aumento significativo da utilização do leite em pó e, conseqüentemente, a prática generalizada do desmame precoce (BRASIL, 1991).

SILVA (1990) refere que o decréscimo da prática do aleitamento materno, no Brasil, teve a sua marca na década de 40, chegando ao seu apogeu na década de 70. A mamadeira foi, portanto, um veículo que apoiou e acelerou o processo do desmame, que foi instalado gradativamente. Percebe-se ainda nos

dias de hoje, que a “cultura da mamadeira” continua enraizada e presente no saber popular.

ALMEIDA (1999), referindo-se a Jelliffe & Jelliffe, acrescenta que, na década de 70, observam-se mudanças nas concepções de amamentação com a publicação do livro “The Baby Killer”, em 1974, por Mike Muller, que demonstrou que o “marketing” das multinacionais elevava os índices de morbimortalidade infantil em populações da África, Ásia e América Central. ALMEIDA (1999), mencionando o INAN, acrescenta ainda que a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a partir deste fato, deram início a uma mobilização em todo o mundo com o objetivo de resgatar o valor da amamentação.

Em resposta a disseminação do aleitamento artificial no Brasil, o Ministério da Saúde do Brasil instituiu, em 1981, o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAN), composto por representações de diversos órgãos e instituições ligados à saúde e educação do grupo materno infantil, que concretizou uma mobilização social em favor da amamentação natural (BRASIL, 1991).

A década de 80 é marcada por essa mobilização social. O meio científico já começa a discursar sobre a superioridade do leite materno e a divulgar tal fato em veículos de comunicação de massa (ALMEIDA, 1999).

Segundo o INAN, citado por ALMEIDA (1999, p.43), na década de 80, destacaram-se algumas ações de mobilização social em favor da amamentação:

*...a implantação do sistema de alojamento conjunto nas maternidades; o estabelecimento de normas para implantação e funcionamento de bancos de leite materno; a licença-maternidade com duração de 120 dias sem prejuízo para o emprego e o salário; o direito das presidiárias permanecerem com seus filhos durante o período de amamentação; a inclusão do tema em currículos escolares; a realização de programas de capacitação de recursos humanos em diferentes níveis de complexidade; a implantação de*

*centros de referência; a criação de grupos de apoio a mulheres que amamentam; e o desenvolvimento de pesquisas e estudos em colaboração ao tema.*

SILVA (1990) salienta e resume que os discursos médicos passaram por quatro fases desde o período colonial até a década de 90, representando as idéias dominantes de cada época: a primeira fase percorreu o século passado, em que o aleitamento materno era estimulado pelos médicos, que eram também complacentes com a amamentação mercenária; a segunda fase, observada entre o final do século XIX e início da Segunda Guerra Mundial, caracterizou-se pelas mensagens rígidas de amamentação, praticamente sem admitir exceções; a terceira fase ocorreu durante a Segunda Guerra e continuou até a década de 70, em que os médicos estimularam o desmame e a alimentação com leite artificial, levando a um descaso pelo aleitamento materno, aliando-se às multinacionais de alimentos; a última fase inicia-se a partir da década de 80, quando os médicos passam a estimular novamente o aleitamento materno e dá-se início ao questionamento da "hipogalactia".

O domínio médico sobre a população se deu com intervenções muitas vezes radicais, que variaram com o tempo; a prática médica sofreu influência dos interesses político-econômicos vigentes na época e, no que diz respeito à amamentação, desconsiderou a percepção da mulher e as condições necessárias para que ela pudesse exercer uma prática de aleitamento materno eficaz e prazerosa.

Em dezembro de 1988, foi aprovada, pelo Conselho Nacional de Saúde, a Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes, e a rede IBFAN existente no Brasil desde 1983, ficou incumbida de vigiar a implementação dessa norma, exercendo esta atividade até os dias de hoje (BRASIL, 1991). Tal normatização caracterizou a década de 80 como promotora da amamentação.

No início dos anos 90, a indústria de leites modificados construiu socialmente a biologia da excepcionalidade (praticada atualmente), ou seja, foram divulgadas verdades que diziam ser científicas no campo da alimentação e

nutrição de recém-nascidos em condições excepcionais como a prematuridade, sendo que, nestes casos, as fórmulas lácteas seriam melhores que a amamentação natural (ALMEIDA, 1999).

Também configuraram-se como elemento de “marketing” da indústria de leite as intolerâncias e alergias alimentares, que deram origem aos produtos hipoalergênicos. Na segunda metade dos anos 90, ocorre a reedição do paradigma do desmame comerciogênico, utilizando a excepcionalidade apenas como rótulo para abrigar construções científicas, pois a propaganda de leite industrializado foi distribuída pela indústria durante a realização do XX Congresso Brasileiro de Pediatria, em outubro de 1997, no Rio de Janeiro (ALMEIDA, 1999).

O Ministério da Saúde, na década de 90, com “slogans” como: “Amamentação — mãe e filho têm esse direito” ou “Amamentação, um ato de amor”, entre outros, preconiza a amamentação como um ato natural e instintivo, motivado pelo amor materno (ALMEIDA, 1999). Mais uma vez, a mulher é conclamada a amamentar por motivos ligados à sua natureza e ao seu amor pelo filho. Será que só quem ama, amamenta, e quem não amamenta, não ama?

Em 1992, o Ministério da Saúde e o Grupo de Defesa da Saúde da Criança, apoiados pelo UNICEF e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), implementaram o Programa Iniciativa Hospital Amigo da Criança sob a coordenação do INAN/MS e realizado pelo Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno. O Programa tinha como proposta básica: capacitar profissionais de saúde e informar o público em geral; trabalhar pela adoção de leis que protegessem o trabalho da mulher que está amamentando; promover e apoiar rotinas de serviços que promovessem o aleitamento materno e combater a propaganda de leites artificiais, bicos, chupetas e mamadeiras para bebês, medidas previstas na Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes (SOUZA, 1996).

Apesar de não contemplar a hierarquização da rede de saúde no País, esse programa incorporou o significado de proteção e apoio a nível hospitalar (ALMEIDA, 1999).

Observa-se que, efetivamente, o Programa Iniciativa Hospital Amigo da Criança deixou e deixa uma lacuna entre os níveis de assistência, pois o treinamento de funcionários e a adaptação do serviço em prol da amamentação são ações e investimentos necessários nos diversos níveis de assistência à saúde, e não apenas necessidades do nível hospitalar. Hoje, a realidade tem mostrado que, na grande maioria dos serviços de atenção primária, ou seja, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), a gestante não consegue receber orientações sobre o aleitamento materno. A puérpera, quando retorna à UBS, se depara, muitas vezes, com funcionários despreparados para manejar, apoiar e defender o aleitamento materno, não sabendo, muitas vezes, nem mesmo avaliar uma “pega eficaz”.

POLI (1996) cita uma iniciativa isolada, desenvolvida na cidade de Londrina entre 1995 e 1998, intitulada “Unidade Básica de Saúde Amiga da Criança”, elaborada pela autora com a colaboração de enfermeiros ansiosos por mudar uma realidade encontrada nas Unidades Básicas de Saúde. Realidade que pode ser representada pelo despreparo da equipe multiprofissional para atuar na promoção, apoio e manejo do aleitamento materno. O UNICEF, ao tomar conhecimento do referido projeto, chegou a destinar uma pequena verba que foi utilizada na publicação de cartilhas de amamentação dirigidas às mães. O projeto “Unidade Básica de Saúde Amiga da Criança” foi elaborado a partir da realização de uma adequação dos passos do Hospital Amigo da Criança para as UBS, chegando a treinar todos os profissionais de quinze UBS. Ter participado da idealização, implantação e implementação do referido projeto mostrou-me que não bastam apenas preparo, vontade e sensibilidade por parte dos profissionais que atuam na área de apoio e estímulo à amamentação para mudar uma realidade, é preciso haver vontade e apoio político. O projeto, que teve a adesão de grande parte dos funcionários envolvidos, não recebeu verba orçamentária municipal nem suporte político que o acompanhasse e o colocasse como prioridade, não conseguindo, portanto, se consolidar como ação rotineira.

A historicidade da prática do aleitamento materno tem mostrado que o ato de amamentar sofreu transformações que estiveram relacionadas com os

costumes da época e com o valor atribuído pela sociedade econômico-política à maternidade e à saúde da criança.

ALMEIDA (1999, p.49) salienta que, após focalizar e inter-relacionar a amamentação nos aspectos sociais e políticos, pode-se perceber que ela é um fato e ato social *...cujá historicidade revela equívocos de formulações políticas que a contemplam como uma prática natural e passível de resgate.*

É necessário que se estabeleça um novo pensar em aleitamento materno que não coloque a mulher como culpada e responsável pelo desmame precoce, mas que a assista e ampare.

A prática do aleitamento materno deve ser um ato prazeroso e para tal, a família, a comunidade e o poder político devem ser preparados para atuar nessa nova perspectiva, estimulando e apoiando o aleitamento materno, sem deixar de considerar seu contexto sociocultural.

## **4.2 PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO: A CULTURA FAMILIAR E A TRANSFERÊNCIA DE CONHECIMENTOS**

O homem se constrói na história e na expressividade do ser. O nascimento, a infância, a adolescência, a idade adulta, o envelhecimento, entre outras fases da vida, são dados objetivos da pessoa, em que se conjugam a natureza, a cultura e a sociedade simbolicamente estruturadas (MARQUES, 1995).

A educação do indivíduo é historicamente determinada, ou seja, marcada por fatores históricos que transcendem as pessoas, como refere GELBERT (1993, p.83), pois cada uma possui conceitos, representações e fantasias que a marcam desde o início de sua existência, é *...como se cada um tivesse a cultura dentro de si, circulando pela corrente sanguínea, sem que se apercebesse disso.* Todo

indivíduo, portanto, possui uma história de vida, uma cultura, que irão marcar suas ações ao longo de sua existência.

O homem é um ser que aprende; ele constrói sua vida a partir de imensa gama de possibilidades, está aberto a transformações e construções. O homem, para MARQUES (1995, p.15), *...nasce no seio de uma cultura viva e só é como tal à medida que assumida como desafio de permanente reconstrução pela atribuição dos sentidos que infere a seu convívio em sociedade e na estruturação da própria personalidade.*

MARQUES (1995), ao citar Habermas, refere que a tradição cultural é formada por conjuntos semânticos da comunicação na qual os sujeitos interpretam a natureza e a si próprios em seu meio ambiente. A cultura possui sistemas conceituais implícitos, em que a experiência vivida pode ser percebida pelos sujeitos, selecionada, ordenada e co-participada. Cada pessoa, portanto, possui uma história de vida e, através dela, constrói e transmite os conhecimentos que acumulou.

Assim, questiono, o que é "cultura"? HELMAN (1994, p.22), citando Tylor's, define cultura como *um complexo formado por conhecimento, crenças, artes, moral, leis, costumes e toda e qualquer capacidade ou hábito adquirido pelo homem como membro de uma sociedade.* Já Keesing, citado por HELMAN (1994, p.22), enfatiza que as culturas compreendem *sistemas de idéias compartilhadas; sistemas de conceitos, regras e significados que modelam e são expressas nas formas como os humanos vivem.* HELMAN (1994, p.23) considera que *cultura é um conjunto de princípios (explícitos e implícitos) herdados pelos indivíduos enquanto membros de uma sociedade em particular.* Segundo essa autora, esses princípios mostram a forma do indivíduo ver o mundo, de vivenciá-lo, de comportar-se dentro dele; refere, ainda, que *...a cultura pode ser considerada como uma 'lente' herdada, através da qual os indivíduos percebem e compreendem o mundo que habitam, aprendendo viver dentro dele.*

LAPLANTINE (1999, p.120) define que a cultura é o *conjunto de comportamentos, saberes e saber-fazer característicos de um grupo humano ou de uma sociedade dada, sendo essas atividades adquiridas através de um processo de aprendizagem, e transmitidas ao conjunto de seus membros.*

SILVA (1999) afirma que o estudo da cultura permite compreender a influência da mesma nas questões ligadas à saúde, esclarecendo fenômenos e fatos específicos de grupos.

O ser humano adquire uma percepção pessoal do mundo calcada na realidade social em que vive e que é desenvolvida através da interação com outros indivíduos (SILVA, 1997). Ele está inserido numa sociedade composta de várias culturas que muitas vezes possuem valores, crenças e expectativas distintas e diferentes. Portanto, a cultura está presente em nosso meio, interferindo em nossas ações, condutas e decisões, sendo a base do comportamento humano.

MONTICELLI (1997, p.18-19) afirma que as pessoas envolvidas com o nascimento de um bebê

*...desenvolvem ritos de cuidado, isto é, desenvolvem ações que são plenas de símbolos e significados que as auxiliam na reorganização para incorporar o novo (o recém-nascido e a nova mãe) e também as auxiliam a expressar a percepção de saúde-doença e os papéis sociais que precisam ser definidos ou redefinidos durante o processo do nascimento.*

Acredito que isso também ocorra com as pessoas quando vivenciam o processo de aleitamento materno.

Como salienta LEININGER (1991c), o processo saúde-doença dos indivíduos, familiares e grupos é influenciado pela cultura, e o enfermeiro desenvolverá ações congruentes se entender que sua cultura pessoal e profissional poderá ser diferente da dos indivíduos, famílias e grupos com quem

está atuando. O enfermeiro deverá, portanto, analisar o contexto cultural em que se encontra o ser mulher que amamenta e seu *familiar/significante*, verificando se o cuidado popular está próximo do cuidado profissional. Desta forma, ele estará cuidando a partir de uma realidade específica e, conseqüentemente, desenvolvendo um trabalho de melhor qualidade.

É evidente que a cultura se faz presente e atuante em toda família, sendo necessário que o profissional de enfermagem atue de forma mais consciente com relação ao que aqui denomino de “trinômio mãe-filho-família”. Em minha prática profissional, percebo que mesmo após cuidar do binômio mãe-filho no que se refere à prática do aleitamento materno, muitas vezes, no prosseguimento do cuidado, a mulher que amamenta me informa que ofereceu mamadeira por receber orientações de familiares para dar leite de vaca pois seu “leite era fraco”, ou algo semelhante, mostrando a importância do profissional trabalhar com o referido “trinômio” de forma compartilhada.

Entendo que a população brasileira é constituída também por pessoas de diversos países, o que explica as influências multiculturais presentes até hoje no nosso dia a dia. Tais culturas são complexas, com características próprias que variam de acordo com a área geográfica do Brasil, devendo ser resgatadas, apreendidas, discutidas e questionadas pelo enfermeiro ao prover cuidado de saúde.

O enfermeiro, ao cuidar do ser mulher que amamenta, deve também cuidar da família desse ser. As famílias possuem suas próprias formas de cuidar, além das específicas de sua comunidade e cultura, que são passadas ao binômio mãe-filho após o nascimento. A herança cultural familiar está presente nesta fase da vida e é, quase sempre, respeitada pelo ser mulher que amamenta. As ações que têm por base a cultura da família devem ser conhecidas e analisadas pelo enfermeiro, pois pode-se encontrar atitudes não recomendadas pelo Ministério da Saúde. Desta forma é possível propiciar uma prática de aleitamento materno eficaz e prazerosa. Para exemplificar, citarei algumas ações com as quais me deparei e que foram muitas vezes apreendidas pelo ser mulher que amamenta, mesmo após receber orientações sobre a prática do aleitamento materno por um

profissional capacitado, e que poderão dificultar a amamentação: "oferecer as duas mamas em cada mamada". Sabe-se que a criança, ao ser amamentada, deve mamar em uma mama pois, desta forma, estaremos garantindo que o lactente ingira o leite anterior (do começo da mamada) e o leite posterior (do final da mamada — rico em gordura), o que irá saciar a fome da criança e possibilitar um maior ganho de peso (VALDÉS et al., 1996); "acreditar que o leite materno é fraco e, além dele, oferecer outro leite para a criança". A oferta exclusiva de leite materno, nos primeiros seis meses de vida, irá garantir a ingestão de todos os nutrientes necessários para a criança crescer e se desenvolver adequadamente (VALDÉS et al., 1996).

Fica evidente, portanto, que o profissional de saúde deve fazer o resgate da herança cultural familiar presente nas ações desenvolvidas pelo ser mulher que amamenta e que analise a sua realidade, para que o cuidado que irá desenvolver seja planejado com base no contexto em que vive essa mãe. Desta forma, ele estará conferindo qualidade ao seu trabalho e, conseqüentemente, mais próximo de conseguir êxito na mudança de uma atitude, quando necessário.

Pode-se conseguir mudanças na prática adotada pela família se explicar para o "trinômio mãe-filho-família" a necessidade dessas mudanças na prática do aleitamento materno. Toda família tem e cria uma história onde estabelece um nível de relacionamento com o ambiente, modificando-o e sendo modificada por ele a partir de uma dada situação.

Ao realizar uma análise sobre o declínio do prática do aleitamento materno, ORLANDI (1985, p.124) menciona a mudança da estrutura familiar na sociedade moderna urbana, mostrando que *...a jovem mãe não tem mais o apoio, a ajuda e o incentivo dos parentes mais velhos (avós, tias, irmãs, etc.), elementos facilitadores do aleitamento materno*. Com base nisso, podemos afirmar que a família pode facilitar o processo de aleitamento materno, sendo necessário, portanto, que o enfermeiro faça uma análise da cultura familiar existente.

Sobre isso Beltrão, citado por SANTOS (1996, p.93) diz que, em qualquer sociedade, *...a família tem sido a instituição fundamental para a transmissão*

*daquelas maneiras típicas de viver que os antropólogos denominam de cultura, e acrescenta que as famílias possuem funções, sendo divididas em dois grandes grupos: ...as institucionais, que compreendem a biológica, econômica, estratificada, protetora, cultural e integrativa; e as pessoais, que se referem à conjugal, parental e fraternal.* SANTOS (1996) refere, também, que essas funções podem se manifestar de forma intensa de acordo com o período do ciclo vital em que se encontra a família.

Entendo que o *familiar/significante* do ser mulher que amamenta tem, muitas vezes, participação decisiva no processo de aleitamento materno, transmitindo a herança cultural que possui.

Stort, citado por CENTA (1998), explicita que o homem possui crenças, valores, conhecimentos e experiências historicamente adquiridas e acumuladas através das gerações as quais ditam seu comportamento, justificam suas realizações, interferem na satisfação de suas necessidades e nos modos de vida, adaptando-se e organizando-se de acordo com seus interesses, valores, necessidades e desejos.

Uma definição se faz importante, neste momento, para entender o que significa a palavra "crença". Pode-se definir "crença" como sendo uma *atitude pela qual afirmamos, com certo grau de probabilidade ou de certeza, a realidade ou a verdade de uma coisa, embora não consigamos comprová-la racional e objetivamente* (JAPIASSÚ & MARCONDES, 1990, p.61).

Portanto, os conhecimentos, crenças e valores do "trinômio mãe-filho-família" devem ser desvendados pelos enfermeiros para que possam ocorrer trocas de conhecimentos e socialização das experiências vividas. Desta forma, seria possível ao enfermeiro compartilhar da realidade específica de cada mulher que amamenta, ajudando na construção ou modificação de conhecimentos, com vistas a dar um suporte emocional e técnico que possibilite o desenvolvimento saudável do processo de aleitamento materno.

### 4.3 O ALEITAMENTO MATERNO SOB O OLHAR DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

A prática do aleitamento materno tem sido objeto de estudos de algumas enfermeiras, com o objetivo de descobrir os motivos reais que levam ao desmame precoce ou para entender como ocorre o processo de aleitamento materno na mulher que amamenta. Entre elas, podemos citar SANTOS (1991), VINHA (1994), ARAÚJO (1997) e SILVA (1997). Pode-se perceber a necessidade de desvelar a complexidade deste fenômeno, assim como encontrar paradigmas de cuidados de enfermagem direcionados à amamentação que levem a uma prática saudável e eficaz.

Sabe-se da importância do leite materno para a nutrição e saúde do recém-nascido: ele é a fonte de nutrientes essenciais para o crescimento e desenvolvimento do lactente e constitui-se em importante maneira de intervir na prevenção da desnutrição infantil. Nos seis primeiros meses de vida, o leite materno garante o aporte de nutrientes necessários para o crescimento saudável da criança. É conferido também ao leite materno o poder de proteção a diarreias e a infecções respiratórias agudas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1995).

Além de outros benefícios, as vantagens imunológicas não podem deixar de serem citadas. AKRÉ (1989, p.30) argumenta que:

*O leite humano é muito mais do que uma simples coleção de nutrientes, é uma substância viva de grande complexidade biológica, ativamente protetora e imunomoduladora. Não apenas proporciona proteção exclusiva contra infecções e alergias, como estimula o desenvolvimento adequado do sistema imunológico do bebê, além disso contém muitos componentes antiinflamatórios cujas funções não são completamente conhecidas.*

Acrescenta, ainda, o mesmo autor, que as propriedades anti-infecciosas do

colostro e leite materno, as quais se manifestam tanto através dos componentes solúveis (imunoglobulinas, lisozimas, lactoferrina e fator bifidus, entre outros) quanto dos componentes celulares, como os macrófagos, linfócitos, granulócitos, neutrófilos e células epiteliais.

ALMEIDA (1999, p.59-60) apresenta os mecanismos imunológicos mediados pelas células de Peyer e presentes no leite humano como *...uma excelente oportunidade para ilustrar a necessidade de se compreenderem as tramas configuradas no leite humano pelo ângulo das razões de sua oportunidade, e não apenas dos significados sociais de um evento biológico complexo* e explica que:

*As células de Peyer são os principais atores de um evento biológico conhecido como “ciclo entero-mamário”, pelo qual a mãe transfere para o filho, via leite humano, a sua memória imunológica oriunda de contatos com agentes enteropatogênicos. A mulher ao longo da vida, entra em contato com microrganismos pertencentes aos diferentes ecossistemas que integram o meio em que vive ou viveu; cada um com um padrão de identidade concernente à ecologia microbiana [...] Assim as mulheres constroem uma memória biológica para responder a uma condição social dada, criando respostas imunológicas [...] Esta competência para coabitar com atores sociais nocivos à saúde se transfere, então, de mãe para filho por meio do leite humano, em um processo que pode ser entendido como uma transferência de identidade molecular, construída socialmente, decodificada imunologicamente e transmitida fisiologicamente às gerações futuras.*

Pode-se citar outras vantagens da amamentação, uma, de ordem emocional, pelo estabelecimento de um maior vínculo entre mãe e filho, proporcionando segurança à criança (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1995), e outra, de caráter fisiológico, levando ao *...desenvolvimento de maiores índices de QI — quociente de inteligência — entre as crianças amamentadas ao seio* (Lucas apud ALMEIDA, 1999, p.17).

As últimas vantagens da amamentação veiculadas pela WABA (Aliança Mundial para Ação em Aleitamento Materno-1999), em folder da Semana Mundial da Amamentação, apontam que essa prática propicia um ótimo desenvolvimento cerebral; protege os bebês de enfermidades que podem causar desnutrição e dificuldades de aprendizagem e audição; assegura uma interação freqüente estimulando a um comportamento social positivo e a estímulos importantes e desenvolve, ainda, maior agudeza e enfoque visual, levando o bebê a melhor disposição à aprendizagem e à leitura.

Apesar das inúmeras vantagens do aleitamento materno advindas do conhecimento científico, ainda observa-se, no desmame precoce, uma tendência histórica presente em nossa sociedade (ALMEIDA & GOMES, 1998). Pode-se perceber que a sociedade continua cultivando valores culturais arraigados, considera o desmame precoce como um ato histórico e biologicamente determinado.

O ato de amamentar é uma ação do ser mulher que amamenta, porém necessita haver interação do "trinômio mãe-filho-família" para ser saudável e efetivo. A sociedade deve valorizar e apoiar tal prática, pois ela é saudável, produtiva e econômica. O enfermeiro deve ter esta percepção ao programar e executar ações educativas de manejo e promoção ao aleitamento materno.

A ação educativa tem sido um cuidar cada vez mais presente na enfermagem. A educação em saúde transcende os ensinamentos de ações corretas sobre como preservar ou adquirir saúde. É necessário possibilitar que as pessoas utilizem suas próprias habilidades e conhecimentos adquiridos a fim de encontrar soluções aos seus problemas e condições para uma tomada de decisão consciente.

Todo indivíduo possui conhecimentos que adquiriu ao longo de sua vida, transmitidos através das gerações. É importante que tais conhecimentos sejam avaliados antes de se realizar qualquer ação educativa, pois é a partir dessa análise individual que poderemos desenvolver um trabalho educativo integral, ético e crítico.

A educação é entendida por LUCKESI (1994) como uma atividade que se caracteriza por uma preocupação, por uma finalidade a ser atingida. Dentro de uma sociedade, a educação não é um fim em si mesma, mas um instrumento de manutenção ou transformação social.

LIBÂNEO (1994, p.22) acrescenta que a educação

*...é um conceito amplo que se refere ao processo de desenvolvimento unilateral da personalidade, envolvendo a formação de qualidades humanas — físicas, morais, intelectuais, estéticas — tendo em vista a orientação da atividade humana na sua relação com o meio social, num determinado contexto de relações sociais.*

A prática educativa é um fenômeno social, sendo uma atividade necessária a todas as sociedades. Cada sociedade necessita preocupar-se com a formação dos indivíduos, capacitá-los para a participação ativa e transformadora da vida social. A prática educativa é um *...processo de prover os indivíduos dos conhecimentos e experiências culturais que os tornam aptos a atuar no meio social e a transformá-los em função de necessidades econômicas, sociais e políticas da coletividade* (LIBÂNEO, 1994, p.16-17).

Os processos educativos, segundo MARQUES (1995, p.29), inserem-se inevitavelmente em comunidades onde *...os homens aprendem uns dos outros e uns com os outros, da mesma maneira como os conhecimentos por que se orientam especificam-se à medida que se inserem em espaços públicos internos a cada diferenciado campo do saber*. Acrescenta, ainda, que a aprendizagem é o entrelaçamento da personalidade de cada um e do mundo sociocultural.

A aprendizagem deve ser um processo educativo amplo, considerando valores, crenças e as experiências das famílias. MONTICELLI (1997, p.13), ao mencionar Rezende, cita que *...ensinar, há muito tempo deixou de ser transmitir simplesmente informações*. A educação deve compreender a cultura familiar e, a

partir dela, realizar o processo ensino-aprendizagem. Através das ações educativas é que ocorre a troca de saberes.

A mulher que amamenta recebe e aprende de seu familiar/significante informações referentes à prática do aleitamento materno, ocorrendo uma educação não-formal que, segundo LIBÂNEO (1994), corresponde a processos de aquisição de conhecimentos, experiências, idéias, valores, práticas, que se realizam de maneira informal, com influências do contexto social e do meio ambiente sobre os indivíduos.

FREIRE (1998, p.30-31) refere que o homem, quando compreende sua realidade, pode levantar hipóteses e soluções e, assim, transformá-la, criando um mundo próprio, ou, como diz o autor: *o homem enche de cultura os espaços geográficos e históricos [...] a cultura consiste em recriar e não em repetir.*

As pessoas singulares aprendem com outras pessoas dando origem ao que se denomina de aprendizagem social. MARQUES (1995, p.31) entende que *a aprendizagem enquanto ação comunicativa constitui-se, assim, no meio através do qual se formam e se reconstroem a cultura, a sociedade e a singularização da personalidade.*

Ações educativas são necessárias no processo de aleitamento materno, desde que sejam realizadas e respaldadas na cultura familiar existente. A partir dessas ações poderemos fornecer ao ser mulher que amamenta apoio, segurança e sustentação para práticas de aleitamento materno mais apropriadas.

A ação educativa na área da saúde dá oportunidade ao cliente de trocar experiências, ensinar, aprender, enfim, socializar-se e, com isto, preservar sua autoconfiança e aumentar seu potencial individual.

O enfermeiro deve se preocupar em analisar em qual contexto se encontra o ser mulher que amamenta e que práticas educativas familiares ocorreram durante o processo já instalado de aleitamento materno. Desta forma, estará conhecendo o nível de informação presente e, a partir, daí poderá

programar ações educativas ao ser mulher que amamenta e seu familiar/significante respaldadas na realidade em questão.

NAKANO et al. (1998, p.33) analisa discursos de um grupo de enfermeiras e respectiva clientela acerca do aleitamento materno, revelando reconstruções funcionais de conteúdos científicos sobre aleitamento materno, considerado como um processo multidimensional e com combinações de conteúdo histórico alimentando as representações atuais de nossa sociedade. Concordo com a referida autora quando conclui que precisamos *...perceber os condicionantes sócio-culturais que embasam nossa prática frente ao aleitamento materno, o que tem conduzido predominantemente ao estabelecimento de condutas baseadas em juízos morais.*

Os estudos mais recentes de ALMEIDA (1999) apontam que a amamentação é biologicamente determinada e socioculturalmente condicionada, sendo um ato impregnado de ideologia e determinantes resultantes das condições concretas de vida. O mesmo autor acrescenta, ainda, que a amamentação está atrelada aos condicionantes sociais, econômicos, políticos e culturais sendo um ato regulável pela sociedade.

Na minha visão, o profissional de saúde e/ou a equipe multiprofissional, mesmo reconhecendo as interferências dos condicionantes sociais na prática do aleitamento materno, não as considera ao implementar o cuidado ao ser mulher que amamenta. Esses mesmos profissionais acreditam, muitas vezes, que amamentar é somente um ato natural e biologicamente determinado.

É necessário que os profissionais que cuidam da mulher que amamenta tenham uma formação e uma conduta única com relação à prática do aleitamento materno, pois do contrário estarão desqualificando o saber profissional e não apoiando a amamentação. Desta forma, é de extrema importância que enfermeiros, médicos, nutricionista e outros profissionais se preocupem com a sua qualificação técnico-científica e que os vários níveis de serviços de saúde, por sua vez, dêem condições para que seus profissionais possam se qualificar.

SILVA (1996a) considera que a atuação do enfermeiro junto ao binômio mãe-filho deve prever não somente a qualificação técnico-científica desse profissional no manejo da amamentação, como também sua disposição em facilitar uma interação que permita uma efetiva comunicação com a nutriz, combinando habilidade técnica e sensibilidade em perceber as reais necessidades dessa mãe. Acrescentaria a essa recomendação a necessidade do enfermeiro atuar não somente com o binômio mãe-filho, mas com o que denomino de “trinômio mãe-filho-família”.

O enfermeiro deve levar em consideração esses aspectos ao propor cuidado de enfermagem ao ser mulher que amamenta. Esse cuidado deve advir da associação e análise crítica dos condicionantes sociais, econômicos, políticos e culturais com os fatores biologicamente determinados por uma prática de aleitamento materno ineficaz.

O enfermeiro deve possuir conhecimento de como funciona o aleitamento materno, de como avaliar uma mamada, do manejo frente aos problemas mais comuns da lactação (fissuras, ingurgitamento mamário etc.) e utilizar, no cuidado ao ser mulher que amamenta, algumas habilidades como as apresentadas no “Curso de treinamento de aconselhamento em amamentação” realizado pela OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1995). Tais habilidades ajudariam no manejo da prática do aleitamento materno e, por considerá-las instrumentos valiosos do cuidado, passo a descrevê-las:

- ▶ HABILIDADES DE OUVIR E APRENDER — usar comunicação não verbal útil (usar postura apropriada: mantendo a sua cabeça no mesmo nível da cliente; prestar atenção na cliente; remover barreiras; dedicar tempo e usar toque apropriado); fazer perguntas abertas; usar expressões e gestos que demonstram interesse; refletir sobre o que a cliente diz; demonstrar empatia e evitar palavras que soam como julgamento;

- ▶ HABILIDADES DE COMO DESENVOLVER CONFIANÇA NA MÃE E DAR APOIO — aceitar e respeitar o que a cliente pensa e sente; reconhecer e elogiar o que a mãe e o bebê estão fazendo certo; dar ajuda prática; dar pouca e relevante informação; usar linguagem simples e dar uma ou duas sugestões e não ordens.

Essas habilidades têm contribuído muito na minha prática profissional ao cuidar do ser mulher que amamenta inter-relacionado com seu familiar/significante, possibilitando uma análise da situação mais próxima da realidade e o desenvolvimento de um cuidar mais completo.

ARAÚJO (1997, p.211) refere que o enfermeiro tem que ter consciência que o *...ato de amamentar não acontece com pessoas abstratas, mas com pessoas concretas, inseridas num contexto real de vida...* e que, em algumas situações, pode significar a diferença entre a vida e a morte, a saúde e a doença; acredita que a *...prática de enfermagem deve ser crítica, intencional e compromissada com a transformação qualitativa da realidade, além de teoricamente fundamentada.*

Segundo SANTOS (1996), o enfermeiro necessita adotar um referencial teórico para desenvolver o cuidado que avalie o contexto histórico-social-cultural-afetivo-econômico em que a família da cliente está inserida. O enfermeiro deve valorizar tal contexto e desempenhar ações de cuidado em um processo de interação com a família.

O profissional de enfermagem tem a responsabilidade de dar a conhecer e analisar com a família e/ou familiar/significante suas orientações e práticas de saúde adotadas com o ser mulher que amamenta para que possa mudar, negociar ou repadronizar a realidade quando necessário, respeitando sempre a heterogeneidade cultural do contexto onde atua.

LEININGER (1991b, p.393) sustenta que *os enfermeiros têm descoberto novos e importantes papéis para o futuro da enfermagem com o conhecimento e as*

*práticas de enfermagem transculturais*. O que se percebe, é que o conhecimento do cuidado cultural tem expandido a visão de mundo dos enfermeiros conferindo, conseqüentemente, melhor qualidade ao seu trabalho.

Nesse processo de atuação, acredito que o enfermeiro necessita ter, como salienta MARQUES (1995, p.12,19),

*... a percepção do mundo como totalidade historicamente concreta e aberta para a categoria da exterioridade/alteridade, em que se fundam as distinções, as oposições e as possibilidades externas e internas do pensar e do agir [...]. Perceber o mundo da vida enquanto horizonte de sentido, pano-de-fundo em cuja facticidade habitam os pressupostos que o transcendem e do qual irradiam a cultura, a sociedade e a personalidade distintas de cada um.*

Concordo com ALMEIDA (1999) quando salienta que o grande desafio da construção de um novo paradigma para a atuação do profissional no processo do aleitamento materno depende da capacidade de se associar os determinantes biológicos aos condicionantes socioculturais os quais configuram a amamentação como uma categoria híbrida. Entendo que o enfermeiro, ao cuidar do ser mulher que amamenta deve considerar a amamentação como uma categoria híbrida enraizada na natureza e na cultura.

## 5 EXPLICITANDO O CUIDADO DE LEININGER ENQUANTO REFERENCIAL TEÓRICO

*Cuidar é mais que um ato, é uma atitude.  
Portanto, abrange mais que um momento de  
atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma  
atitude de ocupação, preocupação, de  
responsabilização e de envolvimento  
afetivo com o outro.*

(BOFF, 1999)

### 5.1 REVISITANDO AS IDÉIAS DE LEININGER: EMBASAMENTO TEÓRICO

A necessidade de ampliar o conhecimento da forma como se desenvolve o processo de aleitamento materno diante da complexidade das relações do ser mulher que amamenta com os familiares/significantes, levou-me a procurar um referencial que permitisse desvelar, perceber e compreender a diversidade de ações que envolvem a prática da amamentação inserida no ambiente familiar, acreditando que, desta forma, estaria buscando maneiras de cuidar apoiada em um paradigma humano.

Considerando que a vida do indivíduo é marcada por fatores históricos e que ele nasce no seio de uma família e de uma cultura, é que escolhi desenvolver este estudo segundo a perspectiva da "Teoria de Enfermagem de Leininger: Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado", para a efetivação dos meus propósitos.

A base da Teoria de Enfermagem de Leininger é que *os povos de cada cultura são capazes de conhecer e definir as maneiras, através das quais eles experimentam e percebem o cuidado de Enfermagem, sendo também capazes de relacionar essas experiências e percepções às suas crenças e práticas gerais de saúde* (MONTICELLI et al., 1999, p.94). O cuidado de enfermagem, portanto, deve emergir do contexto cultural e desenvolver-se através dele. Cada cultura possui valores, crenças e práticas específicas da vida cotidiana que foram construídos com base na história de vida de cada indivíduo, servindo como alicerce aos padrões, ações e ao cuidado humano.

LEININGER (1991c, p.44-45) enuncia os pressupostos da "Teoria Cultural do Cuidado", que são:

- ▶ *O cuidado é a essência da enfermagem e um foco distinto, dominante, central e unificador;*
- ▶ *O cuidado é essencial para o bem-estar, saúde, cura, crescimento, sobrevivência e para enfrentar a deficiência ou a morte;*
- ▶ *O cuidado cultural é o meio holístico mais amplo para conhecer, explicar, interpretar e predizer os fenômenos de cuidado da enfermagem para guiar as práticas deste cuidado;*
- ▶ *Enfermagem é uma disciplina de cuidado transcultural científico e humano e uma profissão que tem como principal objetivo servir os seres humanos do mundo;*
- ▶ *O cuidado é essencial para a cura, por isso não pode haver cura sem cuidado;*

- ▶ *Os conceitos de cuidado cultural, os significados, as expressões, os modelos, os processos, e as formas de cuidado são diferentes (diversidade) e similares (universalidade) entre todas as culturas do mundo;*
- ▶ *Toda cultura humana utiliza conhecimento e práticas derivados do povo (genérico), bem como de profissionais, o que pode variar transculturalmente;*
- ▶ *Os valores de cuidado cultural, crenças e práticas tendem a estar embutidos num contexto mundial, de linguagem, religioso (ou espiritual), de parentesco (social), político (ou legal), educacional, econômico, tecnológico, etnohistórico, e ambiental de uma determinada cultura e também são influenciados por eles;*
- ▶ *As diferenças e semelhanças do cuidado cultural entre os profissionais e clientes (genérico) existem em qualquer cultura humana do mundo;*
- ▶ *Os clientes que passam pela experiência de um cuidado de enfermagem incongruente com suas crenças e padrões de assistência (ou de atenção) apresentarão sinais de conflitos culturais, frustração, estresse e preocupações de ordem ética e moral;*
- ▶ *O paradigma qualitativo provê novas maneiras de conhecer e diferentes formas de descobrir, transculturalmente, dimensões epistêmicas e ontológicas do cuidado humano.*

LEININGER (1991c) propõe, em sua teoria, investigar diversidades e universalidades em relação a visões de mundo, estrutura social e outras dimensões, descobrindo desta forma meios de prover cuidar/cuidado que sejam congruentes às pessoas de diferentes culturas e a manter ou resgatar seu bem-estar, saúde ou a enfrentar a morte de uma forma apropriada, respeitando suas normas culturais.

Esta teoria permite que se obtenha um melhor conhecimento da realidade das pessoas, considerando o meio em que vivem, assim como os grupos, as instituições ou comunidade em que estão inseridas.

Segundo WALDOW (1992, p.29), *o enfoque no cuidado teve início em meados de 1970 através do trabalho de Leininger*. O cuidado, a partir de então, ganha um novo paradigma, gerando novos saberes para a enfermagem.

As definições orientacionais, a seguir, são usadas explicitamente como guias para estudar o domínio e as áreas que estão relacionados freqüentemente à teoria. Estas definições de termos ou frases conceituais são estabelecidas para fornecer uma perspectiva de descoberta aberta relacionada aos objetivos da teoria e à estrutura teórica (LEININGER, 1991c, p. 46-49):

- ▶ *Cuidado (substantivo) – refere-se aos fenômenos concretos e abstratos relacionados à assistência, apoio, ou capacitação de experiências ou comportamentos direcionados aos outros com necessidades evidentes para melhorar uma condição ou modo de vida humano.*
- ▶ *Cuidar (gerúndio-verbo) – refere-se às ações e atividades direcionadas à assistência, suporte, ou capacitação de um outro indivíduo ou grupo com necessidades evidentes para melhorar uma condição ou modo de vida humano, ou para enfrentar a morte.*
- ▶ *Cultura – refere-se aos valores, crenças, normas, práticas de vida de um determinado grupo, aprendidos, compartilhados e transmitidos que orientam o pensamento, as decisões, e as ações de um indivíduo.*
- ▶ *Visão de mundo – refere-se à maneira como as pessoas vêem o mundo ou o seu universo para obter um panorama ou uma instância de valor sobre suas vidas ou o mundo ao redor deles.*
- ▶ *Etnohistória – refere-se aos fatos, eventos, exemplos, experiências passadas de indivíduos, grupos, culturas, e instituições que são em primeiro lugar centrados nas pessoas*

*(etno) e que descrevem, explicam e interpretam os modos de vida humanos dentro de determinados contextos culturais e durante curtos ou longos períodos de tempo.*

LEININGER (1991c) acredita que toda cultura humana tem formas, modelos, expressões, e estruturas de cuidado para conhecer, explicar e predizer o bem-estar, a saúde ou a doença e que o cuidado não é uma atividade isolada, mas sim um fenômeno intelectual abstrato. O cuidado cultural foi conceitualizado e transformado dentro de uma perspectiva de enfermagem para desenvolver um corpo de conhecimento novo ou distinto em enfermagem.

Assim sendo, a Teoria de Madeleine Leininger é fundamentada num modelo transcultural de enfermagem a qual engloba o cuidar humano considerando suas diferenças e similaridades nas diversas culturas no Universo. Daí, sua denominação de "Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado", conhecida também por "Teoria Cultural do Cuidado". Leininger observou diferenças nas formas das pessoas se comportarem e se expressarem em relação ao cuidar e relacionou este fato aos padrões culturais. O cuidar passa a ser desenvolvido e decidido a partir da visão das pessoas, ao invés da visão do enfermeiro (WALDOW, 1995).

Este enfoque tem proporcionado aos enfermeiros uma nova forma de entender os indivíduos, famílias e culturas e, conseqüentemente, uma nova maneira de cuidar que deve ser explanada.

REYNOLDS (1995), ao comentar sobre a origem da Teoria de Leininger, afirma que a teórica, com uma compreensão de como a antropologia poderia contribuir para o conhecimento de enfermagem e como a enfermagem poderia contribuir com o conhecimento da antropologia, começou a ver a prática e a disciplina de enfermagem de uma nova maneira. Leininger interessou-se por questões do papel do cuidar e curar na evolução humana e na sobrevivência das espécies. Diz que, por meio da observação, ela esclareceu que a prática médica estava direcionada à cura, enquanto a enfermagem estava direcionada para os atos e processos de cuidar, centrando-se nos múltiplos fatores que influenciam o bem-estar e a doença. Refere, ainda, que a Teoria de Leininger foi originalmente

conhecida como a Teoria da Diversidade e Universalidade Transcultural, mas que, recentemente, o prefixo “trans” — tem sido abandonado.

LEININGER (1991b, p.403) acrescenta ainda que a *Teoria Cultural do Cuidado não deveria apenas ser usada para gerar conhecimento abstrato, filosófico, espiritual e existencial, mas também gerar o conhecimento para guiar os enfermeiros em suas ações e pensamentos.*

Para que o enfermeiro promova, proteja e maneje a prática do aleitamento materno é importante que reconheça sua dimensão sociocultural familiar. É necessário que o enfermeiro avalie o cuidado adotado pelo “trinômio mãe-filho-família” na prática de aleitamento materno, para que possa preservar, negociar ou reestruturar esse cuidado.

Desta forma, o enfermeiro terá conhecimento profundo da cultura vigente e propiciará um cuidado humano e universal, respeitando diferenças e especificidades derivadas da heterogeneidade étnica, socioeconômica, etária e de histórias de vida específicas de cada integrante do “trinômio”. Ocorrerá uma mediação entre o saber científico e o saber popular que irá propiciar um cuidado culturalmente congruente.

Em minha prática assistencial diária, é altamente relevante que se considere tais aspectos. Percebo influências dos padrões culturais nas atitudes das pessoas ao vivenciar o processo do aleitamento materno, padrões estes que, quando investigados e trabalhados, podem ser determinantes para o sucesso dessa prática.

Cuidado e cultura não podem estar separados das avaliações e dos cuidados de enfermagem. Optei pelas bases filosóficas da Teoria de Leininger acreditando que, assim fazendo, poderia visualizar e aproximar o cuidado de enfermagem ao cuidado popular.

O cuidar/cuidado, na visão de Leininger, possui padrões conforme cita WALDOW (1995, p.13), os quais *incluem ações e atitudes de assistir, apoiar, capacitar e facilitar, que influenciam o bem-estar ou o status de saúde de*

*indivíduos, famílias, grupos e instituições, bem como condições humanas gerais, estilos de vida e contexto ambiental.*

O cuidado cultural tem levado ao desenvolvimento de um novo corpo de conhecimento de enfermagem dentro de uma perspectiva cultural de cuidado humano.

LEININGER (1991b, p.393) enuncia que

*...a Teoria Cultural do Cuidado tem sido um importante meio de descobrir estes novos insights sobre a enfermagem e desafia os enfermeiros a utilizar o enfoque de cuidado transcultural na educação, pesquisa e prática de enfermagem. A teoria também tem ajudado os enfermeiros a olhar em direção ao futuro com grandes desafios enquanto a enfermagem torna-se uma profissão transcultural.*

A autora acredita que o conhecimento do cuidado cultural guiará os enfermeiros em suas práticas, tornando-as mais legitimadas por estar considerando e respeitando o saber cultural do cuidado realizado pelo cliente.

Sobre a Teoria de Leininger, REYNOLDS (1995, p.386) salienta que *...cultura e cuidado estão intrinsecamente ligados e que cuidar/cuidado é a preocupação central dos enfermeiros.* O objetivo do trabalho teórico de Leininger é fornecer um cuidado de enfermagem culturalmente congruente. Conclui, afirmando que a "Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado" tem como núcleo a idéia de que há diferenças e similaridades no cuidado entre todas as culturas do mundo.

O cuidado cultural leva em consideração a totalidade da vida humana e sua existência ao longo do tempo incluindo a estrutura social, a visão de mundo, os valores culturais, os contextos ambientais, a expressão lingüística e os sistemas de cuidado populares e profissionais (MARRINER, 1989).

Para a promoção e manutenção eficiente da saúde, bem como para a recuperação da saúde, é fator determinante prover um cuidado de enfermagem

com bases culturais. LEININGER (1991c, p.48-49) explicita três modos de decisões e ações de cuidado de enfermagem:

*Manutenção ou preservação do cuidado cultural refere-se àquelas ações e decisões profissionais de assistência, apoio e capacitação que ajudam as pessoas de uma determinada cultura a ajustar e/ou preservar valores de cuidado relevantes para que elas possam manter seu bem-estar, recuperar-se de doenças, ou enfrentar a deficiência e/ou a morte;*

*Acomodação ou negociação do cuidado cultural refere-se àquelas ações e decisões criativas de assistência, apoio, facilitação ou capacitação que ajudam as pessoas de uma designada cultura a adaptar-se aos outros ou negociar com eles para que obtenham um resultado benéfico e satisfatório com os provedores de cuidado profissional;*

*Remodelação ou reestruturação do cuidado cultural refere-se àquelas ações e decisões profissionais de assistência, apoio, facilitação e capacitação que ajudam os clientes a reordenar, mudar, ou modificar acentuadamente seus modos de vida para um modelo de cuidado de saúde novo, diferente, e benéfico enquanto respeita os valores e as crenças culturais e ainda provê um modo de vida mais benéfico e saudável do que antes das mudanças serem co-estabelecidas com os clientes.*

No que se refere à amamentação, para executar estes três modos de decisão de cuidados de enfermagem que Leininger preconiza, é necessário uma aproximação inicial ao “trinômio mãe-filho-família” com o objetivo de compreender, apreender e avaliar o processo de aleitamento materno em curso. A reflexão da realidade existente servirá como base para o enfermeiro propor cuidados culturalmente congruentes.

MONTICELLI (1997) cita que Leininger não elaborou um processo de enfermagem, mas uma teoria que possa guiar a prática de enfermagem. Leininger considera que o enfermeiro, ao utilizar uma abordagem cultural em sua prática, necessita do conhecimento profissional aprendido, mas utiliza a própria

abordagem cultural para reorganizar seu conhecimento e suas ações. Desta forma, será aceito(a) e haverá coerência da prática adotada com os valores e estilo de vida dos clientes.

Percebo em minha prática assistencial esta necessidade de utilizar uma abordagem cultural ao cuidar do ser mulher que amamenta. O entendimento da situação vivida pelo ser mulher que amamenta torna-se mais claro com a abordagem cultural do cuidado.

O novo desafio para o enfermeiro, afirma LEININGER (1991b), será o de conhecer e criativamente combinar as práticas da enfermagem profissional com o conhecimento do cuidado comunitário genérico, garantindo e preservando, desta forma, os direitos culturais do cliente. Através de uma perspectiva “emic”, o enfermeiro deverá descobrir a totalidade do conhecimento de cada cultura e de como experiencia o cuidado. LEININGER (1991b, p.402) acrescenta ainda que:

*Os múltiplos fatores estudados que influenciam o cuidado são: a visão de mundo, a estrutura social (incluindo a religião, parentesco, valores econômicos, políticos, culturais, educação e tecnologia), as expressões de linguagem, o contexto ambiental, a etnohistória e as práticas de cuidado à saúde profissionais e populares de qualquer cultura. Estas dimensões são alguns entre os mais importantes aspectos para obter-se a totalidade das experiências humanas vividas em qualquer cultura, bem como o enfoque nos fatores do cuidado reais e potenciais que influenciam a saúde e bem-estar humanos [...] A descoberta, portanto, da totalidade das experiências vividas e as múltiplas forças que influenciam o cuidado das pessoas (ou cuidar) relacionado ao bem-estar e saúde, pode fornecer novo conhecimento sobre o cuidado cultural individual, de grupos ou institucional. [...] A teoria é importante para gerar conhecimentos sobre os padrões e valores do cuidado humano, temas que são congruentes com os estilos de vida, crenças e significados culturais dos indivíduos ou grupos.*

Entendo que a decisão de amamentar e de persistir na amamentação, enfrentando muitas vezes as dificuldades inerentes a esta prática, está atrelada

às influências que o ser mulher recebe e, aqui, saliento as influências *culturais* e *familiares*. O ser mulher que amamenta recebe essas influências e modifica a sua prática após um processo interpretativo da situação em que se encontra.

Proponho descobrir como ocorrem as influências *culturais* e *familiares* ao ser mulher que amamenta. Associando o cuidado genérico ao cuidado profissional procurarei preservar, negociar ou reestruturar o cuidado vigente, conforme Leininger sugere, para assim prover uma nova forma de cuidar que seja culturalmente congruente ao “trinômio mãe-filho-família”.

Para ajudar o leitor a visualizar as diferentes dimensões da Teoria de Leininger, menciono o “Modelo de Sol Nascente” (Anexo 6) proposto pela autora (LEININGER, 1991c), o qual é delineado para dar uma visão global dessas dimensões, intimamente relacionadas.

O pesquisador, ao usar o “Modelo do Sol Nascente”, terá em mente o “gestalt” total de diversos fatores influentes para descrever e explicar o cuidado cultural, sendo que estes fatores se relacionam e não podem ser vistos como partes isoladas ou fragmentadas. Na verdade, estão sustentadas por serem intrínseca e intimamente inter-relacionadas, como o funcionamento global dos seres humanos ou da totalidade do mundo cultural da pessoa (LEININGER, 1991c).

O “Modelo do Sol Nascente”, refere LEININGER (1991c, 1995b), pode servir como mapa cognitivo impresso para ajudar o pesquisador a verificar múltiplos aspectos potenciais influentes no cuidado de enfermagem, que precisam ser examinados para obter um relato completo e preciso a respeito do conhecimento dos informantes sobre o cuidado cultural.

LEININGER (1991b, p.403) acrescenta ainda que:

*A Teoria Cultural do Cuidado com o uso do Modelo do Sol Nascente pode guiar os enfermeiros pesquisadores a examinar muitos fenômenos específicos, mas também, símbolos abstratos, espiritualidade, visões de mundo e outros aspectos freqüentemente vagos e abstratos. Tais afirmações e especificações ajudam o*

*enfermeiro pesquisador a tornar-se consciente das várias dimensões que podem real e potencialmente influenciar o cuidar/cuidado nas práticas de enfermagem.*

O "Modelo de Sol Nascente" serviu como base para a execução deste trabalho, para a realização das entrevistas com o "trinômio mãe-filho-família", bem como para a análise dos depoimentos obtidos.

Passo, agora, a explicitar os conceitos que permeiam e orientam este trabalho, entendendo que, assim procedendo, estarei visualizando melhor o meu caminhar.

## **5.2 A CONSTRUÇÃO DOS CONCEITOS**

Diante da necessidade de fundamentar meu trabalho, desenvolvido com o ser mulher que amamenta dentro de um enfoque cultural que me possibilitou descobrir as crenças e valores do "trinômio mãe-filho-família", passo a apresentar os conceitos que orientaram meu estudo e que têm por base a "Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado", de Madeleine Leininger.

Entendo que a escolha de uma teoria a ser adotada como referencial não determina que os seus conceitos sejam utilizados na íntegra, mas que possam ser interpretados, avaliados, para servir como base e estabelecer uma conexão com a visão de mundo de quem está trabalhando com eles.

Para TRENTINI & PAIM (1999, p.56)

*conceitos são representações mentais e gerais de determinadas realidades: mentais, porque não são a realidade em si mesmas, mas uma imagem mental delas; são representações gerais, porque contêm características de determinada classe da realidade, como, por exemplo, livro, sentimento, ser humano e assim por diante.*

Portanto, colocarei nos conceitos aqui apresentados, representações com referência em uma realidade pessoal de prática de cuidado direcionado ao ser mulher que amamenta inserida na sua família, inter-relacionadas às idéias de Leininger e autores que utilizam sua teoria como base para a prática profissional.

**SER HUMANO:** para este estudo, é o "ser mulher que amamenta", sendo singular, pois possui características histórico-sócio-culturais próprias e se desenvolve através delas. Acredito que este ser humano possui suas próprias crenças, valores e conhecimentos que o diferencia de outros seres humanos, tornando-o único. Este ser humano relaciona-se e interage com outras pessoas que possuem culturas específicas, inerentes às suas famílias e comunidades.

O enfermeiro, ao prover um cuidado profissional a esse ser humano, deve conhecer as variações de cultura de cada pessoa pois, conforme enuncia LEININGER (1991c), toda cultura humana tem crenças, valores, conhecimentos e práticas derivados do povo, bem como de profissionais, o que pode variar transculturalmente.

A mulher que amamenta convive ou se relaciona com outras pessoas, e aqui, destaco e denomino de *familiar/significante*, também entendido no conceito de ser humano, como sendo aquele indivíduo que possui uma cultura e se desenvolve através dela, interagindo com a mulher que amamenta para ajudá-la e orientá-la nessa fase distinta da vida que é o nascimento de um novo ser. A mulher que amamenta aprende e convive com culturas específicas desse *familiar/significante* que, na maioria das vezes, irão direcionar sua maneira de viver influenciando suas ações, seus comportamentos e sua tomada de decisão, caracterizando o seu estilo de vida.

O *familiar/significante* pode ser um parente próximo ou até um indivíduo que não tem laços familiares com o ser mulher que amamenta, porém é a pessoa que ajuda, orienta e se relaciona de forma constante com ele. Esta relação pode ocorrer de forma espontânea e/ou intencional. A forma espontânea traduz um relacionamento entre o ser mulher e um indivíduo que esse ser confia, respeita e

com quer manter uma relação de ajuda mútua. A forma intencional caracteriza-se pela presença de indivíduos que querem ajudar e orientar o ser mulher que amamenta nessa fase peculiar de sua vida e o faz sem que tenha sido solicitado. Entretanto, esse *familiar/significante* sente-se obrigado a fazê-lo, pois assim estará desempenhando seu papel social diante do nascimento de uma criança.

FREIRE(1998) argumenta que o indivíduo é um ser inacabado, incompleto. Entendo que o ser mulher que amamenta, por possuir dúvidas em relação ao processo de aleitamento materno, busca respostas junto aos seus familiares e aprende com eles maneiras de cuidar de seu filho.

A mulher que amamenta convive ou interage com o *familiar/significante* que participa do processo do aleitamento materno desenvolvendo cuidados que o auxiliam no desempenho de seu papel social (mãe, avó, sogra, etc). Esses cuidados possuem significados e valores que irão direcionar os comportamentos e ações da mãe que amamenta. O ser mulher, para desempenhar seu papel de mãe, procura ajuda do *familiar/significante* e do enfermeiro, vivenciando as *dimensões da estrutura cultural e social*, que são citadas por LEININGER (1991c, p.47) como sendo:

*os modelos e características dinâmicos de fatores estruturais e organizacionais de uma determinada cultura (subcultura ou sociedade) que incluem valores culturais, sociais, políticos, econômicos, educacionais, tecnológicos, e fatores etnohistóricos, e como estes fatores podem estar inter-relacionados e funcionam para influenciar o comportamento humano em diferentes contextos ambientais.*

O “recém-nascido” representa a razão, o motivo da mulher estar amamentando, e é também o ser humano deste trabalho. É o que propicia, possibilita à mãe amamentar. É um ser humano desconhecido até o nascimento, com necessidades específicas e prioritárias desse momento de sua vida, não possuindo condições de sobreviver sem a ajuda direta de outro ser humano.

Interage com as pessoas e está inserido em uma cultura que o gerou e o desenvolveu. O recém-nascido, portanto, nasce e se desenvolve no meio de uma cultura que irá caracterizar a sua própria história de vida.

Inserido nessa relação triíplice de mãe/familiar/recém-nascido, está o “enfermeiro”, enquanto ser humano que possui uma cultura pessoal e profissional própria. Este ser humano desenvolve um trabalho profissional, interagindo com outras pessoas, e possui uma história de vida “pessoal e profissional” que irá interferir em suas formas de cuidar. Atua no processo de saúde-doença, buscando congruência entre o cuidado profissional e o cuidado popular desenvolvido pelo ser mulher que amamenta durante à prática do aleitamento materno.

Assim, considero “ser humano” neste trabalho, além do ser enfermeiro, cada um dos integrantes da tríade estabelecida pelo processo de aleitamento materno, ou seja, “o ser humano que amamenta, o familiar/significante e o recém-nascido”. Essas pessoas interagem e movimentam-se, desenvolvendo ações e reações que se afinam ou não, numa relação que precisa ser constantemente alimentada, nutrida com amor, afeto, compreensão, respeito e solidariedade. O enfermeiro atua nas diferentes direções enfatizando, restabelecendo, amenizando fatores que contribuem ou dificultam o processo de aleitamento materno, com o objetivo de torná-lo uma experiência bem sucedida.

**SAÚDE:** LEININGER (1995a) define “saúde” como sendo um estado de bem-estar, culturalmente definido, avaliado e praticado e que reflete a habilidade que os indivíduos (ou grupo) possuem para realizar suas atividades cotidianas, de forma culturalmente expressa, benéfica e modelada. A partir da definição de Leininger acredito que cada povo, cada cultura, define “saúde” de uma forma diferenciada e única.

A “saúde” é dinâmica e complexa e o ser humano procura um equilíbrio de vida. Pode-se diferenciar um indivíduo (ou grupo) através do conceito de saúde por ele adotado, que por sua vez é definido pelos valores, crenças e práticas determinadas pela sua história cultural de vida. A opção pelo tipo de prática de

aleitamento materno adotada pelo ser mulher que amamenta dependerá também do entendimento de saúde que possuir, sendo portanto importante que o enfermeiro analise o conceito de saúde das pessoas envolvidas neste processo.

Acredito que o ser humano está em uma luta constante para conseguir ter uma vida saudável, vivenciando momentos que considera como saúde e outros que considera como doença. Assim, é necessário implementar o cuidado "culturalmente congruente" que, segundo LEININGER (1991c, p.49),

*...refere-se àquelas ações e decisões cognitivamente baseadas de assistência, apoio, facilitação e capacitação que são adaptadas para ajustar-se aos valores, crenças e modos de vida culturais dos indivíduos, grupos ou instituições a fim de prover ou suportar (apoiar) um cuidado de saúde significativo, benéfico e satisfatório.*

O conhecimento de "saúde" do "ser mulher que amamenta" e de seu *familiar/significante* não são imutáveis; este conhecimento pode ser modificado e/ou ser reinterpretado de acordo com a necessidade percebida pelo próprio ser humano. MONTICELLI (1997, p.77) refere que *...não são as regras que criam e sustentam a vida, mas é o processo de viver compartilhado que cria, mantém ou modifica essas regras.*

O processo do aleitamento materno reflete o conceito que o ser mulher que amamenta e seu *familiar/significante* têm de "saúde" e que pode ser percebido através dos cuidados populares desenvolvidos na prática da amamentação. Tais cuidados, por sua vez, recebem influência da cultura vigente.

A visão de saúde do ser mulher que amamenta e de seu *familiar/significante* pode ser diferente da visão de saúde do enfermeiro. Ao prover cuidado ao ser mulher que amamenta, o enfermeiro deverá realizar uma análise do conceito de saúde desse ser para que seu trabalho seja culturalmente congruente, ou seja, adequado, coerente e oportuno em relação à cultura popular em questão.

**AMBIENTE:** A interação do ser humano com o “ambiente” é que irá qualificar a sua vida. Há necessidade de ocorrer um equilíbrio, um relacionamento integrado entre o ser humano e o ambiente para existir saúde.

LEININGER (1995a) define “contexto ambiental” como sendo a totalidade de um evento, situação ou experiência particular que confere sentido às expressões, interpretações, e interações sociais humanas em determinados contextos físicos, ecológicos, sócio-políticos e/ou culturais. Entendo que para haver ações de cuidado congruentes, precisamos conhecer e interagir com o ambiente do ser humano.

O processo de viver é desenvolvido em um determinado “ambiente”, com a interação de seres humanos, sendo que este processo é influenciado pela cultura existente. A prática do aleitamento materno sofre influências do “ambiente” em que a mulher que amamenta está inserida, tais como as interações sociais, as dimensões físicas, ecológicas, emocionais e culturais em que vive. Toda família tem e cria uma história de vida e estabelece um nível de relacionamento com o ambiente que irá influenciar no comportamento humano dos indivíduos com quem interage.

O “ambiente” sofre influências culturais e permeia a prática de aleitamento materno adotada pelo ser mulher que amamenta. O ambiente em que ocorre o processo de aleitamento materno deve ser analisado pelo enfermeiro para que possa prover um cuidado culturalmente congruente.

O “ambiente” não se restringe ao espaço físico, mas refere-se à vivência de determinada situação inserida em um contexto de relações, as quais incluem o aspecto físico, de localização. Todos os fatores que cercam o ser humano se inter-relacionam, não podem ser excludentes, pois cada parte é fundamental para formar o todo. O “ambiente” vivencial está onde o ser humano está, de forma harmônica, agindo, atribuindo, reprocessando atitudes, valores e crenças de cada cultura.

**ENFERMAGEM: LEININGER (1991c, p.47)** refere que enfermagem é

*a profissão e a disciplina científica e humana que tem como foco os fenômenos e atividades do cuidado humano com o objetivo de assistir, apoiar, facilitar, ou capacitar indivíduos ou grupos para manter o bem-estar (ou saúde) de forma culturalmente benéfica e significativa, ou para ajudar as pessoas a enfrentar a deficiência ou a morte.*

Assim, defino a enfermagem como uma ciência, uma arte, uma profissão a serviço da humanidade, comprometida com o cuidado. Cuidado este que deve reconhecer e respeitar crenças, valores, sentimentos, capacidades e limitações do ser humano e de sua família. O cuidado de enfermagem deve ser reestruturado para o aprimoramento das condições de viver do ser humano.

Concordo com ARRUDA & ZAGONEL (1997) quando colocam que o cuidar em enfermagem implica na inter-relação subjetiva entre a enfermeira e o cliente, compreendendo e sendo compreendido, buscando o crescimento e o desenvolvimento da pessoa.

O enfermeiro só desenvolverá ações de cuidado culturalmente congruentes se interagir com a consciência de que sua cultura pessoal e profissional poderá ser diferente da cultura popular, ou seja, dos indivíduos, famílias e grupos que está cuidando (LEININGER, 1995a).

A “enfermagem” é uma profissão que possui conhecimento e habilidades próprias para atuar no processo de aleitamento materno. Deve buscar congruência entre o cuidado profissional e o cuidado popular desenvolvido pelo ser mulher que amamenta e seu familiar/significante, assim como deve colaborar na transição dos papéis sociais desempenhados pelo ser mulher que amamenta, apoiando-a na redefinição de novos papéis. O enfermeiro deverá dar suporte ao “trinômio mãe-filho-família” no processo de aleitamento materno, não devendo coibir ou pressionar para que a amamentação ocorra. Deve ter consciência que este processo é influenciado por vários fatores que estão interligados e, em

nenhum momento, poderá atribuir ou deixar que se atribua um sentimento de culpa na mulher que não conseguir amamentar.

O “enfermeiro/enfermagem” atua na interação cultural, buscando, de forma participativa, a ação-reflexão conjunta com o ser mulher que amamenta e seu familiar/significante, para que juntos possam efetuar mudanças quando necessário. Esta ação-reflexão é a prática educativa que deverá ocorrer durante o desenvolver do aleitamento materno. O enfermeiro, atuando desta maneira, muda e redimensiona sua cultural profissional e sua forma de cuidar (MONTICELLI, 1997).

**CUIDADO CULTURAL:** LEININGER (1991c, p.47) define como

*...valores, crenças e modos de vida que são objetivamente e subjetivamente apreendidos e transmitidos por quem assiste, apoia, facilita, ou capacita um outro indivíduo ou grupo a manter seu bem-estar, saúde, a melhorar sua condição e modo de vida humano, ou lidar com a doença, deficiência, ou morte.*

LEININGER (1991c, p.47) entende por *diversidade do cuidado cultural*, as variações e/ou diferenças de significados, modelos, valores, modos de vida, ou símbolos de cuidado entre coletividades que estão relacionadas às expressões de assistência, apoio e capacitação do cuidado humano, confirmando que o cuidado de enfermagem deve ser centrado e desenvolvido na cultura local do indivíduo.

O termo “universalidade do cuidado cultural” é descrito por LEININGER (1991c, p.47) como sendo os

*...significados, modelos, valores, modos de vida ou símbolos de cuidado comum ou dominante que são manifestos entre muitas culturas e refletem as formas de assistência, de apoio, de facilitação, ou capacitação para ajudar as pessoas. O termo*

*universalidade não é usado de uma forma absoluta ou como um achado estatístico significante.*

Acredito que através do cuidado cultural pode-se estabelecer uma relação com o ser mulher que amamenta e seu *familiar/significante* que permite conhecer e intervir, se necessário, na prática do aleitamento materno. Entendo que, assim, poderemos diminuir o índice de desmame precoce, bem como possibilitar que o ser mulher que amamenta e seu *familiar/significante*, vivenciem uma prática de aleitamento materno eficiente e prazerosa.

LEININGER (1995b) refere que podemos encontrar ou nos deparar com conflitos e/ou choques do cuidado cultural. Segundo a autora, o "conflito do cuidado cultural" ocorre quando a prática do cuidado de enfermagem não se adapta às expectativas, crenças, valores e normas do cliente, surgindo áreas de angústias, preocupações e incompatibilidades. O "choque do cuidado cultural" refere a diferenças acentuadas entre a enfermeira e o cliente que ocorrem porque as práticas de enfermagem são claramente incompatíveis e incongruentes com os valores e expectativas do cliente.

Considero relevante reafirmar a importância de conhecer a bagagem popular – sistema de "cuidado genérico" e as habilidades científico-tecnológica dos enfermeiros – sistema de cuidado profissional. LEININGER (1991c), refere-se ao "sistema de cuidado genérico", o conhecimento e habilidades inatos, populares, que são culturalmente aprendidos e transmitidos, usados para prover atos de assistência, apoio, capacitação ou facilitação a um outro indivíduo, grupo ou instituição com necessidades evidentes para melhorar o modo de vida humano, a condição da saúde, ou para lidar com situações de deficiência ou de morte. O "sistema de cuidado profissional" segundo LEININGER (1991c, p.48), é *o cuidado profissional formalmente ensinado, aprendido e transmitido e práticas e conhecimentos relacionados que prevalecem em instituições profissionais geralmente com pessoal multidisciplinar para servir aos consumidores.*

**CULTURA:** Para LEININGER (1995a) “cultura” envolve valores, crenças, normas e práticas de vida de um determinado grupo, aprendidos, compartilhados e transmitidos, que orientam o pensamento, as decisões e as ações de um indivíduo. Acredito que estes valores, crenças e comportamentos de vida são construídos de geração em geração, sendo mudados ou transformados de acordo com a necessidade sentida pelo grupo no seu momento histórico.

A “cultura” é compartilhada entre as pessoas na forma de símbolos significativos e comunicados através do relacionamento humano e transmitidos e perpetuados entre os indivíduos ao longo do tempo (MENDYKA & BLOOM, 1997). Acredito que a “cultura”, com seus significados compartilhados, contribui para estabelecer que cada indivíduo é único, singular.

MONTICELLI (1997, p.71), citando Geertz, aponta que *...cultura é uma rede de significados elaborada pelos seres humanos para orientar as ações de vida cotidiana*. Refere, ainda, o mesmo autor, que a cultura é pública porque existe um consenso em relação aos significados; é compartilhada porque um indivíduo sozinho não cria uma cultura, a história pessoal se desenrola através de interações dos indivíduos; é aprendida pois não é inata aos indivíduos; é lógica pois é organizada simbolicamente e é dinâmica porque as representações dos indivíduos estão sempre sendo reorganizadas por eles mesmos.

Na minha visão, a prática do aleitamento materno é influenciada pela cultura familiar e revela ações de cuidados específicas de cada família. A “cultura familiar” pode ou não diferir da “cultura profissional”. O meio em que são formadas estas culturas são diferentes, tanto no que se refere ao contexto ambiental, temporal, como nas diferentes interações com outros indivíduos. O saber e a cultura profissional são construídos no meio acadêmico, respaldados por conhecimentos científicos.

Diante do contexto de conceitualização do termo cultura, não se pode deixar de mencionar um aspecto que permeia as diferentes sociedades, que é a “cultura da mamadeira”. Durante a gestação, a mulher já ganha ou compra mamadeiras, chupetas, chuquinhas, utensílios para lavar e esterilizar mamadeiras, entre outros produtos que, naturalmente, revelam o raciocínio de

que em algum momento a criança irá precisar deles, tornando-se peças imprescindíveis e indispensáveis ao enxoval do bebê. A mídia tem tido um papel importante neste processo. Um exemplo é quando a televisão mostra, em novela de grande audiência, uma criança pequena sendo alimentada com mamadeira, ao invés de passar algumas informações básicas sobre o aleitamento materno.

Famílias e grupos criam significados que irão conduzir as ações e comportamentos da vida cotidiana. *A interação dos indivíduos com outros sistemas de vida (relação com outros grupos sociais, comunicação da mídia, educação formal, etc.) interfere na cultura familiar e colabora para que seja reinterpretada de maneira dinâmica* (MONTICELLI, 1997, p.72).

A “cultura”, enquanto rede de significações compartilhadas, envolve as pessoas, pois há constante experienciar de situações, as quais se estabelecem de forma dinâmica, explicitando-se no modo de ser e agir de cada um.

**RELAÇÕES FAMILIARES:** Incluem todas as formas e graus de relações entre pessoas ligadas ou não por consangüinidade, constituídas por crenças, valores, regras e padrões emocionais específicos de cada cultura familiar, que foram construídos historicamente.

OSORIO (1996, p.16) define “família” como sendo:

*uma unidade grupal onde se desenvolvem três tipos de relações pessoais – aliança (casal), filiação (pais e filhos) e consangüinidade (irmãos) – e que a partir dos objetivos genéricos de preservar a espécie, nutrir e proteger a descendência e fornecer-lhe condições para aquisição de suas identidades pessoais, desenvolveu através dos tempos funções diversificadas de transmissão de valores éticos, estéticos, religiosos e culturais.*

As “relações familiares” são formadas pela interligação dos papéis distintos da mãe, do pai, dos filhos, os quais diferem em cada cultura, de acordo com a estrutura e história familiar e de acordo com as formas de comunicação e

expressão emocional de cada ator. Acredito que a cultura familiar é difundida através das relações familiares.

As relações entre os membros de uma família diferem de acordo com as características próprias de cada família. CARVALHO (1997, p.25) explicita que *cada família circula num modo particular de emocionar-se, criando um cultura familiar própria, com seus códigos, com uma sintaxe própria para comunicar-se e interpretar comunicações, com suas regras, ritos e jogos.*

Concordo com OSORIO (1996) quando aponta que a estrutura familiar varia conforme a latitude, as épocas históricas e os fatores sócio-políticos, econômicos ou religiosos de um dado momento de uma determinada cultura. Considero que as “relações familiares” também sofrem essas variações.

Durante o processo de aleitamento materno, o ser mulher que amamenta recebe e convive com orientações e ações relacionadas a essa prática específicas de sua cultura familiar, que são expressas através das “relações familiares”. Tais orientações são, muitas vezes, decisivas para a eficácia da prática do aleitamento materno.

As relações da mulher que amamenta com o familiar/significante podem ocorrer em clima de harmonia e confiança, ou não. Tais condições devem ser avaliadas, pois podem gerar situações de conflitos e inseguranças.

**PROCESSO DE ALEITAMENTO MATERNO:** O ser mulher que amamenta passa por um processo ao amamentar seu filho. O “processo de aleitamento materno” significa o ato, a forma, o modo, o efeito, a técnica, a evolução da amamentação. Este processo tende a estar permeado de cuidado cultural familiar que pode trazer significados simbólicos, de proteção, de nutrição e integração.

Acredito que a cultura familiar influencia esse processo, a maneira como a mulher vive a prática de aleitamento materno. O enfermeiro deve analisar o processo de aleitamento materno que está acompanhando, pois pode encontrar condutas familiares impróprias ou próprias, incorporadas pelo ser mulher que

amamenta, as quais podem levar ao insucesso da amamentação ou ao seu pleno sucesso.

O enfermeiro deve interagir profissionalmente no "processo do aleitamento materno", com o objetivo de identificar, compartilhar e compreender as crenças, normas e valores expressos pelo ser mulher que amamenta e seu *familiar/significante*, para que juntos possam preservar, negociar e/ou reestruturar o cuidado desenvolvido durante este processo (LEININGER, 1995b). Essa interação do enfermeiro com o ser mulher que amamenta e seu *familiar/significante* poderá influenciar na saúde do binômio mãe-filho, assim como possibilitar uma reeducação familiar em aleitamento materno.

Pela sua dimensão, o "processo de aleitamento materno" necessita ser redescoberto, para que se reconheçam as diferenças e similaridades entre as várias culturas, relações humanas, contextos de cuidado e ambientes em que estão inseridos o ser humano envolvido.

## 6 PROPONDO A ABORDAGEM METODOLÓGICA

*Antes...  
Só tinha o caminhar,  
depois contou com suas pegadas.  
As pegadas e as recordações, relatos e  
pensamentos por segunda vez caminha  
de cabeça ao caminhar.*

RAÚL CELA  
(APUD ACEVEDO & VOLNOVICH, 1991, p. 55)

### 6.1 A OPÇÃO PELO CAMINHO DA PESQUISA

As idéias e a fundamentação teórica de Madeleine Leininger foram utilizadas para traçar o caminho deste trabalho, na crença de que esta seria a forma adequada para a realização do cuidado culturalmente congruente.

Utilizei uma abordagem metodológica coerente com o referencial teórico e com os objetivos do trabalho para permitir uma visão mais ampla do contexto e, conseqüentemente, entender e compreender com profundidade a influência cultural familiar no processo de aleitamento materno, e desta forma cuidar culturalmente do ser mulher que amamenta. Adotei uma abordagem qualitativa e

os passos propostos por LEININGER (1985a,1991a) para a apreensão e análise dos depoimentos.

O método qualitativo de pesquisa, segundo LEININGER (1985b), possui um grande potencial para explorar novas áreas de conhecimento e adquirir novas perspectivas na área de enfermagem. A mesma autora cita outras razões para usar o método de pesquisa qualitativa:

- 1º) a enfermagem possui crenças filosóficas, históricas e epistemológicas profundamente enraizadas em serviços humanísticos, sendo que essas raízes podem ser melhor descobertas através de métodos qualitativos;
- 2º) sendo o cuidar uma característica central e singular da enfermagem, o método qualitativo poderá apreender os valores ocultos culturalmente embasados. Através da observação detalhada, da documentação, interpretação e explanação dos informantes se poderá conhecer verdadeiramente o significado e a essência do cuidado;
- 3º) valores padronizados, cosmovisões, crenças, condições de vida não faladas e que variam transculturalmente, são também fontes importantes de conhecimento de enfermagem, que vão além de respostas objetivas humanas ou de mensuração de tais respostas. Métodos qualitativos são essenciais para identificar, documentar, conhecer e confirmar aspectos humanos intangíveis e desconhecidos;
- 4º) os métodos de pesquisa qualitativa são essenciais para adquirir uma perspectiva integral dos fenômenos de enfermagem.

MINAYO (1996, p.22) acrescenta que a abordagem qualitativa é uma forma de *...aprofundar-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas.*

Para melhor esclarecer o leitor quanto à minha escolha metodológica, passo a explicitar os fundamentos propostos por Leininger que orientaram este trabalho.

A partir de uma perspectiva antropológica, Leininger compreende que o cuidado deve estar articulado à visão de mundo, à estrutura social e a valores culturais de uma cultura em particular (LEININGER, 1991c).

LEININGER (1991c) identifica o cuidado humano como central para a enfermagem, e refere que há necessidade de conhecer os significados, expressões, padrões, funções e estruturas do cuidar/cuidado humano. Sem tal conhecimento, a enfermagem não pode justificar sua existência como uma profissão ou uma disciplina.

O método de pesquisa qualitativa, utilizando técnicas e instrumentos adequados, é capaz de documentar, descrever, compreender e interpretar os significados, experiências, símbolos, relacionados às pessoas, apoiando-se nos reais e potenciais fenômenos de enfermagem. A enfermagem ganha corpo de conhecimento a partir da análise de dados das pessoas pertencentes a uma determinada cultura, em um determinado tempo, sobre um determinado assunto relevante, proveniente da prática de enfermagem e da realidade local. É necessário descobrir a verdadeira essência, natureza, padrões e expressões do cuidado humano, assim como para o avanço do conhecimento do cuidado de enfermagem (LEININGER, 1985b).

Faz-se necessário, portanto, compartilhar as idéias das pessoas de maneira natural e espontânea com o pesquisador, onde este possa aceitar e considerar os estilos diferentes de vida ligados a crenças e culturas específicas de cada família. O pesquisador, segundo LEININGER (1991a), deve ser sensível às idéias das pessoas, respeitando-as, interpretando-as no seu contexto cultural.

O pesquisador adota uma postura de aprendiz da realidade cultural estudada.

Considero o presente estudo complexo ao abordar aspectos relacionados à cultura familiar frente à prática do aleitamento materno. Existem muitos tabus e “crenças” que necessitam ser desvendados, apreendidos e esclarecidos ao “trinômio mãe-filho-família”. Foi necessário utilizar um método centrado nas pessoas e que permitisse compartilhar suas crenças e ações de cuidado de forma espontânea com o pesquisador.

Conhecer, compreender, descrever, documentar e explicar a maneira como as pessoas experienciam o cuidado humano, é essencial para guiar as práticas de enfermagem (LEININGER, 1991a). Concordo com tal afirmação e ressalto que o enfermeiro, ao prover o cuidado ao ser mulher que amamenta e seu *familiar/significante*, deve conhecer e respeitar o contexto em que está ocorrendo o processo do aleitamento materno, tendo em vista a influência cultural familiar que se percebe na prática da amamentação adotada pela mãe que amamenta.

Descrevo, a seguir, os passos percorridos, passos que foram construídos e respaldados em LEININGER (1985a, 1991a) para conduzir esta pesquisa qualitativa e que foram seguidos desde a identificação do fenômeno a ser estudado até a forma de coleta e análise dos dados obtidos, na busca de sua compreensão.

**PASSO 1** – “Identificar o fenômeno a ser estudado e a relevância do estudo para avançar na prática e no conhecimento de enfermagem”.

A identificação do fenômeno a ser estudado emergiu da minha prática profissional e da realidade vivenciada com o ser mulher que amamenta e seu *familiar/significante*.

Entendo que o pesquisador, usualmente, tem idéias teóricas gerais para predizer o direcionamento da pesquisa e, freqüentemente, essa teoria é ampla

para poder acomodar subteorias ou desenvolver uma teoria mais substancial. Os informantes fornecem e controlam os dados, não o pesquisador.

Como refere MINAYO (1996, p.17), a pesquisa é uma *atividade básica da Ciência na sua indagação e construção da realidade*. Acrescenta ainda que, embora a pesquisa seja uma prática teórica, ela vincula pensamento e ação, ou seja, *...nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática*. As pesquisas se relacionam a interesses e circunstâncias socialmente condicionadas.

A relevância deste trabalho fica evidenciada ao se analisar a influência cultural que a família exerce no ser mulher que amamenta, podendo muitas vezes ser determinante na escolha e adoção de uma prática de aleitamento materno que nem sempre é eficaz e prazerosa, demonstrando que a cultura familiar da amamentação ainda é muito presente em nossos dias.

## **PASSO 2 – “Explorar a literatura disponível na área de investigação”.**

Antes de iniciar o estudo, a investigação literária sobre o assunto é importante. Esta investigação ajuda a revelar o que foi ou não estudado, sendo essencial para fundamentar, reafirmar ou propor um novo estudo.

A literatura do assunto em questão foi e tem sido explorada e quanto mais avanço na leitura de assuntos da área, mais certeza tenho sobre a relevância do objeto da minha investigação.

## **PASSO 3 – “Preparar os instrumentos de pesquisa, planos e autorização”.**

Dependendo da natureza ou foco do trabalho, equipamentos, instrumentos, materiais, tempo, custos e muitos outros aspectos necessitam ser considerados ao iniciar um estudo. É importante obter aprovação da instituição ou da comunidade a ser estudada e consentimento por escrito das pessoas que participam do trabalho.

Este passo permitiu-me organizar minhas indagações e a investigação propriamente dita. Os instrumentos de pesquisa (Anexo 4 e 5) foram confirmados com a realização do Relatório da Prática Assistencial (1999). Observei as etapas éticas para adentrar no campo (Anexo 1), bem como os trâmites legais para obter a autorização de realização da entrevista com os clientes (Anexos 2 e 3), conforme descrevi em capítulo sobre a ética.

**PASSO 4** – “Identificar e escolher o local, a comunidade e as pessoas a serem estudados”.

É necessário ter uma amostra representativa, porém não tão meticulosa e detalhada quanto a da pesquisa quantitativa, pois os propósitos desta são diferentes dos objetivos de estudos qualitativos.

LEININGER (1991a) preconiza a utilização do termo “informante”, o qual é usado para reconhecer atributos pessoais e os importantes papéis (funções) dessa pessoa. Há dois tipos de informante, o geral e o chave. O informante chave é mais instruído sobre a área de estudo do que o geral, sendo necessária a inclusão dessas duas categorias no estudo. Os informantes devem ser representativos da cultura que se quer estudar.

Após delimitar os assuntos a serem investigados e relacioná-los com os pressupostos do trabalho, foi elaborado um roteiro com tópicos gerais prioritários a serem seguidos, que serviu como base para a construção das perguntas abertas utilizadas com todos os entrevistados.

**PASSO 5** – “Interagir com os informantes para documentar os dados e prover o cuidado culturalmente congruente”.

Conforme LEININGER (1985a), citando Berreman, o pesquisador deve estar ciente de que a confiança, aceitação e respeito são importantes na relação

pesquisador-informante. A partir do momento que isso ocorre pode-se esperar que:

- ▶ o pesquisador tenha acesso à realidade dos informantes;
- ▶ ocorra confiança e aceitação mútuas entre pesquisador e informante;
- ▶ sejam revelados, ao pesquisador, segredos íntimos e/ou dados relevantes;
- ▶ o informante compartilhe informações abertamente com o pesquisador;
- ▶ o informante revele fatos precisos ao pesquisador;
- ▶ o informante se preocupe com os dados, as pessoas e com o pesquisador;
- ▶ o informante mostre orgulho ao compartilhar as informações verdadeiras ao pesquisador.

## 6.2 LOCAL E CONTEXTO DA PESQUISA

A presente pesquisa foi realizada em duas etapas, sendo a primeira fase em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de uma comunidade localizada no perímetro urbano do município de Londrina, zona sul, com puérperas e seu familiar/significante e, na segunda fase, no domicílio dessas clientes ou de seu familiar/significante. A área de abrangência da UBS possui 15 bairros e uma população projetada de 11.359 habitantes, cálculo baseado nos dados da população do IBGE, a partir dos setores censitários de 1996 (LONDRINA, 1998). A classe econômica da população atendida varia de baixa a média. A área geográfica não possui barreiras geográficas importantes como ruas íngremes, pontes, ou outra situação que dificultasse o acesso das pessoas na área geográfica e conseqüentemente, à UBS. A infra-estrutura da área é boa, com

asfalto, água encanada, luz elétrica, possuindo poucas áreas de risco, ou seja, áreas com condições mínimas de moradia.

A comunidade foi escolhida como local de desenvolvimento deste trabalho por ser meu campo de atuação como Coordenadora da referida UBS, bem como campo de estágio da disciplina Enfermagem Materno-Infantil que ministrei no curso de graduação em enfermagem do Centro de Estudos Superiores de Londrina (CESULON). Estes fatores foram importantes na definição do local do trabalho, pois levei em consideração o meu prévio conhecimento da realidade local, o que facilitou a realização das entrevistas.

Durante o desenvolvimento desta pesquisa, preoquei-me em manter uma postura crítica diante daquela realidade, para não ser guiada apenas pela intuição, mas sim estar fundamentada em fatos concretos, associando a eles os pressupostos teóricos que sustentaram este estudo.

A UBS em questão é considerada de média demanda e funciona 12 horas por dia. A média de nascidos vivos é de 14 por mês. Possui 30 funcionários lotados, sendo uma enfermeira, nove auxiliares de enfermagem, um médico pediatra, um médico ginecologista, um médico clínico geral, um auxiliar administrativo, um agente administrativo, dois auxiliares de serviços gerais, três dentistas, dois técnicos em higiene dental, seis auxiliares de odontologia e dois guardas. Possui uma planta física com três consultórios, três salas de atendimento de enfermagem, uma sala de puericultura, uma sala de vacina, uma sala de inalação, uma sala de curativo, uma clínica odontológica, um expurgo, uma sala de esterilização, um almoxarifado, dois banheiros de funcionários, uma cozinha e uma lavanderia.

A Unidade realiza, entre outras ações, programas de pré-natal, puericultura, controle dos nascidos vivos, incluindo os recém-nascidos de risco e planejamento familiar. Os programas de hipertensos e diabéticos foram desativados parcialmente no ano passado, tendo em vista o término da parceria com a universidade estadual que dificultou o atendimento da demanda da UBS em sua totalidade. O atendimento oferecido nessa UBS ao ser mulher que amamenta é realizado por uma equipe multidisciplinar, porém, sem considerar

adequadamente o contexto sociocultural do “trinômio mãe-filho-família” no processo do aleitamento materno, fato que me levou a realizar este estudo.

Realizar a segunda entrevista no domicílio dos clientes possibilitou a aquisição de informações muito relevantes sobre o modo de vida deles e, conseqüentemente, um melhor entendimento da realidade. Percebo que avaliar o contexto, o ambiente em que está ocorrendo o processo de aleitamento materno é, sem dúvida, imprescindível para o profissional de saúde prover o cuidado cultural.

As casas visitadas eram, na sua grande maioria, limpas, arejadas, com condições físicas de desenvolver a prática do aleitamento materno.

### 6.3 OS INFORMANTES DA PESQUISA

Os informantes deste estudo foram as mulheres puérperas (informantes chaves) que se dispuseram a participar desta pesquisa e o *familiar/significante* (informante geral) escolhido por elas que estava envolvido no processo de aleitamento materno.

Ao realizar a Prática Assistencial para atender aos requisitos do Curso de Mestrado de Enfermagem (1999)<sup>2</sup> junto às mães que amamentam e seu *familiar/significante*, pude comprovar a transferência de conhecimentos específicos relacionados à prática do aleitamento materno do *familiar/significante* para o ser mulher que amamenta, e a influência que tais conhecimentos exercem sobre esse ser. Acredito que as informações repassadas pelo *familiar/significante* são resultantes da cultura vigente. Percebi que é possível adentrar nesse mundo e que as experiências de cada ser envolvido estão repletas de informações importantes que devem ser resgatadas pelos profissionais ao prover um cuidado culturalmente congruente.

---

<sup>2</sup> Prática Assistencial realizada para atender aos requisitos do Curso de Mestrado em Enfermagem (Interinstitucional - UFSC/UFPR), para a disciplina Prática Assistencial de Enfermagem, 1999.

Durante a Prática Assistencial (1999), convivi com o ser mulher que amamenta e seu *familiar/significante* na Unidade Básica de Saúde. O contato com a realidade me instrumentalizou para o efetivo cuidado, pois revelou-se em sua concretude e significância.

A seleção dos informantes chave realizou-se a partir dos seguintes critérios:

- ▶ ser mãe que reside na área de abrangência do estudo;
- ▶ estar até o 60º dia de puerpério;
- ▶ ausência de contra-indicação tanto da mãe para amamentar como da criança em ser amamentada;
- ▶ ser mãe somente de criança a termo;
- ▶ concordar em participar do estudo.

A restrição ao período do puerpério até o 60º dia, na primeira entrevista, deveu-se ao fato de que este é o período mais crítico na vida do ser mulher que amamenta, durante o qual pode-se perceber as influências culturais existentes e fazer as intervenções necessárias. A primeira entrevista foi realizada enquanto eu desenvolvia a prática assistencial do Mestrado em questão.

O *familiar/significante* foi escolhido pelo ser mulher que amamenta na primeira etapa do trabalho, após ter sido solicitado que comparecesse na Unidade Básica de Saúde com a pessoa da família ou significativo que a ajudava, tanto nas orientações quanto na prática com os cuidados com seu filho.

Participaram do estudo 12 puérperas e seus *famíliares/significantes* entrevistados no primeiro encontro e, no segundo, apenas 11 delas participaram, pois uma das clientes mudou-se para Fortaleza. Não tive dificuldades em marcar os encontros, todas as pessoas agendadas para a segunda entrevista tinham uma boa expectativa com relação ao reencontro e me receberam de forma alegre e carinhosa, fato que muito me gratificou.

Considero que o número da amostra foi representativo para esta pesquisa, pois vivenciei o que LEININGER (1985a, 1991a) enuncia como saturação teórica que só é alcançada quando ocorre redundância na informação, onde o pesquisador obtém a mesma informação ou similar e os informantes nada acrescentam de diferente ao que já foi dito anteriormente.

#### **6.4 A APREENSÃO DOS DISCURSOS**

Para efetivar a apreensão dos discursos utilizei-me do quinto passo proposto por LEININGER (1985a,1991a), ou seja, interagir com os informantes para documentar os dados e prover o cuidado culturalmente congruente.

Na coleta de dados, preocupe-me em optar por um método e instrumento que documentasse de forma organizada e fidedigna a riqueza das falas das pessoas que participaram do trabalho e que ao mesmo tempo as contextualizasse.

Para tal realizei encontros com o ser mulher que amamenta e seu familiar/significante, ou seja, com a pessoa da família que ajudava tanto nas orientações como na prática de cuidados com seu filho. O propósito dos encontros foi de compreender o significado do processo de aleitamento materno do ser mulher que amamenta, inter-relacionado ao contexto cultural familiar. Realizei as entrevistas ao mesmo tempo em que cuidava. Cuidei, a partir de um referencial, ao mesmo tempo que observava e dialogava com os informantes, estabelecendo-se uma interação transcultural respeitosa e prazerosa. Hoje, percebo que o cuidado culturalmente congruente só é possível de ser efetivado se tivermos a sensibilidade e compreensão do outro, sem imposições ou preconceitos. Entendo que todos os momentos se inter-relacionam e permeiam o processo de trabalho por inteiro.

As entrevistas foram realizadas em dois momentos. A primeira, no período de junho a agosto de 1999, estando a puérpera antes do 60º dia pós parto.

Sentindo a necessidade de mais um contato com o "trinômio mãe-filho-família" para melhor apreender a vivência da prática de aleitamento materno depois de ter recebido o cuidado cultural, foi realizada, no mês de março de 2000, uma segunda entrevista entre o 8º e 10º mês decorrentes do nascimento.

A segunda entrevista foi realizada, aproximadamente, sete a nove meses após a primeira, com o intuito de conhecer e apreender as condições socioculturais que influenciaram a amamentação e de verificar se o cuidado negociado no primeiro encontro estava sendo implementado, ou mesmo observar as ações que necessitavam ser preservadas, negociadas novamente ou reestruturadas, sempre na perspectiva do cuidado cultural.

As primeiras entrevistas foram marcadas no primeiro comparecimento da puérpera na Unidade Básica de Saúde e/ou agendadas por telefone, sendo solicitado à puérpera que comparecesse à UBS com um *familiar/significante* que a estivesse ajudando nos cuidados com o seu filho. A segunda entrevista foi realizada no domicílio do ser mulher que amamenta ou de seu *familiar/significante*, sendo previamente agendada por telefone e explicitados os objetivos deste segundo encontro.

O critério de participação na segunda entrevista, realizada no domicílio da cliente, foi ter participado da primeira, mas deu-se liberdade à cliente de escolher o *familiar/significante* que mais atuou em todo o processo de aleitamento materno até o momento da segunda entrevista, podendo ser ou não a mesma pessoa que participou da primeira.

Em cada entrevista, participaram o ser mulher que amamenta e seu *familiar/significante*, sendo que os encontros foram gravados após prévio consentimento por escrito dos informantes (Anexo 2 e 3).

Para a apreensão das informações, utilizei a entrevista semi-estruturada, a qual, segundo LEININGER (1985a,1991a), serve para obter informações exatas e inesperadas do informante. É necessário que o pesquisador tenha um conhecimento mínimo do contexto do informante, caso contrário pode deixar de obter informações relevantes que envolvam referências culturais, fatores

ambientais e informações explícitas e implícitas (LEININGER, 1991a). Tópicos gerais devem ser selecionados e elaborados pelo pesquisador para servir como guia a ser usado ao abordar, com os informantes, o assunto a ser investigado.

ALVES & SILVA (1992, p.64) enunciam que as questões necessitam ter uma formulação flexível, em que a seqüência e a minuciosidade ficarão por conta dos discursos dos informantes e da dinâmica que deve fluir naturalmente no momento da entrevista, momento este em que o

*...entrevistador e entrevistado se defrontam e partilham uma conversa permeada de perguntas abertas, destinada a evocar ou suscitar uma verbalização que expresse o modo de pensar ou de agir das pessoas face aos temas focalizados, surgindo então a oportunidade de investigar crenças, sentimentos, valores, razões e motivos que se fazem acompanhar de fatos e comportamentos, numa captação na íntegra da fala dos sujeitos.*

As questões elaboradas para as entrevistas deste estudo nem sempre foram na mesma ordem, uma vez que o seu desenvolvimento era determinado essencialmente pela participação dos informantes, por suas dúvidas e pelas suas opiniões. Existia porém, a preocupação de não se desviar da temática da entrevista. Ao final de cada entrevista, foi aberto um espaço para que a informante verbalizasse o que gostaria em relação a prática do aleitamento materno, com o intuito de apreender mais sobre a cultura familiar.

ALVES & SILVA (1992, p.64) acrescentam, ainda, que o pesquisador, tendo a preocupação em fazer aproximações com os sujeitos, sendo empático e respeitoso, terá a disponibilidade dos sujeitos e o seu envolvimento com seu papel de informante, ampliando a possibilidade de validade dos dados obtidos, ocorrendo *...um momento de reflexão, retomada de fatos, valores e idéias do passado (quando este é o caso) e a gratificação com sua transmissão ao entrevistador.*

O entrevistador deve deixar o informante o mais à vontade possível e ouvir atentamente as suas idéias, seus planos e crenças sobre determinado assunto. É importante anotar essas idéias de forma discreta e sem interrupções. A gravação das entrevistas pode ser feita para assegurar relatos precisos e completos, sendo que só poderá ser realizada com o consentimento do informante (LEININGER, 1985a). A gravação possibilita uma maior preservação dos dados dos informantes e da interação do entrevistado com o entrevistador.

Após realizar a gravação dos depoimentos, é necessário transcrever literalmente as falas e fazer anotações sobre atitudes ou detalhes importantes ocorridos durante a entrevista, pois cada informante possui uma visão diferente das situações vividas, gerando atitudes e comportamentos diferentes. Tais informações irão qualificar, engrandecer e oferecer mais fidedignidade à análise de dados.

Em cada encontro, busquei observar e escutar antes mesmo de interagir ou prover um cuidado com as pessoas envolvidas, com a intenção de conhecer a realidade dos informantes. Após conhecer o contexto de cada um, passei a interagir mais com as pessoas, observando suas reações.

Durante o desenvolvimento das entrevistas, preoquei-me em garantir um clima de confiança, aceitação e respeito, deixando espaços para perguntas e colocações dos clientes, com o intuito de estabelecer uma interação entre a mulher que amamenta, seu familiar/significante e o enfermeiro-pesquisador. Também houve a preocupação de não comprometer, em momento algum, a segurança do ser mulher que amamenta em relação às suas ações, e nem tampouco emitir comentário que pudesse fazê-la sentir-se culpada por qualquer atitude sua.

Pesquisando a prática do aleitamento materno, temos que prever e nos preparar para o fato de podermos nos deparar com mulheres que não conseguiram amamentar e o enfermeiro-investigador, em nenhum momento, deve expressar e/ou verbalizar críticas quanto a este fato, tendo em vista a ampla gama de variáveis que interferem na prática do aleitamento materno.

O propósito das entrevistas foi de compreender o significado do processo de aleitamento materno da mulher que amamenta, inter-relacionado à história pessoal e familiar pregressa de amamentação e ao contexto cultural da família e, a partir daí, prover cuidado culturalmente congruente ao ser mulher que amamenta e ao seu *familiar/significante*. O cuidado cultural possibilitou um contato mais próximo com a realidade e, conseqüentemente, pode-se descobrir como se dava o processo de aleitamento materno no contexto cultural familiar do grupo envolvido no estudo. Acredito que a compreensão desse processo redireciona a práxis do profissional de saúde, entendendo como práxis a prática profissional intencional, sistematizada e direcionada, desenvolvida após interagir com a informação obtida pela pesquisa de campo.

Este processo permitiu, através dos encontros com o a mulher que amamenta e seu *familiar/significante*, compreender as expressões dos sujeitos e implementar o cuidado de enfermagem, ações estas que julgo terem sido congruentes e simultâneas. As entrevistas se desenvolveram de forma contínua, aberta e dinâmica, e foram momentos que se complementaram.

Ao mesmo tempo em que apreendia as falas, buscava prover o cuidado cultural através dos três modos propostos por LEININGER (1991c) que são: "Manutenção cultural do cuidado (preservação), Acomodação cultural do cuidado (negociação) e Remodelação cultural do cuidado (reestruturação)".

Com o objetivo de compreender melhor o caminho percorrido na aplicação do cuidado culturalmente congruente desenvolvido na primeira entrevista, descrevo os momentos que serviram de subsídio para a segunda entrevista e para a análise dos dados.

A primeira entrevista, realizei-a durante a Prática Assistencial (1999) durante a qual busquei prover o cuidado culturalmente congruente através dos três modos propostos por LEININGER (1991c) preservando, acomodando ou repadronizando o cuidado.

O primeiro momento foi a aproximação da enfermeira com o ser mulher que amamenta e com o seu *familiar/significante* participantes deste estudo, com

o objetivo de compreender o processo de aleitamento materno em relação ao “trinômio mãe-filho-família”.

Esta etapa serviu para que eu conhecesse a visão de aleitamento materno do ser mulher e de seu *familiar/significante*, envolvendo seus valores, crenças, a cultura familiar existente, ocasião em que utilizei muito a observação. Neste momento, eu não buscava apenas um levantamento de dados, mas informações que me permitissem uma avaliação da realidade para simultaneamente prover ações de cuidado culturalmente congruentes.

Procurei ouvir atentamente a cliente e seu *familiar/significante*, realizando observações pertinentes, apreendendo com eles o significado dado ao processo de aleitamento materno. Isto permitiu-me ter uma visão mais ampla da realidade vivida pelos informantes. Esta fase é relevante, pois pode-se compreender o que está ocorrendo no processo do aleitamento materno, sendo a base para que o profissional possa propor e negociar o cuidado de enfermagem necessário, respaldado na realidade local.

Na segunda entrevista, tentei fazer observações refletindo a prática de aleitamento materno desenvolvida pelo “trinômio mãe/filho/família” para determinar o seu impacto real e, ao mesmo tempo, avaliar a situação encontrada. Neste trabalho, sempre procurei aprender com os informantes, mais do que controlar as suas reações.

A segunda entrevista foi previamente agendada por telefone, o que facilitou o contato. Foi realizada no domicílio da paciente ou de seu *familiar/significante* após a obtenção de seu consentimento, sendo que os objetivos do trabalho foram antecipadamente explicitados. Em dois casos, as clientes haviam transferido residência para outra região de Londrina e outras duas mudaram seu domicílio para outra cidade. Uma dessas clientes que está morando em cidade próxima de Londrina (aproximadamente 60 Km de Londrina), entrou em contato comigo por telefone quando estive em Londrina para visitar sua mãe, conforme havíamos combinado, sendo possível a realização da segunda entrevista. A outra cliente que mudou de Londrina, foi morar em Fortaleza, e portanto não tive condições de realizar a segunda entrevista.

Este momento caracterizou-se pela reflexão contínua daquilo que foi apreendido na primeira entrevista, com o objetivo de descobrir o caminho a ser percorrido dali em diante. Refletimos sobre os cuidados realizados com o “trinômio mãe-filho-família” para que juntos pudéssemos entender como eram desenvolvidos. Esta reflexão nos aproximou e facilitou a interação criando as condições necessárias à realização do cuidado culturalmente congruente.

Procurei, nesta etapa, refletir sobre a realidade apreendida e a partir dela propor estratégias de cuidado de enfermagem buscando preservar, acomodar ou reestruturar as ações desenvolvidas na prática do aleitamento materno. MONTICELLI (1997) relata que a ação/reflexão é parte integrante quando se busca prover cuidados culturalmente congruentes sem gerar sentimentos de imposição cultural por parte da enfermeiro.

Nesta fase, há uma maior participação do profissional na busca de adaptações pertinentes à prática do aleitamento materno já realizada pelo ser mulher que amamenta e do seu *familiar/significante*. A observação continua, mas começa a haver alguma participação (cuidado) de forma gradativa, já dentro de uma interação com o “trinômio mãe-filho-família”. Segundo LEININGER (1985a), é importante que o participante de qualquer ação, cuidado ou evento, mantenha um papel de observador.

A segunda entrevista possibilitou que o processo de aproximação fosse contínuo, aberto e dinâmico. Caracterizou-se, também, pela avaliação do cuidado negociado, apreendido e executado com o “trinômio mãe-filho-família” no processo do aleitamento materno, verificando se houve congruência cultural e readequando o cuidado quando necessário. MONTICELLI (1997, p. 95) refere que se no cuidado *...houve congruência cultural, a evolução será considerada positiva*. Essa avaliação não ocorre somente nesse momento, sendo necessário realizar reflexões conjuntas sobre todos os cuidados desenvolvidos para, desta forma, avaliar todo o caminho percorrido. Esta etapa necessita de um tempo maior para as avaliações pertinentes, pois envolve a avaliação de mudança de hábitos e de comportamentos quando necessário.

Em resumo, a segunda entrevista foi realizada visando a compreensão e análise do processo de aleitamento materno depois que o “trinômio mãe-filho-família” recebeu cuidado de enfermagem congruente com seu contexto cultural.

## 6.5 A ÉTICA PERMEANDO A PESQUISA

Estamos em uma busca constante da qualidade dos serviços de saúde e da qualificação dos profissionais de saúde, na expectativa de que, desta forma, poderemos melhorar os coeficientes de morbi-mortalidade de um determinado grupo populacional.

Entendo que ao trabalhar com a qualificação do cuidado de enfermagem, estamos contribuindo para a redução dos coeficientes de morbi-mortalidade e também ajudando a fornecer a um determinado grupo populacional, a possibilidade de um cuidado digno de enfermagem, centrado no cliente/paciente, que pertence a uma família e a uma comunidade, sendo portanto um cuidado humano, integral, ético.

CAMPBELL (1998, p.173) aponta que qualificar o cuidado de enfermagem é trabalhar com o desenvolvimento da ética desse cuidado. Enfatiza que a qualidade da relação entre o cuidador e o cuidado e o respeito pelas pessoas deve ter um lugar central; refere, ainda, sobre a importância do *...retorno da valorização das culturas tradicionais e na forma com que elas provêm símbolos poderosos de unidade entre grupos humanos e o meio ambiente natural.*

Cuidar do ser mulher que amamenta a partir da prática do aleitamento materno adotada por ela e por seu *familiar/significante* é trabalhar para qualificar o cuidado a ser dispensado ao “trinômio mãe-filho-família” e, conseqüentemente, implementar a ética do cuidado. Desta forma, ocorrerá a interação entre o enfermeiro e a mulher que amamenta, e a cultura familiar em questão estará sendo respeitada. O cuidado estará respaldado na cultura existente e as

possibilidades de sucesso na prática do aleitamento materno poderão ser maiores.

Ao analisar sobre o que é ética, encontra-se a citação de Häring, mencionado por GELAIN (1998, p.19), que se refere à ética como *a tentativa sistemática de iluminar o "ethos" e de elaborar as perspectivas, as direções de uma profissão, de uma classe social; compreende "ethos" como ...os comportamentos que caracterizam uma cultura um grupo profissional, enquanto faz uso de alguns valores e de uma escala deles, [...] a tradição e a experiência comuns de um grupo, baseadas numa hierarquia de valores.*

COELHO (1994), citando Young, aponta que valores são adquiridos, introjetados, reforçados ou readequados com novas experiências e quando estes valores são ligados formam um sistema ético. O sistema ético seria o sistema de julgamento moral baseado nas crenças e valores dos indivíduos e das sociedades.

O enfermeiro, ao implementar as ações de cuidado na prática do aleitamento materno ao ser mulher que amamenta e ao seu **familiar/significante**, não pode deixar de considerar as crenças e as normas presentes na cultura familiar. Desta forma, pode *entender melhor porque existem diferenças nos julgamentos e escolhas, feitos por outros nos diferentes ambientes sociais*, como cita COELHO (1994, p.6). Explicita ainda, este autor, que a análise dos valores pessoais e grupais forma as bases nas quais os enfermeiros irão se apoiar para definir seus papéis e suas responsabilidades.

A prática e os estudos de enfermagem devem ser respaldados nos aspectos éticos, pois todo cidadão deve ter direito à livre escolha com relação ao cuidado a ser realizado; desta forma, o cuidador e o pesquisador terão tranquilidade de consciência e a legalidade profissional no exercício da prática. Preocupar-se com a ética é preocupar-se em legitimá-la.

Para tanto, é necessário o consentimento esclarecido do sujeito da pesquisa, que para FORTES (1997, p.6) *é manifestação da essência do princípio da autonomia. Fruto de decisão livre, voluntária, realizada por pessoa competente,*

*fundamentada em adequada informação.* Enfatiza, ainda que, para que a pessoa possa emitir seu consentimento esclarecido, as informações devem ser compreendidas, não sendo suficiente que se comporte como mera receptora delas. As informações devem se adequar às condições sociais, psicológicas e culturais de cada pessoa.

HOSSNE (1997), ao reportar-se à Resolução 196/96 que define as normas para pesquisas que envolvem seres humanos, afirma que a comunidade tem que ser respeitada em seus valores culturais, tem que haver retorno do estudo para a comunidade, tem que haver uma liderança da comunidade participando da discussão do projeto, não podendo haver agressão à auto-estima.

Essa preocupação relacionada ao respeito ao ser humano é também apontada por GELAIN (1995, p.16) quando enfatiza que a ética *longe de se restringir à simples normatização dirige-se para horizontes que incluem a preocupação com o respeito à pessoa como cidadã e como ser social.*

O desenvolvimento desta pesquisa ocorreu mediante prévia autorização, por escrito, da Diretoria de Unidade Básica de Saúde e consentimento dos clientes em participar deste estudo (Anexos 1, 2 e 3) quando estes já estavam cientes do tema e dos objetivos da pesquisa, como também do modo de participação de cada pessoa. Assegurou-se o aspecto facultativo de suas participações, preservando o anonimato das clientes e do serviço. As entrevistas foram gravadas, após consentimento por escrito das clientes. Os resultados serão posteriormente repassados ao serviço, como contribuição à melhoria do cuidado às mães que amamentam e seus *familiar/significante.*

A questão da saúde inserida em uma estrutura complexa e histórico-social apresenta seu caráter ético dentro de uma perspectiva multidimensional. Neste sentido, entende-se que a ética na área da saúde extrapola o puro e simples cumprimento de regras e normas, pois visualiza o homem enquanto ser co-participante, integrado às decisões, um ser de relações sociais, que tem poder de opção frente as suas possibilidades e necessidades.

Assim, a ética permeia a responsabilidade tanto do profissional como do cliente, que compartilham direitos e deveres, com um único fim: a melhoria da saúde com consciência crítica.

Em vista das características desta abordagem metodológica, que envolveu as clientes e seus familiares/significantes, não houve nenhuma forma de dano ou prejuízo à saúde ou vida dos sujeitos envolvidos. É importante salientar que ao tomar todos os cuidados éticos que envolvem uma prática profissional, está-se assegurando a qualidade, o compromisso e o respeito a todos os envolvidos.

Considero que esta pesquisa possibilitou-me um maior crescimento pessoal e profissional, além de revelar o quanto é rica a experiência de se trabalhar com pessoas.

## 7 EFETIVANDO A ANÁLISE DO APRENDIDO: A BUSCA DA COMPREENSÃO

*Viver, e não ter a vergonha de ser feliz.*

*Cantar, a beleza de ser um eterno aprendiz.*

MÚSICA – O QUE É, O QUE É? – GONZAGA JUNIOR, 1982.

Depois de obtidos os depoimentos, iniciei a análise voltada aos modos de cuidar propostos por Leininger, fazendo a ligação entre o que pode ser preservado, negociado e o que necessita ser repadronizado. A análise apresentada neste trabalho compreende aspectos relacionados à primeira e segunda entrevistas, demonstrando a riqueza do vivenciado e apreendido.

Com base na fundamentação teórica deste trabalho, a análise dos depoimentos buscou apreender significados nas falas dos informantes, relacionando-os com a realidade em que estão inseridos.

Conforme salientam ALVES & SILVA (1992, p.65), a sistematização dos dados é um movimento constante que direciona para uma análise da questão advinda do problema de pesquisa para a realidade, a partir desta se faz necessário fazer uma abordagem conceitual de literatura, interligando a literatura com os dados obtidos, se repetindo e se cruzando até que *...a análise atinja pontos de “desenho significativo de um quadro”, multifacetado sim, mas passível de visões compreensíveis.*

A análise foi desenvolvida e baseada no método descrito por LEININGER (1991a), composto de quatro fases:

- ▶ **COLETA E DOCUMENTAÇÃO DOS DADOS BRUTOS.** Nesta fase, os dados foram coletados e documentados e realizado o registro minucioso dos mesmos. Realizei a transcrição literal de todos os depoimentos. Esta fase está descrita com maior detalhamento no item de "A apreensão dos discursos", em capítulo anterior.
- ▶ **IDENTIFICAÇÃO DOS DESCRITORES E COMPONENTES.** Nesta fase, realizei a leitura dos dados procurando identificar os descritores, tentando buscar as semelhanças e diferenças contidas nas afirmações e comportamentos a fim de classificá-los permitindo, desta forma, uma compreensão inicial da situação.
- ▶ **ANÁLISE CONTEXTUAL E DE PADRÕES.** Nesta fase, os dados são conferidos para se descobrir os padrões de comportamento, significados estruturais e análise contextual. Busca-se padrões recorrentes, sendo estes entendidos como eventos, experiências e modos de vida que se manifestam por meio de repetidos padrões de comportamentos. Ou seja, é aquilo que se repete, se manifesta nos depoimentos. Aqui também foram situados os padrões não repetidos.
- ▶ **TEMAS CONSIDERADOS RELEVANTES E FORMULAÇÕES TEÓRICAS.** Na quarta fase, foram necessárias muitas leituras do material colhido, com o objetivo de retirar o tema central e os subtemas da pesquisa, e para poder refletir e formular teorizações e recomendações.

Passarei a descrever as percepções que desenvolvi ao longo desta etapa, para que o leitor possa participar das experiências vividas nesta fase, que se caracterizou por muitas leituras, interpretações e aprendizado.

Realizei repetidas leituras das transcrições das falas dos informantes, relacionando-as aos dados coletados através da entrevista semi-estruturada. Identifiquei os tópicos de interesse para este trabalho com o intuito de apreender o fenômeno dentro de um contexto previamente estabelecido e interpretar o seu significado utilizando, muitas vezes, conhecimentos de áreas afins.

Ao efetivar a análise dos discursos obtidos nas entrevistas, procurei desvendar o que estava oculto ou pouco evidente nas falas dos informantes. Esta fase, de grande importância para o estudo, tornou-se estimulante e desafiante, pois tinha a certeza de que a análise dos depoimentos me levaria a novas descobertas que poderiam ser incorporadas à prática do enfermeiro e de outros profissionais ligados ao tema deste estudo.

Para efetuar a análise das informações, preparei o material coletado nas entrevistas, organizando-o e agrupando-o em descritores encontrados nas falas. Em um próximo passo, realizei a análise contextual, buscando encontrar os padrões recorrentes de comportamento através de leituras atentas das entrevistas. Esta fase foi realizada com muito cuidado, pois tinha a consciência que este agrupamento iria direcionar e construir o caminho a ser percorrido para a realização da análise dos depoimentos.

As leituras atentas das falas das entrevistas ofereceram subsídios para a análise da realidade encontrada e, conseqüentemente, para o processo da análise contextual do apreendido.

O material das falas foi cuidadosamente explorado para ser decodificado e, assim, revelar os temas e subtemas, os quais contêm a essência das falas, a real magnitude dada pelas clientes à vivência do processo da amamentação. Portanto, os temas e subtemas foram construídos com fundamento nas leituras incessantes dos depoimentos, em que foram identificados fatos relevantes e importantes para o estudo do processo de aleitamento materno relacionado e vivenciado pelo "trinômio mãe-filho-família".

Muitas vezes, se faz necessário, durante o processo de análise de dados, remodelar ou aperfeiçoar a denominação dos temas e subtemas relevantes, para

melhor classificar os discursos e, conseqüentemente, obter maior fidedignidade na análise a ser realizada.

O agrupamento dos depoimentos permite a realização da compreensão e a visualização das descobertas. É necessário, primeiramente, comparar e confrontar os achados, para depois articulá-los com o referencial teórico escolhido e, finalmente, chegar a uma compreensão final das informações.

Após percorrer as fases acima mencionadas e, a partir da análise dos discursos, foram destacados três grandes temas relevantes que foram subdivididos em subtemas (Quadro 1).

A fase de análise dos depoimentos é trabalhosa, porém muito enriquecedora. À medida em que a realizava, aprendia através das novas descobertas. O tempo destinado para este período foi longo e houve necessidade de avaliá-lo e organizá-lo.

Em um certo momento, percebi que precisava organizar melhor os dados encontrados e o meu raciocínio, para então continuar a análise. Para tanto, realizei esquemas com palavras chaves dos temas e subtemas do estudo. Estes esquemas me possibilitaram perceber a amplitude dos temas e subtemas, momento em que avaliei todo o caminho percorrido na análise. A certeza de ter escolhido corretamente o caminho foi necessária neste momento. Foi preciso realizar algumas reformulações para clarear a análise dos depoimentos. O pesquisador necessita possuir muita segurança nesse momento; neste trabalho, as fundamentações de Leininger contribuíram muito para que eu alcançasse a segurança desejada.

## QUADRO 1 – ANÁLISE CONTEXTUAL

TEMAS	SUBTEMAS
<p>1. O <i>familiar/significante</i> no convívio com a mulher que amamenta.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) O apoio do <i>familiar/significante</i> a mulher que amamenta.</li> <li>b) A expressão de sentimentos e crenças do <i>familiar/significante</i> relacionada ao contexto cultural do ato de amamentar.</li> <li>c) As mudanças na dinâmica familiar diante do aleitamento materno.</li> <li>d) A presença do companheiro na vivência da prática da amamentação.</li> </ul>
<p>2. A <b>mulher que amamenta</b> inserida no contexto familiar cultural</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) A vivência pessoal de amamentar pela expressão de emoções e sentimentos.</li> <li>b) A decisão de amamentar ou não inter-relacionada ao contexto cultural.</li> <li>c) O trabalho como fonte impeditiva da continuidade do aleitamento materno.</li> <li>d) Comportamentos e atitudes que revelam as dificuldades e dúvidas sobre o processo de aleitamento materno.</li> </ul>
<p>3. O <b>profissional/instituição de saúde</b> participe no processo de amamentação sob a ótica da mulher que amamenta e seu <i>familiar/significante</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Conceitos aprendidos e perpetuados no cuidado ao ser mulher que amamenta: a compreensão da linguagem técnica.</li> <li>b) O apoio do profissional de saúde.</li> <li>c) Intercorrências de saúde que limitam ou impedem a amamentação.</li> <li>d) As necessidades de cuidado na vivência do aleitamento materno.</li> </ul>

Para facilitar ao leitor o entendimento das falas enunciadas a seguir e, para ficar claro quem é o informante, optou-se por apresentar, ao término dos depoimentos, o número correspondente ao trinômio entrevistado e uma letra para identificar o tipo de informante. A letra (a) corresponde às falas da mulher que amamenta e a letra (b) às do familiar/significante. A transcrição das falas foi realizada na íntegra para manter a originalidade dos diálogos e das expressões.

Não obstante o fato de ter sido dada liberdade às mulheres que amamentavam na indicação da pessoa que mais a ajudava nos cuidados com a criança, todos os familiares/significantes que participaram deste estudo eram parentes delas.

Pode-se observar, durante a coleta dos depoimentos, o enunciado por LEININGER (1991c) quando refere que se o pesquisador estabelece um relacionamento confiante com os informantes, estes geralmente gostam de expressar considerável orgulho, prazer e interesse em ter suas idéias como foco central do estudo. Isto aconteceu com todos os “trinômios mãe-filho-família” deste estudo os quais, ao darem seus depoimentos, mostraram-se confiantes, orgulhosos e interessados.

Tais observações tornam-se importantes pois, segundo LEININGER, (1991c) os dados coletados se configuram mais ricos, vastos, consistentes, com idéias importantes sobre o cuidado cultural e sua relação com o bem-estar e saúde.

Fica assegurada a certeza de que os dados analisados a seguir fornecerão sugestões sobre as ações e decisões do cuidado de enfermagem ao ser mulher que amamenta inserida no contexto cultural familiar.

Passo a relatar alguns dados de identificação dos informantes deste estudo, para que se possa realizar sua caracterização.

## □ IDENTIFICAÇÃO DOS TRINÔMIOS ESTUDADOS

### 1. O familiar/significante

Foram entrevistados doze familiares/significantes na primeira entrevista e 11 na segunda; destes, 10 já haviam participado da primeira entrevista. Todos tinham parentesco com mulher que amamentava, ou seja, cinco eram mães dessa mulher; cinco eram maridos/companheiros; dois eram sogra e um era irmã.

### 2. A MULHER QUE AMAMENTA

Participaram do referido estudo 12 mulheres que amamentavam, na primeira entrevista, e onze na segunda entrevista. A idade das mesmas variou entre 20 e 34 anos. Por ocasião da segunda entrevista, 10 mulheres que amamentavam residiam com o marido/companheiro e uma morava com os seus pais.

Com relação ao número de filhos, cinco experimentavam ser mãe pela primeira vez e sete tinham até três filhos; destas, uma havia tido gêmeos naquela última gravidez. Seis mulheres possuíam o segundo grau de escolaridade, cinco o primeiro grau e uma estava cursando o terceiro grau. Quatro das mulheres trabalhavam fora de casa.

Todas as mulheres deste estudo fizeram mais que seis consultas de pré-natal e permaneceram em alojamento conjunto na ocasião do parto, sendo que onze delas já haviam recebido orientações sobre o aleitamento materno por ocasião da primeira entrevista. Uma dessas mães, que não havia recebido orientações sobre aleitamento materno quando foi realizada a primeira entrevista deste estudo, teve parto gemelar e realizou o seu pré-natal e o parto em outra cidade próxima de Londrina.

Todos os partos foram hospitalares, sendo oito partos normais com episiotomia e quatro cesárias.

### 3. A CRIANÇA

Todas as crianças desse estudo nasceram sem intercorrências significativas e, como já relatado anteriormente, permaneceram em alojamento conjunto no pós-parto imediato.

Cinco crianças mamaram na primeira meia hora após o parto, duas mamaram entre uma e duas horas e cinco crianças só mamaram após duas horas de nascimento.

Verifica-se que mais da metade das crianças do estudo não mamou na primeira meia hora após o parto, conforme recomendação da OMS/UNICEF adotada pelo Ministério da Saúde. Tal recomendação faz parte dos “Dez Passos para o Sucesso da Aleitamento Materno” — Passo 4 “Ajudar as mães a iniciarem o aleitamento materno na primeira meia hora após o parto” — e tem como objetivo permitir o contato corporal do binômio mãe e filho logo após o parto. O recém-nascido apresenta, neste período, um estado de alerta que lhe permite olhar ao seu redor e fixar a vista em sua mãe. Esse contato irá favorecer que ocorra a sucção imediata da criança na primeira meia hora após o parto possibilitando, entre outras vantagens, a descarga de oxitocina que irá facilitar a descida do leite materno além de contrair o útero materno, diminuindo o risco de hemorragias pós-parto (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1995).

#### **1. O familiar/significante no convívio com a mulher que amamenta**

Percebe-se, pelos depoimentos, que as crenças e expressões de sentimentos relacionadas ao processo de aleitamento materno transmitidas pelo familiar/significante ao ser mulher que amamenta estão inter-relacionadas ao contexto cultural. Na troca de informações, são repassados sentimentos que envolvem medo, vergonha, tranquilidade e outros, os quais podem suscitar

dúvidas e dificuldades que exigem mudança de comportamento por vezes conflitantes com o modo de ser da mulher que amamenta.

Nos relatos, os *familiares/significantes* demonstram a necessidade de serem ouvidos e compreendidos pelo ser mulher que amamenta, devendo acatar seus conselhos, como, por exemplo, substituir a amamentação por mamadeira de leite artificial diante do choro do bebê.

Este subtema retrata o cuidado cultural genérico que é processado através das gerações. É aqui que situa-se a influência do *familiar/significante* sobre o ser mulher que amamenta, bem como a necessidade constante de atuação do enfermeiro para observar, detectar e motivar a manutenção, negociação e repadronização do cuidado.

#### **a) O apoio do *familiar/significante* a mulher que amamenta**

Apreende-se pelas falas da mulher que amamenta, ou que amamentou, que o apoio do *familiar/significante* foi de grande importância neste processo, justificando a preocupação deste trabalho de preparar, educar e apoiar também o *familiar/significante*, entendendo ser este um ator importante em todo o processo do aleitamento materno. A comunidade também deve ser preparada, pois foram encontradas citações de condutas impróprias fornecidas ao ser mulher que amamenta por pessoas da comunidade, deixando-a insegura com relação à prática adotada de aleitamento materno. Tal fato é fonte de preocupação para o ser mulher que amamenta o que, muitas vezes, prejudica a amamentação.

É necessário preparar o *familiar/significante* sendo que este é a pessoa que irá auxiliar a mulher que amamenta, como o marido/companheiro, a sogra, a irmã, etc. Os serviços de saúde devem se preocupar em preparar o *familiar/significante* para interagir com a mulher que amamenta.

As quatro mulheres que ainda estavam amamentando por ocasião da segunda entrevista possuíam uma relação harmoniosa com o

familiar/significante, ficando clara a existência de uma grande interação do “trinômio mãe-filho-família”, fator muito importante para que a prática de aleitamento materno ocorra de forma prazerosa.

Os depoimentos demonstram que, mesmo considerando importante o apoio do familiar/significante, a mulher que amamenta expressa preocupação em contar com esta ajuda, em não estar atrapalhando. Considera que a participação do familiar/significante está relacionada ao incentivo de uma melhor alimentação da mulher que amamenta, à proximidade, enquanto presença nesse processo e aos aconselhamentos para evitar o estresse.

As mães que amamentam, estudadas nesta pesquisa, comentam que a compreensão e a ajuda do familiar/significante são formas de apoio e que este transforma-se em cuidado. Os depoimentos revelam que há diferenças no manejo do aleitamento materno entre os vários familiares/significantes que atuaram no processo.

LEININGER (1991c) refere que o cuidado genérico deve ser apreendido pelo profissional de saúde para prover o “cuidado cultural”. Esta afirmação sempre me estimulou a desenvolver o cuidado cultural pois tinha a certeza que essa era uma característica do cuidado profissional que deveria ser resgatada, aplicada e aprimorada para qualificar a ação do profissional de saúde.

*A família ajuda, nossa, minha mãe me ajudou bastante. Só que ao mesmo tempo eu sempre fui preocupada, o que será que estou fazendo, será que está atrapalhando alguém, será que não está. Eu sempre vi este lado, vai me ajudar mas será que não vai atrapalhar. Então ao mesmo tempo ajudava e atrapalhava (entrevista – 3a).*

*O meu pai foi meu maior apoio, porque eu não sou de comer muitas coisas, mas meu pai e minha mãe incentivava, me ajudava. Eles queriam que eu amamentasse, para mim isso foi muito importante. A minha mãe também me dava orientações, porque no começo eu não conseguia a posição para ele amamentar direito, aí minha mãe estava sempre por perto, ajudava sempre na hora da*

*amamentação. Ela sempre me falava sobre alimentação que era para ajudar eu e ele (entrevista – 4a)*

*Minha mãe sempre estava perto de mim dando todo apoio na hora que eu sempre precisava. Ela falava mais da posição, tinha vez que ela falava “não, não é assim, arruma ele direitinho. No tempo da amamentação eu fiquei muito nervosa por causa da separação, eu sempre estava nervosa, com isso ele chorava de fome porque o leite não estava descendo, aí ela chegava e orientava, falava “você não pode ficar nervosa, que o neném está com fome”, ela sempre me ajudava, ia conversando, até que ele mamava (entrevista – 4a).*

*A mãe precisa ter muito apoio da família e que em casa o marido compreenda e ajude. Não é só a mulher que tem que cuidar da criança. Ele tem que incentivar, senão... Tem mulher que as vezes não tem um marido assim, que entenda as coisas (entrevista – 8a).*

O apoio do familiar/significante pode se tornar conflitante para a mulher que amamenta, quando este, por exemplo, a orienta para oferecer outro leite à criança, pois duvida da eficácia do leite materno. Este tipo de orientação gera inseguranças e incertezas no ser mulher que amamenta.

*A família tem que fazer de tudo para incentivar, não falar ah! o seu leite é fraco, ah! seu leite é não sei o que. Se tias forem visitar e ficar falando, não dar bola, porque isso aí é assim mesmo (entrevista – 12a).*

Fica claro que os serviços de saúde devem sistematizar o preparo do familiar/significante pois, desta forma, estarão possibilitando e/ou favorecendo uma prática de aleitamento materno prazerosa e eficaz.

Os depoimentos evidenciam que a própria mulher se preocupa com a atuação do marido/companheiro diante da prática do aleitamento materno. Consideram que seria importante uma preparação do marido/companheiro

durante o pré-natal, pois isto facilitaria a compreensão e a aceitação dessa nova realidade que é a fase da amamentação.

As falas a seguir explicitam a importância do apoio e do preparo do familiar/significante.

*Isso aí que eu queria, um processo de educação ao homem, porque pensa bem quando você está amamentando você não tem o mesmo seio, não que ele fica mais feio, eu acho que até ele fica mais bonito. É uma coisa de amor. Eu penso assim, eu sou bem feminista, eu me amo, eu gosto de ser mulher, eu acho que o seio é do meu corpo, eu acho que eu posso amamentar, o homem não pode, eu posso e é uma coisa que eu mereci, entendeu. Mas eu acho que para o homem tá, o seu seio é para ele uma coisa jamais intocável, porque vai ter que ser preservado para o neném. Então o homem fica neste sentido até enciumado. Ele tem que concordar com isso (entrevista – 11b - irmã).*

*Mas eu acho que se a pessoa tiver preparada com condições de amamentar, mulher nenhuma deixa de amamentar seu filho, com aquele preparo do marido que eu te falei, da mãe que está do lado, de qualquer pessoa (entrevista – 11b – irmã).*

Os familiares/significantes ficam tranquilos e sossegados com o sucesso da prática do aleitamento materno vivenciado pelo ser mulher. Ficam aborrecidos, preocupados e penalizados quando o ser mulher encontra dificuldades em amamentar o seu filho. Alguns informantes referiram que sofreram junto com a mulher que amamenta.

Alguns qualificam como “preguiça” da mulher quando esta não obtém sucesso na amamentação.

Outros acreditam que por não terem recebido orientações pertinentes à prática do aleitamento materno, não conseguiram amamentar, pois acreditavam que seu leite era fraco. Até o sentimento de ciúmes foi observado em um familiar/significante por ver que sua filha conseguiu amamentar.

Os seguintes depoimentos dos familiares/significantes deste estudo ilustram o exposto.

*Muito bom. Na saúde, no crescimento para ele. É um prazer estar com a minha mulher amamentando. Fico sossegado, o alimento é de qualidade (entrevista – 9b - marido).*

*Mas a gente se preocupa. O leite do peito, eu acho que todas as mães tem que se apoiá com Deus e fazer de tudo para dar mamá para a sua criança. Só que eu acho que foi preguiça dela (entrevista – 6b- sogra).*

*Foi muito importante para mim ela ter amamentado. Se a gente pudesse voltar o tempo atrás para a gente poder amamentar. Eu senti um pouco de ciúmes dela. No meu tempo meu marido queria que eu amamentasse, mas só que você não tem orientação, fica difícil, eu pensava que o leite era fraco, a criança começa a chorar, você fala o leite é fraco. E eu acreditava nisto (entrevista – 4b – mãe da mulher).*

*Amamentar é mais simples, pois chegou a hora ali, oferecendo o peito, pronto, está aliquentinho, morninho, agora fazer a mamadeira é mais complicado. Foi muito bom conviver com ela amamentando. É bonito ela ter bastante leite, ele não vencia mamá (entrevista – 4b – mãe da mulher que amamenta).*

*Eu fiquei chateada, pedi para ela amamentar o menino e ela não conseguiu. Pra mim foi preguiça mesmo (entrevista – 7b – sogra).*

*Eu ficava com dó porque eu via que no fundo aquilo estava frustando ela, eu não tinha nem coragem de falar continua amamentando porque a gente dá conselho, fala mas eu sentia que para ela estava um transtorno, de madrugada ela perdendo sono com o neném no colo, as vezes não estava sentindo nem muito bem e amamentando o neném, eu estava achando que não era válido para ela, ia ser muito transtorno para a vida dela (entrevista - 11b – irmã).*

Apreende-se, pelas falas do familiar/significante, que a decisão de

amamentar é da mulher, sendo que esta poderia decidir se queria ou não amamentar e que tal prática não deveria ser forçada a acontecer.

Percebe-se também, através dos depoimentos, que a decisão de amamentar está inter-relacionada ao apoio recebido do familiar/significante e atrelada ao fato da mulher ter que dedicar todo o seu tempo ao bebê.

SILVA (1997) salienta que a nutriz percebe as influências que sofre e, após avaliar as orientações, os conselhos recebidos de familiares ou de outras pessoas, toma a decisão de aceitá-los ou não. Acrescenta ainda a mesma autora que esta decisão da nutriz dependerá *...da forma como a experiência de amamentar está sendo percebida pela nutriz e que elementos ela está utilizando para avaliar esta vivência, o que caracteriza a fragilidade a que está submetido o curso da amamentação* (SILVA, 1997, p. 179).

*Boa vontade. Tem muita mulher que fala que não pode ficar dando o mamã que vai estragar o peito e o marido não vai gostar, alguma coisa assim. Tudo depende da mulher. Em primeiro lugar vem o filho depois as outras coisas. No meu jeito de pensar eu acho que primeiro é o filho, o resto é resto. A decisão de amamentar é dela, tanto no outro filho que teve que parar ela foi obrigada a parar com 9 meses, é ela, ela vai até aonde ela achar que ela deve. Primeiro é ela (a criança), depois são os outros. E o marido tem que entender (entrevista – 2b - marido).*

*Eu acho que a mulher para amamentar ela precisa cuidar só do bebê. O outro que está do lado ele tem que se virar, esquecer. É isso que os homens não concordam muito. ...a minha esposa vai ter um filho, a coisa mais importante para ela agora é amamentar (entrevista – 11b - irmã).*

*A pessoa tem que assumir, que aquele momento é importante para a vida no futuro. Então eu acho que deve estar sim preparado, aquela pessoa que vai ficar perto, sendo a mãe ou a irmã que vai ficar junto ou o esposo. É o que eu penso. Eu acho que a partir deste momento todos vão começar a amamentar (entrevista – 11b - irmã).*

O subtema "o apoio do *familiar/significante* a mulher que amamenta" contém particularidades, as quais são expressas pelo *familiar/significante* com conotação de ajuda, mas também denotando relações conflituosas.

O apoio é referido como cuidado, o qual leva em consideração o contexto cultural, auxiliando na decisão da mulher em amamentar ou não, e estabelece-se como compreensão, ajuda, proximidade e presença.

Os *famíliares/significantes* deste estudo atribuem o sucesso do aleitamento materno à tranquilidade e sossego da mulher que amamenta, ao mesmo tempo em que expressam sentimentos de preocupação, pena e aborrecimento quando o aleitamento materno não se efetiva da forma desejada.

Este subtema retrata, ainda, as relações de conflito que se estabelecem diante do aleitamento materno entre o *familiar/significante* e a mulher que amamenta, e este processo desencadeia insegurança, incerteza, ciúmes e repasse de informações não adequadas.

Tanto a mulher que amamenta, quanto os *famíliares/significantes* consideram o apoio como fator de extrema importância e aludem à necessidade de preparo do *familiar/significante* para incrementar a interação com a mulher, resultando em maior compreensão e aceitação desse momento vivido por todos.

#### **b) A expressão de sentimentos e crenças do *familiar/significante* relacionada ao contexto cultural do ato de amamentar**

Este subtema retrata os sentimentos e crenças do *familiar/significante* em relação à amamentação dentro de um contexto cultural.

A mulher que amamenta, às vezes, não obedece o que o *familiar/significante* orienta, gerando desconforto e instabilidade familiar.

*A família hoje é tudo diferente, não obedece o que a gente fala para as filhas, principalmente para as filhas mulher. A gente ensina tudo direitinho como é para fazer e eles não fazem. Ela na dieta, não guardou a dieta dessa menina, acho que é por isso que ela ficou desse jeito. Ela chegou, saiu do hospital ganhou, num dia, no outro dia ela chegou e eu fui lá para visitar ela, e ela estava com uma roupa de alça, já encostada na pia tomando aquela friagem, aquela coisa e fui falar ela achou ruim (entrevista – 10b – mãe da mulher que amamenta).*

Ter tempo para amamentar é um fator relatado pelo familiar/significante como determinante na prática do aleitamento materno a ser vivenciada pela mulher.

*Se ela tem o tempo dela, ela tem que fazer o tempo ficar mais grande para ela ter o tempo para empatar para dar mamá. Esse é o principal (entrevista – 6b - sogra).*

Expressões de medo foram reveladas pelo familiar/significante. A vergonha também em amamentar foi expressa, demonstrando que algumas mulheres têm ainda preconceito em expor as mamas para amamentar. Tanto a expressão de medo quanto a expressão de vergonha demonstram a existência de preconceito em amamentar em público e podem dificultar a prática do aleitamento materno.

*Acho que foi mais as informações que a gente teve. Quem cuida da criança é a mãe mesmo, tem que ter noção, tem que pegar as informações e botar em prática, não sentir medo de amamentar, que isso é o melhor para ela e para a criança (entrevista – 8b - marido).*

*Eu só não amamentava na frente de ninguém. Eu tinha as horas. Eu trabalhava, trabalhava, mas a hora que tinha que dar mamá para ela era sagrado. Era na cama que eu dava, lá no meu quarto. Quando eu saía, eu pedia um lugar onde eu ia, nas casas das pessoas um quarto. Na frente dos outros eu levava mamadeira, mas*

*o certo era o peito mesmo. Eu tinha vergonha de dar mamã na frente dos outros. Eu não acho que é bonito, porque as vezes a mulher tem aquele sei não, as vezes mostra até o bico, eu já vi. Eu acho horrível. Eu falava para elas amamentar mais no cantinho (entrevista – 11b – mãe da mulher que amamenta).*

Dúvidas sobre o manejo da prática do aleitamento materno são observadas nos depoimentos dos familiares/significantes, fato que pode gerar inseguranças no ser mulher que amamenta. O familiar/significante, muitas vezes, não sabe o que é necessário para o ser mulher conseguir amamentar. Tais dados confirmam a necessidade de preparo dos familiares/significantes, tendo em vista as informações e orientações que fornecem ao ser mulher durante o processo de aleitamento materno.

*Eu não sei o que teria que fazer para amamentar mais. Hoje em dia está tudo mudado então a gente não sabe (entrevista – 3b – mãe da mulher).*

*Eu acho que pode voltar a amamentar. Eu nunca ouvi falar que mata a criança, eu já ouvi falar da criança ter anemia e verme se ver outra criança mamar, aí fica com vontade, a gente ouve falar. De voltar a amamentar assim, eu nunca ouvi falar. Para mim nada contra ela voltar a oferecer o leite do peito novamente. Só por Deus mesmo, do jeito que ela levou a gravidez não era nem para ela ter conseguido, por que ela não se alimentava nada, nada na gravidez. Eu achava que ela não ia ter forças para poder amamentar ele. Fico admirada, porque parece um benção ter tanto leite. Foi muito importante para mim ela ter amamentado (entrevista – 4b – mãe da mulher que amamenta).*

O familiar/significante considera a alimentação do ser mulher que amamenta como fator importante em todo este processo.

*Amamentando e não se alimentando, prejudica. Ele não, mas ela prejudica. Ela fala – se eu pudesse eu voltava a amamentar de novo. Se ela se alimentasse e tomasse umas vitaminas daria. Ela ainda tem leite, se ele pegasse seria uma boa. Ela parou de*

*amamentar porque a gente ia ficar o dia inteiro sem ele(trabalhando), aí começou a oferecer a mamadeira, daí ele já começou a comer (entrevista – 4b – mãe da mulher que amamenta).*

*A alimentação dela também tem que mudar um pouco, passar a comer melhor, comidas mais diferentes, porque comia antes meio separado do dia, daí vocês explicaram como fazia para comer durante o dia e para amamentar um pouco mais, ajudou bastante (entrevista – 8b - marido).*

*Essa mulher tem que tomar muito leite de vaca, bastante verdura, fruta à vontade, sopa de carne de boi, come um prato de sopa primeiro para depois comer a comida. Aí o leite engorda, o leite engorda e aumenta (entrevista – 8b – mãe da mulher que amamenta).*

A introdução de outro leite com a mamadeira é a primeira alternativa nestes casos, sendo considerada como a maneira mais tranqüila de oferecer alimento à criança, proporcionando mais tempo à mãe para os afazeres domésticos. A cultura da mamadeira ainda está presente nos dias de hoje.

Segundo CARVALHO (1998, p.4), a criança ao mamar no peito da mãe:

*...realiza movimentos musculares completamente diferentes dos movimentos realizados na sucção do bico de mamadeira. A 'pega' é absolutamente distinta e a postura da língua em nenhum momento se assemelha o sugar bicos e chupetas. A língua fica baixa com o dorso elevado e faz movimentos pequenos de vai e vem, como uma válvula tentando organizar o fluxo de leite para ser deglutido. Sem os movimentos peristálticos, que lhe confere tônus e postura, e que possibilitam e viabilizam o correto crescimento e desenvolvimento do aparelho estomatognático e das funções orais, o resultado é um massa muscular pesada, disforme e hipotônica.*

O uso de bicos artificiais, como chuquinhas ou chupetas (mesmos as ortodônticas) levam ao fenômeno denominado *confusão de bicos*, isto é, uma

*forma errônea do recém nascido posicionar a língua e sugar o seio, levando ao desmame* (CARVALHO, 1999, p.1). A pega correta dos seios, realizada quando abocanha envolvendo o mamilo e a aréola, permite ao recém nascido ingerir uma quantidade de leite que o satisfaça. Na pega incorreta, o recém nascido só abocanha o mamilo e desta forma, não consegue esvaziar a mama, sendo a causa principal de fissuras mamilares na mãe, causando dor ao amamentar e tensão materna. Além disso, com a pega incorreta, teremos crianças com fome, chorando e insatisfeitas.

A fome do bebê é identificada e entendida pelo “trinômio mãe-filho-família” pela freqüência e intensidade do choro da criança. Tal constatação é preocupante na medida em que pode conduzir à oferta de outro leite para a criança.

*Eu acho que ela começou dar mamadeira porque ela dava o mamá e o neném chorava e ela achava que era fome, então isso aí ela acostumou dando mamadeira quando chorava, aí a neném parava de chorar e ela achava que o leite do peito não esta sustentando. Nisso aí o leite foi secando. Você sabe, quanto mais dá o mamá mais o leite vai aumentando (entrevista – 6b - sogra).*

*Eu queria que ela amamentasse, mas ela não fez muito esforço. Ela falava que o leite dela tava fraco e que não sustentava a criança. Eu falei então que tudo bem, daí ela começou a dar mamadeira, ela amamentava ele um pouco ele chorava, dali um pouquinho ele chorava, daí ela voltava e dava mamadeira. Ele chorava de fome. Ela falava para mim que assim era melhor, que não precisava dela ficar assim amamentando (entrevista – 7b – sogra).*

Também é possível observar, através das falas dos informantes, a existência de crenças permeando a prática do aleitamento materno. Importante salientar que essas crenças foram encontradas em falas de pessoas que haviam recebido, na sua grande maioria, informações recentes sobre à prática do aleitamento materno, pois haviam participado da primeira fase deste trabalho, em que foram feitas avaliações do conhecimento cultural familiar sobre o aleitamento materno. Nessa etapa, foram fornecidas orientações pertinentes a cada “trinômio

mãe-filho-família". Em todos os momentos de contato com os clientes, tive a preocupação de adequar a linguagem à cultura da pessoa, utilizando termos simples e familiares para explicar os assuntos relacionados à amamentação.

É preciso que se avalie a prática do aleitamento materno em vários momentos do referido processo, para que assim o profissional de saúde possa preservar, negociar ou reestruturar o cuidado, conforme LEININGER (1991c) preconiza.

As crenças encontradas nas falas foram: não poder voltar a amamentar após ter interrompido a amamentação por alguns dias, pois o leite materno torna-se um veneno; acreditar que existem insuficiência de leite e leite fraco; acreditar que tomar cerveja preta, comer arroz doce e canjica aumentam e engordam o leite materno; acreditar que a nutriz não possa comer alimento denominado "reimoso". Pode-se perceber que a alimentação da nutriz é influenciada pela cultura familiar, cujos padrões são determinados pelo contexto social que estabelecem, por exemplo, a existência de alimentos permitidos e proibidos.

Cabe aqui salientar que, durante a realização destas entrevistas, ouvi pela primeira vez a palavra "reimoso". No início, achei que fosse "remoso", porém, constatei tratar-se de um termo utilizado popularmente ao ler o estudo de TRIGO et al. (1989) que cita o trabalho de Stewien sobre aleitamento materno em São Luis (MA), oportunidade em que este autor identificou a "comida reimosa" como o principal alimento citado entre os que não poderiam ser ingeridos pela nutriz no período do aleitamento materno. Segundo FERREIRA (1999, p.1734), "reimoso" significa *que prejudica o sangue, que causa prurido*. Três familiares/significantes referiram que a mulher que amamenta não poderia comer os alimentos "reimosos". A cada entrevista, uma aprendizagem.

TRIGO et al. (1989, p.461) realizaram um inquérito sobre tabus alimentares em dois Municípios de Marabá – Pará, e identificaram que o período da lactação detém o número mais elevado de restrições alimentares, principalmente de carne de caça e de peixes, alimentos que são abundantes na região estudada. Acrescentam as mesmas autoras que, na fase de lactação, o organismo ...*está*

*com suas necessidades fisiológicas aumentadas, principalmente no que se refere a calorias, proteínas, vitaminas e minerais.*

Observa-se que os informantes podem fornecer grande riqueza de informações sobre crenças populares relacionadas à prática do aleitamento materno. Acredito que o cuidado cultural, através do qual orientei meu trabalho, possibilitou essas descobertas.

TRIGO et al. (1989, p.455) salientam que

*é na ação das pessoas, no momento em que escolhem um alimento, em detrimento de outros, que se pode identificar o grau de comprometimento que têm com padrões culturais (costumes regionais, tradições familiares, crenças, hábitos e tabus), capazes até de impedir que alimentos existentes em abundância sejam consumidos.*

Desvendar as crenças familiares presentes no processo do aleitamento materno foi para mim gratificante. A minha segurança profissional crescia a cada entrevista que realizava, pois as informações que coletava me davam a certeza que o caminho que percorria estava certo. Aprendi a respeitar essas crenças, pois, em todas, percebi que tratavam-se de verdades populares, algo que o cliente acreditava e confiava. Percebi algum desconforto do cliente quando tentava mudar determinado comportamento; por outro lado, eu mesma experimentei certa dificuldade, em alguns momentos, para explicar o motivo da necessidade de mudanças que possibilitariam uma prática de aleitamento materno eficaz. Em várias ocasiões, senti que as minhas informações, mesmo respeitando a linguagem cultural, não seriam seguidas. O profissional de saúde tem de estar consciente que trabalhar com crenças populares é trabalhar com conhecimentos adquiridos ao longo do tempo, repassados por pessoas em quem a cliente confia e respeita (mãe, avó e outros). Não considerar as crenças poderia significar para o cliente, muitas vezes, ter que desconsiderar e desacreditar no familiar/significante.

Interessante colocar que as crenças populares que poderiam afetar a prática do aleitamento materno foram as que mais me preocupavam, pois justamente na alteração delas é que residia a chance de uma mudança de comportamento para que se efetivasse a referida prática. Em todos os momentos, tentei preservar a confiança da nutriz e do *familiar/significante*, fazendo uso das habilidades aprendidas no “Curso de Aconselhamento em Aleitamento Materno” que são: aceitar e respeitar o que a pessoa sente, elogiar as ações pertinentes à eficácia do aleitamento materno, oferecendo ajuda prática, utilizando uma linguagem simples e dando sugestões e não ordens (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1995).

Acredito que hoje, em minha prática profissional diária, eu não consiga mais prover cuidado ao cliente que não seja culturalmente congruente.

Quando o ser mulher que amamenta apresenta dificuldades frente à prática do aleitamento materno é, muitas vezes, criticada por não acreditar nas crenças populares e, portanto, responsabilizada pelo seu insucesso.

Percebi, durante a realização das duas entrevistas deste estudo, que as crenças familiares são difíceis de serem eliminadas, porém é necessário que os profissionais de saúde as conheçam antes de prover cuidado ao cliente.

LARAIA (1999, p.70) refere que *o modo de ver o mundo, as apreciações de ordem moral e valorativa, os diferentes comportamentos sociais e mesmo as posturas corporais são assim produtos de uma herança cultural, ou seja, o resultado da operação de uma determinada cultura...* Pode-se entender, portanto, que também o *familiar/significante* tem sua maneira própria de agir frente ao processo de aleitamento materno, maneira esta determinada pela sua herança cultural. Cabe ao profissional de saúde estar atento a este fato para prover um cuidado culturalmente congruente ao ser mulher que amamenta.

O homem vê o mundo através de sua cultura, acrescenta LARAIA (1999), e tende a considerar que o seu modo de vida é o mais correto e o mais natural, sendo esta tendência denominada de etnocentrismo, responsável pela ocorrência de numerosos conflitos sociais.

SILVA (1997) refere que o companheiro, a mãe, e outras pessoas relacionadas com o ser mulher que amamenta, à medida que observam as manifestações do binômio mãe-filho, passam a avaliar a situação e a emitir julgamento. A opinião dessas pessoas com quem o ser mulher que amamenta mantém contato, constituem elementos significativos do processo de aleitamento materno.

As falas abaixo revelam o que LEININGER (1991c) entende por "diversidade do cuidado cultural", que seriam as variações e diferenças de significados e modos de vida entre coletividades relacionadas às expressões de assistência e apoio do cuidado humano.

*Eu queria voltar a amamentar mas... tem muita gente que fala se a criança voltar a mamar de novo, mata a criança, diz que agora o leite é veneno. Eu tenho medo porque muita gente fala não dá mais o mamá, depois que a criança pará de mamar que mata. Por isso que a gente tem medo, mais vontade eu tinha de voltar a amamentar ele de novo (entrevista – 4a).*

*Minha mãe falava para não tomar refrigerante porque dava cólica nele, coisa com pimenta, eu sempre gostei e ela nunca deixava. Era estes dois itens que ela mais falava (entrevista – 4a).*

*Comê bastante canjica. Comê bastante sopa, comida com bastante caldo. Era o que falavam para mim também. Passaram para mim e eu passava para ela (entrevista – 3b – mãe da mulher que amamenta).*

*Na nossa terra (Bahia) ela não pode fazer tudo. Mas hoje as coisas mudaram muito. A mãe não podia comer coisa reimoso, pimenta, peixe, carne de porco. Agora não sei se é verdade, hoje não sei (entrevista – 6b - sogra).*

*Naquele tempo que era no nosso, mas que eu acredito ainda, tomar cerveja preta e bastante café era o mais importante. Hoje as mulheres são muito fraca, sei lá não trata bem a dieta do jeito que é preciso. Tem que ter uma dieta, tem que saber fazer ela. A dieta é uma coisa que você estraga com a sua saúde, você não pode comer*

*coisa que faz mal, repolho porque o repolho é frio, você não pode comer arroz antes dos 42 dias, o arroz também não pode, eu não comia, não pode comer repolho, comer couve, manga, não pode beber limonada, não pode porque sei lá. Hoje as mulheres de hoje usa isso tudo e não tem saúde que presta, as mulheres tudo é doente, sei lá (entrevista – 10b – mãe da mulher que amamenta).*

*Fazer a canjica que é bom para aumentar o leite da mulher. Essa dieta prepara a mulher para ter leite. Hoje elas comem de tudo, meu Deus. Eu falava isso não só para ela como para todas. Mas elas não acreditam que é verdade. Eu não comia peixe, porco, eu não sabia qual era o macho qual era a fêmea, minha mãe não deixava a gente comer. A fêmea é reimosa, mas o macho pode comer (entrevista – 10b – mãe da mulher que amamenta).*

*Minha mãe falava para comer bem, comer bastante gordura, beber bastante leite, almeirão então estou enjoada de comer. Eu comia muito bem, até hoje eu me alimento muito bem. Esses dias atrás eu estava com dor de garganta e eu não estava conseguindo nem me alimentar e beber água e meu leite estava secando. Daí eu voltei a comer, fiz uma força para beber água e leite pelo menos e eu vi que aumentou mesmo o leite (entrevista – 12a).*

*O leite quando é bom a gente sente que faz bem, agora quando a gente vê que o leite não vai para riba a gente... tem que dar uma ajuda (entrevista – 8b – mãe da mulher que amamenta).*

*Ah! a minha tia, no dia que eu vim do hospital, só tinha o colostro e ela veio me visitar. Ela sugava, sugava e só tinha uma aguinha e ela falou – ela é muito forte para você ficá dando só o peito, dá mamadeira porque isso aí não vai sustentar ela, mas eu fiz do meu jeito porque eu sabia que ia sustentar. Inclusive as vezes ela vem aqui vê ela, ela mora aqui em baixo e fala – nossa mas está só no peito e está gorda assim? Ela achava que não ia ter, mas graças a Deus teve (entrevista – 12a).*

*Não sei se a quantidade de leite da minha mulher que é pouco, ou... o leite dizem que não tem diferença, são todos iguais, os leites das mães são para as crianças todos iguais, não sei o que aconteceu que desde o começo não desenvolveu. Daí o que aconteceu que nós*

*ficamos com medo, então teve que partir para outro método (entrevista – 8b - marido).*

*Ela não amamentou porque não se acertou muito. Ela comia essas coisas, tomava a cerveja, eu falei para ela. Na minha idéia não faltou nada para ela, faltou mesmo força de vontade. não passar nervoso, não é mesmo (entrevista – 7b – sogra).*

*Dizem eu não sei, quando a criança rota no peito e a gente não vê, eu não sei se você sabe? Aí forma uma íngua e naquela íngua eu não conseguia dar mamá, então doía demais, avermelhou meu peito, daí foi inchando, infeccionou não consegui mais dar mamá, precisou de rasgar o peito aqui em baixo, daí não teve mais jeito (entrevista – 7b - sogra).*

*Se a mulher não se alimenta bem, passa da hora da criança amamentar, trabalha fora, seca o leite, vai secando (entrevista – 7b - sogra).*

Percebe-se que o familiar/significante mantém crenças relacionadas à alimentação, hábitos rotineiros e relacionamentos sexuais durante o período puerperal que fazem parte de sua herança cultural e que ele repassa para o ser mulher que amamenta juntamente com suas próprias experiências pessoais.

*Eu não lavava a minha cabeça, eu não lavava minha cabeça antes dos 42 dias. Elas falam – aí como é que a sua cabeça ficava, eu falava, ficava... porque você sabe que você não pode molhar sua cabeça na dieta, porque dieta é uma coisa fina, é uma coisa de responsabilidade. Você não pode beber limonada, tem ácido. Sei lá o povo hoje não reserva de nada, eu não sei (entrevista – 10b – mãe da mulher que amamenta).*

*Para ter relação só depois de acabar a dieta. Depois que acaba a dieta pode comer esse alimentos, vida normal. É por conta dela, o que a gente ajuda ela, é ensinar o que é preciso, se quebra a dieta aí você pode queimar um pouco de arruda na pinga numa xícara, pega um punhadinho de arruda picada com a tesoura e ali você queima, isso é bom para a dieta quebrada, se fez uma raiva, tem uma dor de cabeça e vê que não diminui, daí você tem que tomar*

*isso aí para o seu leite voltar, as vezes você passa raiva quando você está na dieta e seu leite vai embora, daí tem que fazer isso para o seu leite voltar (entrevista – 10b – mãe da mulher que amamenta).*

As dificuldades de amamentação são comparadas e igualadas com a experiência vivenciada pelo **familiar/significante** que, desta forma, explica o insucesso da nutriz.

*Eu acho que é legal a mãe amamentar a criança. A criança necessita da amamentação. Ela tem que amamentar o neném desde que tenha leite suficiente. Quando ele quer mamar tem que dar à vontade. Eu acho isso muito importante. Eu acho que a Maria tinha bastante leite, depois foi ficando fraco e foi diminuindo. O neném mamava, mamava e sempre ficava com fome. Foi o que aconteceu, igual quando eu amamentava ela . Mamava, mamava e ficava com fome. Foi onde teve que dar mamadeira. Foi o que aconteceu comigo e com ela também. (entrevista – 3b – mãe da mulher que amamenta).*

Fica evidente a troca de informações entre o **familiar/significante** e o ser mulher que amamenta durante a prática de aleitamento materno ainda que, muitas vezes, as dificuldades enfrentadas no passado não sejam entendidas. Esta influência familiar pode estimular ou desestimular a amamentação ao peito.

Nos depoimentos, os **famíliares/significantes** informam que, no tempo em que vivenciaram a experiência da prática de aleitamento, não receberam as orientações que hoje são fornecidas à mulher que amamenta. Acrescentam que tais informações e o cuidado profissional recebidos na primeira etapa deste estudo estimulam a prática do aleitamento materno. As trocas de informações entre o ser mulher que amamenta e o **familiar/significante** trazem uma grande riqueza de significados, normas e crenças.

As influências familiares desmotivadoras da prática do aleitamento materno foram relatadas e se configuram como elementos geradores de insegurança na mulher que amamenta.

NAKANO (1996, p.130) refere que as mulheres que amamentam, em seu estudo, carregam suas mães dentro de si nesse período da vida como modelo interno, e salienta que *a mulher reproduz as normas, hábitos, valores e a própria ideologia de sua classe social, apesar de que, muitas vezes, não tenha consciência desse poder*. Acrescenta ainda esta autora (p.107) que:

*Na dinâmica do cotidiano de amamentar o filho, a mulher se envolve em constantes interações sociais intra e extra familiares, com troca de saberes, produzem e reproduzem uma complexa e dinâmica trama de emoções, onde os indivíduos envolvidos a cada momento, revêem e rediscutem seus valores e seus comportamentos, em função das necessidades sentidas e também de acordo com as possibilidades oferecidas pela sociedade em que se inserem.*

SILVA (1990, p.21) cita que o *processo de difusão de um elemento cultural envolve três etapas: apresentação, aceitação e integração*. Após a apresentação, se a cultura receptora aceitar o novo elemento, este sofrerá reinterpretações e, por fim, será integrado ao novo ambiente. Portanto, a difusão de um novo conhecimento em uma cultura ou, no caso deste estudo, em uma família, passa por várias etapas, cabendo ao profissional de saúde acompanhar e reconhecer se o elemento cultural difundido, o novo saber, foi de fato incorporado pela família. Durante o processo de aleitamento materno, o profissional de saúde deve estar atento para o fato de que familiares e amigos tornam-se um ponto de apoio para a nutriz e que esse processo poderá se desenvolver de forma satisfatória ou não, dependendo dos referenciais de cultura dessas pessoas e de suas experiências sobre aleitamento,

LEININGER (1991c) refere-se a esses conhecimentos populares que são culturalmente apreendidos e transmitidos como "sistema de cuidado genérico", utilizados para assistir, apoiar e capacitar outro indivíduo ou grupo para melhorar o modo de vida humano e de saúde. Através deste "sistema de cuidado genérico" é possível avaliar a cultura existente que, por sua vez, poderá fornecer

explicações para o modo de ser e agir dos indivíduos. A avaliação do cuidado genérico pelo profissional de saúde permite que se estabeleça o cuidado cultural nas três maneiras de cuidar, conforme preconiza LEININGER (1991c).

Durante o contato com os informantes, percebi que já havia realizado o cuidado cultural em vários momentos de minha prática profissional, porém não de forma fundamentada e sistematizada. Para prover cuidado cultural, utilizei as habilidades de “ouvir e aprender” e “desenvolver a confiança e dar apoio” apreendidas no “Curso de Aconselhamento em Amamentação” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1995).

*A 1ª (filha) ela amamentou muito pouco no seio, ela não pegou o seio. A gente estava lá na minha mãe. Teve influência da vó, que começou a dar mamadeira já que não tinha paciência. Ela não conseguiu. Teve influência, tem as tias que falavam para dar o chazinho, que não pode deixar de dar nada. A gente era leigo, não tinha conhecimento nenhum, então não foi feito correto (entrevista – 5b – marido).*

*Penso que tinha a irmã dela que falava para não dar mamã. Eu falava – mas você só tem um filho, e ela falava – mas se o meu leite é fraco. Então eu falei - deixa para lá (entrevista – 7b – sogra).*

*Esses dias que minha sogra falou, que quando ela vinha aqui ela dava chazinho. Eu estava dando só o leite (entrevista – 5a).*

*Para as mães não desistirem não. É para os familiares não se intrometer, deixar que o pai e a mãe sabe o que está fazendo, tem vó que leva as dores do neto, não tem que levar as dores do neto, cada um tem que fazer sua parte. O familiar não percebe isso porque, a gente praticamente não pode falar, a gente não sabe qual vai ser a reação deles (entrevista – 5b - marido).*

Em uma das entrevistas deste estudo, foi relatado um fato interessante e oportuno de ser salientado. Uma mulher que não havia conseguido amamentar, achava que tinha um trauma, um bloqueio e afirmava que não gostava de

amamentar. Ao entrevistar a sua mãe, na segunda fase deste trabalho, deu-se um fato preocupante relacionado à forma como foi realizado o desmame de sua filha, o ser mulher sujeito deste estudo. Ela referiu que, na época, sua filha havia mamado por quatro anos no peito, e que não entendia porque que ela, sua filha, não conseguia amamentar o seu neto. Explica que desmamou sua filha após ter passado um 'remedinho' no bico do seio, que não fazia mal para a criança, só fazia enjoar, e que o desmame deu-se em apenas três dias. Acrescenta que, na sua opinião, sua filha deve ter algum bloqueio e, por isso, não gosta de amamentar.

O objetivo de confrontar estes dados não é sugerir que o bloqueio atual sentido pelo ser mulher que amamenta é decorrente da forma como sua mãe realizou o seu desmame, não pode-se afirmar tal fato, mas alertar o profissional de saúde que a prática do desmame também deve ser acompanhada com o intuito de esclarecer e orientar o ser mulher que amamenta sobre a melhor forma de realizá-lo.

Percebe-se o desconhecimento sobre a duração recomendada para o aleitamento materno, tanto em relação ao período de realização da amamentação exclusivamente ao peito como em relação à época certa para proceder o desmame total, demonstrando que a comunidade deve ser melhor esclarecida sobre o assunto e, porque não dizer, também os profissionais e serviços de saúde, para que estes possam melhorar o enfoque dado a este aspecto durante o pré-natal e/ou durante o manejo da prática do aleitamento materno. As falas referidas abaixo refletem a necessidade de se acompanhar o referido processo.

*O seu desmame foi normal, eu passei um remedinho. Sabe aquele que passa e não faz mal para a criança, enjoa. Passei este. Em três dias ela esqueceu, ela já não ligava mais. Ela mamava, mamava, aí ela começou ... nem pedia mais, aí quando ela pedia, demorava para pedir, eu falei já que ela já nem está lembrando mais, aí quando ela pedir ela vai achar ruim, eu vou passar remédio, porque também estava na hora, mas ela largou porque quis mesmo (entrevista – 11b – mãe da mulher que amamenta).*

Encontramos, nos depoimentos, o que LEININGER (1991c) afirma em sua Teoria Cultural do Cuidado, ou seja, que existem, em qualquer cultura humana, semelhanças e diferenças do cuidado cultural entre os profissionais e clientes (popular/genérico). Neste estudo, foram encontradas semelhanças entre o cuidado genérico (popular) e o profissional.

Os depoimentos salientam que é importante, durante o processo de aleitamento materno, ter tranquilidade, responsabilidade, força de vontade, paciência e não sentir dor.

Pode-se também observar falas em que os familiares/significantes revelam que a mulher que amamenta não pode “passar nervoso”, que tem que ter paciência e segurança ao amamentar, revelando que tais cuidados populares são semelhantes aos cuidados profissionais.

VALDÉS et al. (1996, p.23), citando Lincoln, enuncia que o *estresse pode inibir o reflexo de descida do leite na mulher, inibição que seria mediada pela adrenalina em nível da célula mioepitelial e pela noradrenalina em nível hipotálamo-hipofisário*. Portanto, situações que podem levar ao estresse devem ser evitadas pelo ser mulher que amamenta.

*Tem que tomar cuidado com ela e com o neném. Ela não pode ficar passando nervoso, tem que ter tranquilidade para a criança chupar né (entrevista – 12b – mãe da mulher que amamenta).*

*Se der mamadeira vai largar do peito para pegar mamadeira porque o leite sai, sai bastante. Acho que ela tem que fazer um bom esforço de dá o peito. O leite do peito é uma beleza. Essas mães que tiver responsabilidade de dá o peito, dá mesmo porque não tem que nem o peito. Porque mamadeira, só se for lá o caso da mulher não ter jeito mesmo, aí não tem como. Mas se puder dá mama no peito, é bom (entrevista – 12b – mãe da mulher que amamenta).*

*Aí quando ela começou querer dar Nan, aí já começou a faltar. Dai eu falei – olha milha filha, agora não tem jeito não, não dá mais mesmo. Eu queria tanto que o neném mamasse pelo menos um ano.*

*Ela falava – vou ver se vou dar 6 meses, no fim quando deu 1 mês ela já começou a dar outro leite para o neném. Ela tinha leite, começou a secar quando ela deu mamã para ele e deixou de sugar mais e foi acabando o leite. A gente até falava que era uma economia, está tão caro o leite (entrevista – 11b – mãe da mulher que amamenta).*

*Dor tem mesmo, na hora que tem menstruação, na hora que vai ganhar neném, na hora que vai amamentar, dor existe. Dá o peito, é o básico. Dá o peito e o leite vem (entrevista – 2b - marido).*

### **c) As mudanças na dinâmica familiar diante do aleitamento materno**

As falas, a seguir, da mulher que amamenta e de seu familiar/significante nos mostram que são vários os aspectos que podem mudar a dinâmica familiar envolvendo o “trinômio mãe-filho-família” enquanto se processa a prática do aleitamento materno, devendo tais aspectos ser discutidos e analisados nas interações familiares.

O preparo do “trinômio mãe-filho-família” se faz necessário para que seus integrantes possam vivenciar o aleitamento materno de forma completa e integral. A gravidez planejada pelo casal seria uma das maneiras de favorecer uma amamentação prazerosa, pois permitiria ao casal uma melhor adaptação nessa fase da vida.

A divisão equilibrada, pela mulher, do tempo destinado aos serviços domésticos, ao marido/companheiro, a si própria e à amamentação é um exemplo de adaptação da rotina doméstica difícil de se conseguir. Muitas vezes, esta situação a impede de retornar ao trabalho e pode se tornar tão estressante a ponto de comprometer o processo de aleitamento materno.

Conforme se observa nos relatos, a dinâmica familiar modifica-se, acarretando uma sobrecarga de tarefas ao ser mulher que amamenta. Culturalmente, é a mulher que desempenha as atividades domésticas e, sendo assim, ela se sente culpada quando não consegue cumpri-las porque precisa amamentar. Esse sentimento fica mais evidenciado quando a mulher não trabalha

fora do lar e que, portanto, a manutenção da ordem da casa é sua de única e exclusiva responsabilidade.

O tempo destinado à organização do lar acarreta prejuízos ao processo de aleitamento materno, gerando um motivo para o uso da mamadeira. Fica evidente a angústia da mulher quando ela precisa administrar tempo e culpa, disponibilidade e sucesso na amamentação, desejo de amamentar e frustração em não conseguir ordenar os afazeres domésticos, dando origem a diferentes motivos para o insucesso do aleitamento materno.

*Você não está perdendo o seu tempo amamentando seu filho, porque as vezes você não tem esse tipo de consciência, é muita exigência em volta da mãe. Então as vezes você está amamentando e você está falando, nossa estou deixando de lavar louça, de cumprir com isso, com aquilo ou com aquele outro. Quer dizer que você sente amamentando, mas pensando que você tem que fazer aquela outra coisa, isso é triste para uma mulher (entrevista – 11b - irmã).*

*A casa está em fase de construção até hoje como você pode perceber, está bagunçado. Eu vim para cá, eu não tenho móveis ainda tenho que terminar de comprar este ano. Agora só ele trabalhando, eu não posso trabalhar porque ela é muito pequena (entrevista – 8a).*

*Aqui no Paraná é loucura. Hoje mesmo eu faço o serviço de casa porque eu sou obrigada a fazer, lavar, passar, aquela correria. Dá mamadeira é mais fácil, você faz, dá a mamadeira, eles mamam e vai dormir e assim ela está tranqüila para fazer o serviço. Senão ela tem que ficar empatada ali, enquanto não enche mesmo você não pode levantar, com a boca da criança no peito você não tem como fazer nada (entrevista – 6b - sogra).*

*Mudou um pouco, porque eu não me preocupava com casa, com o serviço, até hoje eu fico só com ele mais. O serviço eu faço quando ele dorme. Agora eu faço quando dá. Não mudou tanto quando eu estava amamentando, porque eu me preocupo bastante com ele. Quando ele dorme ou está mais bonzinho eu faço o serviço, quando ele resmungo muito eu fico mais com ele, converso mais com ele (entrevista – 7a).*

#### d) A presença do companheiro na vivência da prática da amamentação

O relacionamento íntimo com o marido/companheiro foi relatado como um aspecto a ser analisado durante o referido processo.

Pelos depoimentos, percebe-se a exigência do desempenho dos vários papéis sociais da mulher, além do cuidado do filho. O aleitamento materno é referido como uma etapa de profundas modificações, relacionadas ao convívio conjugal, bem como às alterações de rotinas do ser mulher. Em muitos dos relatos, as mulheres manifestaram que se sentem impedidas de realizar atos, comportamentos e atitudes que mantinham antes do nascimento do filho em virtude da vivência da amamentação, mesmo quando esta é considerada prazerosa.

Em outros depoimentos, há relatos de que não houve alteração no relacionamento conjugal, etapa em que a mulher que amamenta recebeu apoio e ajuda do marido/companheiro.

*O homem exige muito em carinho da mulher, exige muito em presença da mulher, a família cobra. É muita exigência em cima de uma mulher. Então quer dizer para a gente se dividir entre esposo, casa, comida, roupa lavada e bebê amamentando, fica difícil mesmo. Precisa ter muita coragem, é a minha opinião (entrevista – 11b - irmã).*

*A vida muda porque muitas coisas ficam carentes de você. Muitas coisas. Até a sua própria vida é carente. Fica carente disso. Porque veja bem, coisas que eu gostava de fazer quando eu não tinha filha eu tive que deixar para amamentar, porque o pouco espaço que me sobrava para ouvir um som, para mim fazer uma unha, me cuidá. Então o tempo que eu levava para me cuidar, foi tudo para amamentá, então a gente deixa de lado certas coisas, se anula para amamentar o filho. Então se você se anulou para amamentar seu filho, a pessoa que está ao seu lado também tem que dar um pouco de colaboração. É lógico que o seio tem leite, eu penso assim, até para o esposo não é muito agradável. Aquele relacionamento íntimo muda (entrevista – 11b - irmã).*

*A minha relação com meu marido não mudou. Muito pelo contrário. Ele que me acordava. As vezes ele dormia e resmungava de novo e ele falava – neném quer mamã de novo. Ele ficou preocupado (entrevista – 3a).*

Dificuldades surgidas durante a vivência do aleitamento materno podem, muitas vezes, alterar a dinâmica familiar e ser determinante para o desmame.

*Eu estava tentando vê se eu conseguia tirar ele agora, na realidade eu gostaria de amamentar até um ano, mas ele está mamando a noite inteira como chupeta. Ele está dormindo com nós, porque há 4 meses atrás, nos fomos na minha mãe, e lá não tem como dormir separado, então ele dormia com nós e acostumou. Ele agora não dorme mais na cama dele. Penso também em amamentar e ajudar com outro tipo de leite (entrevista – 9a).*

A falta de experiência, informação e a falta de compreensão do processo de aleitamento materno poderão dificultar a prática da amamentação como também alterar o convívio em família, acarretando instabilidade familiar decorrentes das incertezas do que fazer e de como agir.

*A gente não tem experiência, só a que foi passada pelos pais mesmo, e a gente teve que enfrentar tudo, sem ajuda de ninguém, só de vocês lá do Posto de Saúde. Quando acordava chorando, acordava os dois. Era mais difícil para ela pois ela passava o dia inteiro aqui, e eu as vezes chegava e estava tão cansado do serviço que dormia e muitas vezes não escutava a criança chorar. Ela acordava sozinha e ficava com a criança. Eu não acordo toda vez, só quando ela apronta aquele berreiro grande. Na maioria das vezes é a mãe mesmo que cuida da criança. É a dificuldade maior dela é essa, ela não tem muita experiência, acho que ela tem até hoje muita dificuldade. Ela tem que acordar e cuidar, eu ajudo, mas ajuda de pai sabe como é que é, é aquela coisa só de ficar ali, só de presença mesmo, na prática não tem (entrevista - 8b – marido).*

*Praticamente não dormia. Foi um tempo grande, 4 meses só o peito. O melhor é o aleitamento. Sofre um pouquinho, mas vale a*

*pena. Na primeira ela não teve (leite), porque a gente morava com a minha mãe, na mesma casa e minha mãe é metida a... a gente não sabia, 1º filho a gente não sabia nada. Não pegava o seio e a gente ficava apavorado também. Não tínhamos informações (entrevista – 5b – marido).*

Os depoimentos dos maridos/companheiros, a seguir, mostram a forma como puderam participar da prática do aleitamento vivenciada pela mulher que amamenta, demonstrando que também acham importante o apoio, o incentivo e que vale a pena participar:

*Acho que não se preocupar com as coisas. Ter saúde. O apoio do marido também é uma coisa que ajuda também, não preocupar a mulher com serviços de casa. O marido entender a mulher, incentivá-la. Eu apoiava. Ela pode parar de amamentar ou continuar, isso é com ela, é uma decisão dela, eu só apoio (entrevista – 9b - marido).*

*Para mim foi trabalhoso porque naquele tempo nós não tínhamos empregada, minha mãe ajudou um pouco, minha sogra também. Meu serviço, eu trabalho mais a tarde, então a noite eu ajudava bastante, quando um chorava eu segurava. A gente sempre dava uma força. Não, vamos fazer, vamos fazer certinho. Eu preferia deixar a casa de perna para cima do que deixar de atender eles. Eu preferia até a ficar sem comer, sem fazer almoço do que brigar e deixá-la mais nervosa. Já não dorme e... daí vai ficando irritada, é automático. Mas valeu a pena (entrevista – 5b – marido - gemelar).*

*É muito bom para a mãe, ficar dando apoio é muito importante, se tiver acordado e precisar fazer alguma coisinha, tem que fazer. Ajudar, trocar uma roupinha, arrumar uma fralda, a gente não tem preconceito nisto. Se ela não tivesse aqui, eu teria que fazer. Um pouquinho que a gente faz, ajuda sim (entrevista – 8b - marido).*

*Eu falava para ela acreditar nela, confiar, a se dedicar bastante à criança, ter paciência, pais jovem não tem muita paciência, fica nervosa a toa, pedi para ela mais paciência e compreensão para firmar com a neném e adquirir uma formula nova de lidar com ela, de compreender a criança, para ser melhor para ela. Criança age*

*mais por instinto, não tem uma forma de expressar, a mãe tem que compreender isto. Foi meio difícil, trabalhoso (entrevista – 8b - marido).*

Tanto a mulher que amamenta como o seu familiar/significante consideram necessária a preparação dos maridos/companheiros que lhes permita melhor compreender e participar do processo do aleitamento materno vivenciado pelo ser mulher, tendo paciência, apoiando e ajudando.

O estudo de SERAFIM (1993), que entrevistou pais para saber sua opinião sobre a participação do pai no processo de aleitamento materno, reforça os depoimentos que obtive quanto ao preparo do marido para os aspectos básicos de aleitamento materno para que este possa prestar uma ajuda concreta à sua mulher nesse período.

*Para os maridos ajudar, né, apoiá, que tem marido que não liga. Acho que é muito importante, ele fica ciente de tudo, ajuda (entrevista – 6a).*

*E o marido tem que entender. É aquela coisa, a mulher ela tem que ter tranqüilidade, vontade para poder amamentar, porque senão começa, vai dar mamá e o marido grita tem que fazer comida ou o outro filho grita, já pára de amamentar, vai chegar uma hora que o leite seca (entrevista – 2b - marido).*

*Para a mulher tem que ter boa vontade. Para o marido paciência, tem que entendê. Na hora de fazer, na hora de ganhar tudo bem, na hora de amamentar chega assim é eu primeiro. Que história é essa, o marmanjão espera (entrevista – 2b - marido).*

Existe a exigência e a expectativa social da presença constante da mãe junto aos seus filhos, enquanto o pai é ausente, absorvido com o seu trabalho, indiferente, sexualmente frustrado e desamparado (SCHNEIDER et al., 1997).

De acordo com GREINER (1999, p.1) os pais *têm papel importante na divisão de responsabilidades nos cuidados com a criança e no apoio à vulnerável*

*dupla mãe-bebê, nas primeiras semanas e meses de vida.* A importância deste papel fica ainda mais evidente se considerarmos o mundo em mudança que vivemos e que, cada vez mais, pressiona a mulher.

A WABA e Ministério da Saúde, em folheto publicado pela Semana Mundial de Aleitamento Materno (1996), citam uma pesquisa realizada na Inglaterra, que revela que a atitude do companheiro tem influência decisiva na amamentação, pois, no grupo no qual o pai apoia a amamentação, 75% das crianças foram amamentadas enquanto que no grupo onde o pai foi indiferente, a proporção caiu para 10%. Revelou, ainda, que outros membros da família e amigos possuem um papel importante também. Portanto, é fundamental o apoio do marido/companheiro e de outras pessoas no processo do aleitamento materno (BRASIL, 1996).

GREINER (1999) refere que as questões relativas à família e aos cuidados com os filhos não são discutidas, na sua grande parte, com os homens. A escola, a mídia, as revistas para homens também não enfocam este assunto, ficando estes frustrados ao enfrentar situações de incertezas e dificuldades nos cuidados com crianças. Acrescenta ainda GREINER (1999, p.3) que *a melhor oportunidade para discutir o envolvimento do homem com o futuro pai, deve ser nas consultas pré-natal...*, mas duvida *...que a maioria dos serviços de pré-natal tenham pensado sobre como isso poderia ser feito, incluindo a possibilidade para os homens trocarem idéias com os homens.*

Os pais deveriam reconhecer e compreender as vantagens da amamentação e apoiar as mulheres que desejassem amamentar, dando-lhe apoio e ajuda prática nos afazeres domésticos. Eles se sentiriam mais úteis, mais amados e recompensados.

O GRUPO Interinstitucional de incentivo ao aleitamento materno (2000) enumera 10 passos para obter uma maior participação e apoio do pai no processo do aleitamento materno, podendo ser resumidamente citados como: encorajar e incentivar a sua mulher a amamentar; dividir e compartilhar as mamas de sua mulher com o bebê; participar dos momentos da amamentação; ser paciente e

compreensivo; sentir-se útil durante o período da amamentação; manter-se sereno; procurar ocupar-se com os outros filhos; manter o hábito de acariciar os seios de sua mulher; ficar atento às variações do apetite sexual de sua mulher; não trazer para casa latas de leite, mamadeiras e chupetas. Tais passos poderiam, se aplicados pelo homem e pela família, ajudar no apoio ao ser mulher que amamenta.

*É aquilo que eu te falei, não daria para começarem a preparar os esposos, eu acho isso muito importante, acho que a partir desse momento que há uma preparação para os esposos as mulheres vão começar a amamentar, tranqüilo, com certeza (entrevista – 11b - irmã).*

*...eu acho que não devia informar só a mulher mas com o homem junto, mas aquilo que eu te falei, tem que ter uma cooperação muito grande do esposo, eu acho que na época o marido não tinha que estar exigindo muito da mulher. Tem homens que ficam até ciumentos nesta época, não é verdade. O psicológico do homem devia estar preparado (entrevista – 11b - irmã).*

*Meu marido falava que tinha que amamentar, orientava. Quando a gente estava fazendo pré-natal, todos os pré-natais que tive ele foi junto, desde o começo da gravidez até o final. O médico orientava e ele ia guardando, quando eu ganhei ele (a criança), ele ficava em cima, o médico falou isso, isso, isso. Essas coisas foram importante também. Tem que acompanhar. Ele me dava carinho, depois ele me ajudava na casa, levantava para pegar ele (a criança) para eu amamentar. Ajudava no serviço doméstico. Assim que ele me ajuda (entrevista – 9a).*

A mulher que amamenta acha de grande importância a participação do pai, do marido/companheiro no processo do aleitamento materno.

*Meu marido falava que eu tinha que cuidar dele mesmo (da criança). Não ficava indo muito nas casas de parente para não passar nervoso porque senão a gente vai na casa de alguém e fica nervosa (entrevista – 7a).*

*Se não fosse o apoio do meu marido...foi muito importante. Tem que ter alguém na família que apoie, senão fica difícil (entrevista – 5a).*

*Meu marido falava para eu insistir e dar o peito para ele. Eu insistia ainda com ele, eu falava vamos ver se ele pega. A família apoiando, o marido, minha sogra também me apoiava, foi importante (entrevista – 7a).*

Quando o marido/companheiro fica indiferente, a mulher que amamenta apresenta sinais de desagrado, sentindo-se a única responsável pela prática de aleitamento materno.

*Há meu marido... para ele... eu que decidia. Ele não foi nem contra nem a favor, ele não falou nada. O que eu decidia, para ele estava bom. Em nenhum momento ele falou nada. Foi por minha conta mesmo. Depois daquela entrevista que nós fomos lá com você e que nós conversamos, eu tentei, tentei, mas acho também que a criança já sente, ele já não queria mais não, ele já queria mamadeira e eu falava que ele já não queria mais mamar neste peito não (entrevista – 11a).*

## **2. A mulher que amamenta inserida no contexto familiar cultural**

Amamentar é uma ação exclusiva da mulher que se efetiva de acordo com as visões e características culturais que possui. A ato de amamentar é um fenômeno que se movimenta e se constrói a todo momento, formando-se e firmando-se, calcado em crenças, valores e expectativas socioculturais. A experiência deste fenômeno será repassada na vida em família, gerando expectativas em outro ser mulher que irá amamentar.

### **a) A vivência pessoal de amamentar pela expressão de emoções e sentimentos**

A expressão de emoções e sentimentos da mulher que amamenta salienta a dimensão maternal, de amor, carinho e dedicação ao filho. A prática do aleitamento materno é considerada prazerosa, boa, confortável, mesmo que em algumas ocasiões a mãe sinta dor e sofrimento, pois é recompensada ao ver o filho com saúde, resistente a doenças, desenvolvendo-se e ganhando peso.

Os depoimentos coletados com a mulher que amamenta contêm expressões que definem a experiência de amamentar. Expressões como “foi bom, porém cansativo” e “foi traumatizante”, por exemplo, demonstram que o ato de amamentar não ocorre, muitas vezes, de forma prazerosa.

SILVA (1997, p.181) também encontrou, em seu estudo, sentimentos nem sempre agradáveis, experimentados pela mulher ao amamentar. A mesma autora assim se refere quanto a esses sentimentos decorrentes da amamentação, *...fazem parte da construção do significado dessa ação, influenciando no seu curso.*

O profissional de saúde deve levar em consideração tal fato para que consiga, com o cuidado cultural enunciado por LEININGER (1991c), levar a mulher que amamenta e seu familiar/significante a vivenciar o aleitamento materno de forma tranqüila e confiante para que, assim, o torne eficaz.

Sentimentos de raiva, dor, sofrimento ao amamentar também foram encontrados nas falas das informantes. Preocupações diversas podem provocar intranqüilidade à nutriz, fato que pode intervir na amamentação. Considera-se importante que o profissional de saúde esteja atento para perceber na mulher tais sentimentos, a fim de compreendê-la e captar a verdadeira dimensão do que significa amamentar para, inclusive se for o caso, buscar o apoio de outros profissionais.

Sentimentos que denotam uma prática de aleitamento materno não prazerosa, também foram encontrados nos estudos de NAKANO (1996, p.139), nos quais as mulheres apresentaram uma postura *...firme e determinada de*

*continuarem amamentando mesmo na presença de dor, devendo ser esta sufocada. São vivências que trazem a “naturalização” do sofrimento inerentes ao ser mãe.*

A amamentação não deve ser encarada como privação e sofrimento e, para tal, a sociedade deve garantir à mulher o direito de trabalhar, estudar, passear e continuar amamentando, devendo a família, amigos e comunidade em geral possibilitar que a mulher amamente com tranqüilidade e prazer (BRASIL, 1996).

Os depoimentos ilustram as afirmações acima:

*Para mim foi tudo bom porque todo mundo incentivou eu amamentar. De ruim não teve nada (entrevista – 12a).*

*Foi bom, é cansativo, mas... ela (criança) ganha bastante saúde (entrevista – 2a).*

*Eu adoro dá mamá. Acho que é uma coisa muito boa, dá saúde para a criança. As vezes é cansativo para a mãe, mas as vezes é mais cansativo preparar mamadeira. Já pensou, mexer com fogão, esfria e tem que esquentar, tem que levantar à noite da cama, ir na cozinha, preparar, volta ... é complicado (entrevista – 2a).*

*Amamentar para mim foi bom, tanto que eu dou até hoje. Foi um pouco traumatizante quando ela não ganhava peso, mas a gente coloca na cabeça que tem que dá, porque o leite do peito é bom, faz bem para a saúde da criança e não faz mal, aí eu peguei e dei. Acho que amamentar, a mãe não tem que fazer obrigado, tem que fazer porque se sente bem e porque gosta (entrevista – 8a).*

*Eu só ficava tensa porque eu tenho que cuidar da casa sozinha, não tinha quem me ajudasse porque minha mãe mora longe (entrevista – 8a).*

*Que no começo, nem que sofra, é bom amamentar no seio, é bem melhor (entrevista – 8a).*

*É mais cansativo. As vezes eu ficava mais nervosa porque*

*acordava. Mas por amamentar não. Era um pouco mais pelo cansaço (entrevista – 3a).*

Neste estudo, a vergonha verbalizada pelas mulheres mostra que o profissional de saúde ainda deve se preocupar em perceber tal sentimento. SILVA (1997) encontrou, nas mulheres que amamentavam, expressões de vergonha e refere que tal sentimento chega a inibir a nutriz em amamentar fora de casa, podendo levar à introdução precoce de mamadeira, o que evidencia a importância de se cuidar do “trinômio mãe-filho-família” antes e durante o processo de aleitamento materno.

As falas abaixo confirmam a ocorrência do referido sentimento:

*Quando saía de casa, eu acho constrangedor dá mama, então as vezes eu ficava evitando, evitava, evitava... aí até que eu achava uma sala, porque eu tinha vergonha de amamentar perto dos outros, aí quando eu via que tinha um lugar afastado eu dava, se não eu ficava ali e a coitadinha ficava com fome. Isto aí evitava de eu ir longe. Lugar que eu ia mais era a igreja que tinha uma sala reservada. Mas eu tinha vergonha. Ele (o marido) não se importava que eu amamentasse perto dos outros, era coisa minha. Na 1ª eu acho que eu não dei também por vergonha. Hoje eu acho que eu já superei, daí eu comecei a dar na frente dos parentes. Eu sei hoje, que interferia no aleitamento (entrevista – 5a).*

Com a realização deste estudo, tive a oportunidade de realizar observações reflexivas sobre um trinômio que se destacou dos demais pela particularidade dos problemas que apresentou. O caso em questão é autêntico, mas não isolado, e serve para ilustrar a necessidade da ética do cuidado que, no meu entender, pode ser contemplada através da cuidado cultural. A ética do cuidado aqui entendida equivale a um cuidado que deve ter a qualidade de ser integral, humano, respaldado na história de vida do cliente.

WALDOW (1993) considera o cuidado como sendo a ética da enfermagem e, para tal, esse cuidado deve ser humano, sensível e solidário. Neste sentido,

ELIASON (1993) complementa que a teoria e a prática de enfermagem não pode ser ética a menos que fatores culturais sejam levados em consideração.

Acreditar e estudar a amamentação tem sido gratificante para a minha trajetória profissional, porém trabalhar com mulheres que declaravam não querer amamentar, ou não conseguir amamentar foi para mim difícil, pois tinha consciência que não deveria julgar nem criticar, mantendo sempre uma postura de respeito às decisões das clientes.

Os relatos que serão transcritos a seguir incluem-se nas diferenças a que LEININGER (1991a) se refere quando preconiza as fases metodológicas, mais especificamente, na "identificação dos descritores e componentes". Esta fase se inter-relaciona com a que se segue, "análise contextual e de padrões", quando é possível descobrir padrões de comportamento que são os modos de vida, as experiências da pessoa.

Também apresentarei algumas reflexões realizadas ao prover cuidado cultural com um determinado trinômio. Este trinômio revelou, desde a primeira entrevista, que a mulher estava amamentando muito pouco ao peito, pois a criança chorava. Dizia a puérpera que a criança não queria mamar e, sendo assim, ela própria não queria amamentar naquela situação. A criança estava com um mês e meio de vida e já estava com aleitamento artificial. A criança chorou, na primeira entrevista, durante aproximadamente dez minutos, tendo cessado após a mãe oferecer mamadeira de leite artificial, fato que não havia ocorrido, até então, em outras entrevistas deste estudo. Era a 11ª entrevista. O familiar/significante que acompanhava era a sua irmã, pessoa muito comunicativa, tinha muito carinho pelo binômio mãe-filho, e demonstrava-se empática diante das dificuldades vivenciadas pelo ser mulher que amamentava. Eram de classe média e possuíam uma história de amamentação em que grande parte das mulheres da família amamentava e incentivava a amamentação. O ser mulher em questão havia sido amamentado ao seio por quatro anos.

Quando perguntei à puérpera, na primeira entrevista, qual era a alimentação que estava dando para seu filho, obtive a resposta a seguir:

*Estou dando o peito, mas pouco e estou dando mamadeira. 80% mamadeira e 20% aleitamento materno. Com a minha outra filha foi a mesma coisa. Ela mamava, mamava e não se satisfazia com o peito. Ficava quase o dia inteiro amamentando ela porque ela chorava de fome. Ele hoje mamou de 3 em 3 horas mamadeira de Nam e estou diluindo conforme a latinha. Sempre mama 120 ml (entrevista - 11a).*

Enquanto ouvia os depoimentos dos informantes, eu também fazia uma análise sobre qual deveria ser a minha postura profissional diante daquela mulher que estava oferecendo leite artificial, de maneira tão intensa. Queria mudar aquela realidade, porém não sabia se iria conseguir.

Primeiramente, avalei se a cliente tinha consciência da importância de amamentar seu filho e, tanto ela como o seu familiar/significante souberam me relatar inúmeras vantagens do aleitamento materno.

Percebi que não estava apreendendo o real motivo que a levava a oferecer a mamadeira muito mais vezes que o peito. Percebi, então, que estava avaliando biologicamente o referido trinômio. Parei, refleti sobre a minha atitude e mudei. Deveria ouvir atentamente o relato dos fatos. Fiz perguntas abertas, pois sabia que iria provocar respostas mais amplas. Procurei avaliar o contexto cultural em que se encontrava o processo de aleitamento materno do trinômio em questão.

Passei, então, a tentar conhecer as dimensões culturais do referido trinômio. A riqueza de informações veio à tona. Tinha a certeza que estava no caminho certo para o cuidado cultural.

Diante da pergunta "Como é para você amamentar?" o ser mulher que amamenta respondeu:

*Eu acho ótimo porque eu estou em contato com ele. É bom. É gratificante mas é muito cansativo. Ele é muito agitado e sente uma fome...minha filha era assim também, ele é esganado, eu vejo outras crianças que mamam e dorme, ele não, ele mama e quer mamar, mamar o dia inteiro. Eu tenho bastante coisas para fazer em casa (entrevista - 11a).*

A sua irmã, talvez numa tentativa de explicar o porquê da introdução de leite artificial, complementa:

*Quando é com a gente é diferente. Ela tem uma menina que está em idade escolar, está na 5ª série e aí eles estão numa fase de adaptação porque ela acabou de voltar com o esposo. Ela está então, se desdobrando em casa entre a outra filha, esposo e o neném. Está numa fase da vida dela que está tudo vindo junto (entrevista - 11b - irmã).*

Ao perguntar ao ser mulher “Como é para o seu marido, estar com você amamentando?” obtive a seguinte resposta:

*Meu marido é meio indiferente. Ele quer atenções sim, ele quer roupa arrumada, ele quer a janta pronta. E é difícil, você com um bebê recém nascido dar atenções como ele quer. As atenções tem que ser 90% para ele (entrevista - 11a).*

O ser mulher que amamenta acrescenta ainda:

*Quando eles falam que tem que amamentar, eu sei que eu tenho que amamentar, mas eu não agüento, se eu for amamentar da maneira que eu quero, eu fico o dia inteiro e a noite inteira dando mamá para ele. Assim como tem mães diferente uma das outras, tem as crianças que é diferente uma da outra. Ele, eu vou dar o peito para ele e ele chora, chora pra caramba, ele fica agitadíssimo e não sei o que acontece. Não sei se não satisfaz, não sei se é cólica e eu fico nervosa porque eu quero que ele fique satisfeito e pare de chorar (entrevista - 11a).*

“Aprendi” e “apreendi” muito com o referido trinômio. “Aprendi” que o não amamentar é uma situação, é um direito da mulher. Dizer que toda mulher tem que amamentar é uma imposição, pois sabe-se que para amamentar não basta só querer, tem que haver condições para tal. Tais formulações já haviam sido

articuladas por mim e essa experiência me forneceu a confirmação que precisava. Aprendi que o cuidado cultural nos engrandece e nos qualifica enquanto profissional porque se torna um cuidado ético. O referido processo de aleitamento materno não se efetivou, porém senti que havia realizado um cuidado coerente com a cultura do trinômio.

“Apreendi” que o processo de aleitamento materno não se torna eficaz por acaso, ele se efetiva ao longo do tempo. É um fenômeno que se constrói. Segundo o olhar higienista, que ainda caracteriza algumas ações de saúde nos dias atuais, o ser mulher em questão “deveria” amamentar. Como amamentar se o ser mulher que amamenta não possuía preparo emocional e dinâmica familiar equilibrada? Os depoimentos a seguir ilustram a situação vivenciada pelo trinômio.

*Eu não tive orientação durante os nove meses. Ai de repente nasce o filho no hospital, você já está com trauma, meu parto foi uma droga, maior sofrimento e aí vem um monte de enfermeira te enche o saco para você amamentar, tudo ali na hora, não é assim, acho que tem que ter todo um trabalho, por que cada mãe tem uma vida diferente, ela está ali com algum problema, o psicológico dela um é diferente do outro, então já que eles querem tanto, eles falam que tem que amamentar, amamentar, tem que dar condições também (entrevista – 11a).*

*Sem contar que lá você não tinha o mínimo de conforto, era umas macas desta altura (alto), você com cesárea, com bebê ali do seu lado. Você vai amamentar como ali. Não tinha uma poltrona, não tinha nada. E eles enchendo o saco, tem que amamentar, tem que amamentar, vai te irritando, vai te irritando. E parece que eu fui pegando mais aversão ainda. Eu já tinha, eu já tentei, mas não conseguia amamentar. Eu dei graças a Deus a hora que ele pegou mamadeira. Eu vi que ele se deu bem com Nan I e aí eu falei – me perdoa mas não vai dá, não conseguia! (entrevista – 11a).*

*Eu acho assim, quer orientar a mãe para amamentar, começa no acompanhamento do pré-natal que deveria ter um acompanhamento durante os nove meses sobre aleitamento, porque de repente se a pessoa tem um bloqueio, é tratado neste 9 meses (entrevista – 11a).*

*Todo mundo queria que eu amamentasse, e isso incomodava, você não quer, você não sente bem, ficava todo mundo – amamenta. Aquilo lá me irritava. Na época a situação estava pior do que hoje, psicologicamente. Hoje está bem melhor. Eu não estava bem com o meu marido, não estava bem psicologicamente, tinha acabado de ganhar neném, não estava legal mesmo. Então acho que juntou tudo Eu queria sossego (entrevista – 11a).*

*Quando eu conversei com você, você foi bem sincera desde o início, estou sendo sincera. Mas lá no hospital, teve um caso de uma enfermeira, já vai pegando no seu seio, e assim, e invade sua privacidade, eu não acho certo isso. Eu acho que quando a coisa se torna obrigado, eu não gosto disto. É ruim. Acho que você tem o direito de decidir, claro é bom para a criança é, só que a pessoa ali, a enfermeira ela não sabe como que você está, teu psicológico, tua vida. Ela não tem como invadir sua vida em poucos dias (entrevista – 11a).*

Incentivo ela teve, sabia da importância em amamentar, mas não foi o suficiente...

*Falavam que era bom, que não podia ficar nervosa porque está de dieta e secava o leite. Eu não queria, eu queria que secasse. Todo mundo falava que tem que amamentar, é bom o leite. Eu sei que é bom, eu cansei de ouvir, mas eu não queria. Mas eu não queria. Minha tia fez de tudo. ninguém me falava para não amamentar. Só para continuar. Mas não adiantou (entrevista -11a).*

*Hoje também eu não amamentaria. Eu acho que é uma coisa que eu tenho que me libertar. Deus ainda não colocou na mente ainda, mas eu sei que Deus ainda vai me colocar na mente o que é isso. Incomoda, tudo isso. Porque se eu pensar hoje em amamentar, me dá uma aversão (entrevista – 11a).*

*Eu acho assim, não interessa o esposo, não interessa ninguém, a mulher tem que estar bem psicologicamente, espiritualmente, ela tem que estar bem com ela mesma, se ela não estiver bem pode chegar quem for e falar para ela, ela não vai conseguir amamentar (entrevista – 11a).*

O aleitamento materno foi referido como um momento sofrido e desgastante.

*Foi sofrido e desgastante, esse um mês e meio para eu amamentar ele, foi uma..., vou ser sincera. Eu lembro que ele não mamava direito, chorava com cólica, eu não tinha paciência, ficava desesperada, por isso que eu taquei mamadeira. Eu não tenho paciência, não adianta. A minha outra filha mamou só 3 meses. Não consegui dá mais que 3 meses, eu não sei o que acontece. Eu acho que é algum bloqueio que eu tenho para não ter conseguido amamentar. Mas não consigo me lembrar, pelo menos não veio a mente ainda (entrevista – 11a).*

*Eu acho assim, o leite seca. Se você não está com aquele prazer de amamentar, não você não está se sentindo bem, eu acho que não cria... (entrevista – 11a).*

*Pegando mamadeira era um alívio, acho que isso não é normal, eu sei que tem algum problema que eu não detectei ainda e eu sei que não deve acontecer só comigo, acho que acontece com muitas mães. Eu sei que tem que ter um tratamento, não é questão só de vergonha de tirar o seio, a questão também é de não conseguir amamentar, porque você pode ir no quarto amamentar (entrevista – 11a).*

*Se eu pensar em ter outro filho, eu não quero outro filho, mas se eu tiver outro filho e eu ter que amamentar, chega a me arrepiar. Se eu não me libertar deste trauma e descobrir o que é, e cuidar disto, ia ser a mesma coisa, não ia mamá do mesmo jeito. Eu gostaria, mas eu não consigo. Não sei o que acontece. Eu não me sinto bem (entrevista – 11a).*

A mulher que amamenta afirma que tem uma solução, refere-se à necessidade de preparo pré-concepcional, pré-natal e pós-parto para que o aleitamento materno seja bem sucedido:

*Eu acho assim, se a mulher já vê que tem algum problema com relação a isso, para ela já começar tratar antes de engravidar ou*

*se ela engravidar, durante o pré-natal já começar a tratar isso aí, descobrir o que foi, não deixar para tratar depois porque senão não dá mais tempo, foi o que aconteceu comigo, depois não dá tempo de você fazer todo aquele tratamento com calma, terapia sei lá o que para amamentar, depois que o neném nascer é tarde. Então tem que ser feito antes. Eu creio assim, eu devia ter procurado mas de repente e achei que podia ser diferente mas não foi, entendeu, não foi (entrevista – 11a).*

Apesar de verbalizar que não carrega culpa, será que, na realidade, a culpa não está em sua forma de viver, de se expressar, de se relacionar com as pessoas? Devemos repensar o nosso apoio, a nossa proteção, a nossa atuação frente ao processo do aleitamento materno. Posso dizer que ao conduzir esta entrevista, respaldada no cuidado cultural proposto por Leininger, aprendi a considerar o processo de aleitamento materno com um paradigma cultural, humano e ético.

*Não carrego nenhuma culpa, o neném está tão bem, não carrego sentimento de culpa, porque eu acho que não é culpa minha, eu devo ter algum problema, algum bloqueio, alguma coisa, porque não é normal. Como que eu posso me culpar de uma coisa se eu acho que a culpa não é minha. Um dia eu vou saber porque, mas ...eu sei que é bom o leite materno, mas eu não consegui, era um sentimento que eu não conseguia controlar (entrevista – 11a).*

Os depoimentos da mulher que amamenta evidenciam sentimentos importantes de serem identificados e conhecidos pelo profissional de saúde ao prover o cuidado, pois tais sentimentos, muitas vezes, precisam ser trabalhados para possibilitar que a prática de aleitamento materno aconteça de maneira prazerosa e não traumatizante. O cansaço é mencionado pela mulher e pode-se afirmar que se trata de um estado físico que pode gerar desconforto e irritabilidade. Sabe-se que ansiedade, angústia e o estado de “estar nervosa” podem dificultar a descida do leite materno e a criança pode sugar, sugar, e o leite ter dificuldade de sair da mama, gerando mamadas ineficazes que deixarão a

criança insatisfeita. Tal fato pode ser interpretado de forma equivocada pela nutriz e levá-la a ter dúvidas se situações como ter “pouco leite” ou ter “leite fraco” poderiam estar acontecendo com ela.

Amamentar é considerada uma ação exclusiva da mãe, inerente ao corpo feminino. NAKANO (1996) refere que a amamentação é um protótipo de maternidade, pois qualifica socialmente a mulher como mãe, mas também carrega a compreensão específica de que a mulher é o ator central do sucesso da amamentação.

O aspecto estética pode constituir-se, para algumas mulheres, em fator determinante para não amamentar. Sabe-se que o fato de engravidar já poderia levar à flacidez das mamas devido às alterações que ocorrem nas mesmas durante a gravidez. Estudos como o de NAKANO (1996) e ARAÚJO (1997) também encontraram mulheres preocupadas em relação à estética da mama por causa da amamentação. Os profissionais de saúde devem estimular e suscitar discussões com o intuito de esclarecer a veracidade da referida relação.

*Esqueça esse negócio de beleza de estética porque isso não vai levar a nada. Não altera, é a lei da gravidade. O mais importante é eles estarem bem com saúde e cada vez mais forte. E o leite materno ajuda e muito (entrevista – 3a).*

*Esse negócio de não conseguir é problema da mulher, porque toda mulher tem leite, eu acho que é um pouco psicológico porque o corpo da gente muda. Eu acho que amamentar muda o corpo da mulher fica diferente, o seio já não fica como era antes, tem mulher que pensa nisso, na estética e já deixa de lado de amamentar, de ter muitos filhos (entrevista – 2a).*

O tempo é relatado pela mulher que amamenta como um fator influente na decisão em continuar ou não a amamentar a criança, pois ela fica com tempo reduzido para si própria, para os afazeres domésticos e para o trabalho fora do lar.

O serviço doméstico foi motivo para a mulher desmamar seu filho, demonstrando que o apoio que as mulheres precisam nessa época do familiar/significante é com relação aos serviços do lar.

Verifica-se que os motivos alegados para realizar o desmame vão desde ter que voltar a trabalhar, estar cansada, patologias existentes, até dificuldades que levaram a criança a mamar e chorar, sendo decodificadas pelo ser mulher como fome, ou “não estar tendo leite suficiente”, ou o “leite era fraco”, ou “ele não quis mais o peito”. A mamadeira foi avaliada como sendo a forma mais rápida, porém mais trabalhosa de alimentar a criança, mostrando que estamos vivendo ainda a cultura da mamadeira. Verifica-se que a época recomendada para o desmame não está bem difundida.

O fato de considerar o aleitamento materno como importante para garantir a saúde da criança, leva a mulher a se defrontar com sentimentos culpa, de necessidade, de ser um direito da criança e porque não, uma obrigação materna? Porém, o que fazer se este ser mulher que amamenta não conseguir um equilíbrio de vida, apoio, enfim, não tiver condições de realizar a prática do aleitamento materno de forma prazerosa? Acredito que estas questões são importantes e precisam ser consideradas pelo profissional de saúde, pelos familiares e pela sociedade. Estimular, apoiar, capacitar a mulher para o processo do aleitamento materno é uma necessidade e todas essas ações devem ser programadas, sistematizadas e apoiadas de maneira hábil para não se incorrer em imposição ou tornar a prática da amamentação uma obrigação para a nutriz.

*Eu amamento por causa das doença. Eu estou com gripe e ela não pegou, eu acho que deve ser isso também, o organismo dela fica bem resistente. Dei mamá, estou dando até agora por causa disso, pela saúde dela. Eu sei que tem as vacinas também, mas eu acho que isso ajuda muito (entrevista – 2a).*

Sentimentos de culpa foram observados em algumas mulheres que não conseguiram amamentar pelo prazo que idealizaram. Uma delas chegou inclusive a afirmar que já havia pedido “perdão para Deus” por não ter amamentado.

Sentimento de “saudades” também foi observado, demonstrando, mais uma vez, que querer amamentar não é o suficiente para se efetivar a amamentação. Abaixo algumas falas que exemplificam essas afirmações.

*Já pedi perdão para Deus, sabe. Deus sabe porque eu não consegui amamentar. Ele sabe mais que todo mundo, o porque. Todo mundo aqui em casa mamou pra caramba. Eu que fui que mamei mais e não consegui dar mamá (entrevista – 11a).*

*Eu fiquei com sentimento de culpa, as crianças mamando... daí eu falo, porque eu não dei mamá no peito. Eu fico com saudades (entrevista – 6a).*

*Eu amamentei muito pouco, 2 meses só, ele não quis mais. A minha experiência foi gostosa, eu gostaria que ele tivesse continuado. Neste tempo foi só o peito. Quando eu comecei a ver que ele não estava só se satisfazendo com o meu leite, ele estava rejeitando, eu colocava o seio na boca dele e dava ânsia, e logo logo, por ser meia nervosa, o meu leite secou. Eu gostaria que ele tivesse aceitado mais, mas... é genioso e não quis (entrevista – 3a).*

## **b) A decisão de amamentar ou não inter-relacionada ao contexto cultural**

As mulheres que amamentam revelaram vários sentimentos que podem contribuir, facilitar e possibilitar o aleitamento materno, dentre eles pode-se citar a importância da nutriz desejar amamentar. Outras, porém, referem que apenas a decisão de amamentar não é suficiente; é necessário ter também boa vontade, paciência, calma, tranquilidade e amor pela criança.

A cultura da mamadeira ainda está presente nos dias atuais, sendo umas das primeiras alternativas adotadas diante das dificuldades em amamentar ao peito. Ao confrontar as falas referentes ao “querer amamentar” do ser mulher, verifica-se que apenas uma verbalizou que não sentia nem tranquilidade nem prazer em amamentar, que poderia ter um trauma. Entre as outras mulheres que amamentavam e que participaram da segunda fase do trabalho, quatro estavam

ainda amamentando, porém encontrou-se um grande número de relatos de mulheres que gostariam muito de estar ainda amamentando, confirmando que não basta só querer, a mulher para amamentar precisa de algo mais, de apoio de uma família consciente do manejo das dificuldades da prática do aleitamento materno, assim como da contribuição efetiva do *familiar/significante* que inclui apoio emocional e ajuda prática nas tarefas domésticas.

*Eu cheguei a amamentar pelo menos 1 mês. Depois que eu cheguei do hospital, ele chorava muito à noite daí eu dei aquele Nan, acho que eu comecei a dar na 2ª semana da neném. Eu tinha muito pouco leite. Ela chorava muito e eu peguei e dei (entrevista – 6a).*

*Não sei. Sabe que não sei o que aconteceu, será que é porque eu não tentei dar mais mamá? Na outra eu não tive pouco leite. Eu tinha até muito. E dessa o leite não sustentava não. Era pouco. Dessa eu tinha mais coisa para fazer, na 1ª eu não tinha quase nada para fazer. Eu fiquei em dúvida, porque eu gosto de dar mamá. Mas não sustentava, daí eu tive que dar outro leite. Foi ruim, eu queria dar mamá (entrevista – 6a).*

NAKANO (1996) interpreta como marcas de acomodação a visão de que o aleitamento materno é um processo que demanda paciência, dedicação, sacrifícios e recompensas. Será que tendo calma, paciência, boa vontade, dedicação, poder-se-ia afirmar que a mulher vivenciaria com sucesso a prática do aleitamento materno?

Alimentar-se bem, ter incentivo da família e contar com a ajuda e orientações de profissionais de saúde capacitados em atuar no manejo da prática do aleitamento materno, tanto em relação à UBS como em relação à rede hospitalar, também são condições citadas como favoráveis à prática do aleitamento materno.

Referências como estar bem psicologicamente, espiritualmente e economicamente, bem como ter boas condições de vida, foram também

mencionadas pelas mulheres que amamentam ou que já amamentaram como fatores que favorecem a prática do aleitamento materno.

A propaganda foi referida como forma positiva, reforçando a necessidade de investir no “marketing” do aleitamento materno. Importante salientar que as campanhas de leite artificial devem ser fiscalizadas quanto ao cumprimento da “Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes” (BRASIL, 1993); desta forma estaremos “protegendo” a prática de aleitamento materno.

As condições físicas em que a mulher se encontra também foram referidas, mostrando que o aleitamento materno conduz a modificações biológicas, as quais podem ser impeditivas para a efetivação da amamentação. Há evidências, pelos depoimentos, de que a mulher decide interromper o aleitamento materno atribuindo ao recém-nascido o motivo para tal conduta.

*Eu lembro que você falava – que tinha que esquecer das outras coisas, então daí sem mais sem menos ele não quis mais o peito. Daí eu comecei a dar o leite de saquinho e não deu certo para ele. Ele não quer mamar, não é que ele não quer mamar, ele mamou e não se deu bem; aí eles falaram (lá no Posto) – então você tenta o integral que é o de caixinha. Daí eu dei o de caixinha (entrevista – 4a).*

*Força de vontade e o amor que ela tem pela criança, que dá o leite, porque hoje se eu quiser ele volta. Você passou para mim, minha irmã também falou. Hoje se eu quiser amamentar ela e tiver força de vontade eu volto. É só você querer, se você não quer aquilo não adianta. É o básico, é o amor que você tem pelo seu filho aí você amamenta mesmo, daí vem o leite, não importa a idade não (entrevista – 10a).*

A decisão de desmamar a criança é tomada pela mulher que amamenta e deve ser respeitada e apoiada por todos, pela família, pela comunidade e pelo profissional de saúde. Quando a mãe decide desmamar seu bebê, é preciso verificar se esta decisão foi tomada de forma consciente, refletida, sendo que para

isto é preciso que se forneça informações sobre a amamentação e ao desmame. Garantir o acesso à informação é um papel do profissional de saúde.

*Quando eu decidi parar foi que começou a sobrecarregar muito. Era mamã no peito, daí eu tinha que ir lá fazer mamadeira e sempre tem uma coisinha para a gente fazer em casa, aí foi ficando mais difícil, e eu fui desanimando também e comecei a dar mamadeira (entrevista – 5a).*

*E eu tenho raiva de amamentar realmente. Eu já sabia. Mas de repente fique pensando quando a criança nascer né... aí muda... não muda, você tem que tratar antes. Então é o conselho que eu dou, vai ser mãe e acha que tem este tipo de problema, tenta tratar antes de engravidar, porque na gravidez você fica sensível, é uma droga, mas se for tarde e estiver grávida, tenta tratar durante a gravidez senão não adianta, depois que nasceu não dá mais tempo (entrevista – 11a).*

### **c) O trabalho como fonte impeditiva da continuidade do aleitamento materno**

Interessante salientar que a mulher que desmamou alegando necessitar trabalhar e por entender que estava no tempo certo de parar, teria que trabalhar por 10 dias somente, em período integral e, assim sendo, foi informada por uma amiga que o leite seria um veneno se ela voltasse a amamentar depois desse período de recesso. Pelas falas, pode-se notar que este ser mulher ficou em dúvida se desmamava ou não, pois o aleitamento materno estava sendo importante para o “trinômio mãe-filho-família”. Decidiu por parar de amamentar, tendo recebido o consentimento de sua mãe. O local de moradia deste ser mulher é próximo à UBS, porém em nenhum momento procurou o serviço para esclarecer tal dúvida, mostrando que é necessário um maior envolvimento e acompanhamento pelos profissionais/serviços de saúde ao “trinômio mãe-filho-família”.

De acordo com os depoimentos, o trabalho fora de casa, muitas vezes, configura-se um empecilho ao aleitamento materno, demonstrando ser um dos assuntos que necessitam ser conversados e esclarecidos com a mulher que amamenta. VEZOZZO (2000) sugere que os serviços e profissionais de saúde poderiam investir mais no incentivo e divulgação, junto às mulheres, das leis de proteção à maternidade e à amamentação, devendo ainda orientar sobre os procedimentos a serem realizados também em época do retorno ao trabalho como a ordenha, formas de armazenamento e administração de leite materno à criança. Tais informações subsidiam e instrumentalizam a mulher a retardar a época do desmame.

ROMANELLI (1997) salienta que a crescente participação da mulher na força de trabalho, como conseqüência das dificuldades econômicas vivenciadas pelas famílias, tem mudado a vida doméstica e trazido mudanças na dinâmica familiar, alterando os vínculos com o marido e filhos.

Pode-se verificar tais considerações nas falas a seguir.

*Muda, para trabalhar, não posso mais sair. Eu gosto de sair, eu gosto muito de sair de casa. Eu fico presa, as vezes eu fico nervosa, mas eu fico pensando – eu tenho ela e tenho que cuidar bem, mas muda, a gente fica presa, criança tem que ficar o dia inteiro cuidando. Quando a mãe para de amamentar, ela vai trabalhar, tem alguém que cuida também. Na família não muda, a gente que fica presa, a gente tem que cuidar do bebê (entrevista – 2a).*

*Foi uma experiência boa porque muita gente fala que amamentar no peito - Eu não tenho tempo para amamentar meu filho no peito, tenho que trabalhar, não posso amamentar meu filho. Tempo você mesmo tem que arrumar, você tem que ver que você colocou uma criança no mundo e que você tem que alimentar essa criança, então para mim foi uma experiência muito boa. Para mim no começo eu achava difícil, primeiro filho, eu não sabia amamentar, mas eu falava, mas como será, será que vai doer, ele vai morder. Não é um bicho de 7 cabeças amamentar. Não é tão difícil assim. Tinha muitas mulheres que falavam que no começo dói, que amamentar o neném dói, quando começar a crescer os dentes dói porque ele morde (entrevista – 4a).*

*Acho que de tudo um pouco. Um pouco a alimentação, se ela não se alimenta bem eu não sei se a mulher consegue ficar tanto tempo dando mamá, se trabalha fora, tem que tirar porque precisa trabalhar, a família incentiva também (entrevista – 2a).*

*Eu não estava nervosa. Agora que eu comecei a trabalhar, mas não é todo dia que eu trabalho, arrumei dois dias na semana. Os outros dias eu fico só com ele. Mas eu me sentia bem amamentando. Amamentar é uma coisa muito boa, se depender de mim estava mamando até agora (entrevista – 7a).*

*Eu não queria ter parado, mas eu tinha que trabalhar no pré-olímpico e já estava no tempo certo dele ter parado de mamar, ele estava gordo já engordando demais, a mais do peso, então eu tive que parar de amamentar, mas se não tivesse acima do peso e não tivesse que trabalhar eu ainda estava dando de mamar para ele. Eu que tomei esta decisão e ainda sentei e conversei com a minha mãe, se isso podia acontecer ou não. Ela falou que ia de mim de continuar ou não (entrevista – 4a).*

*Chegou uma colega da minha mãe falou assim, você vai ter que desmamar ele, porque nós vamos trabalhar e não dá para você levar ele. Então você vai ter que tirar ele do peito, ou senão ficar aqui. Eu falei, se eu tenho que trabalhar para sustentar ele então eu quero. Então você não dá mais o peito para ele. E foi o que eu fiz (entrevista – 4a).*

#### **d) Comportamentos e atitudes que revelam as dificuldades e dúvidas sobre o processo de aleitamento materno**

Sabe-se que as dificuldades/dúvidas encontradas na prática do aleitamento materno e a maneira como elas são trabalhadas tornam-se fatores intervinientes desta prática, mostrando a necessidade de reciclar e educar o profissional de saúde quanto ao manejo adequado e apropriado do aleitamento materno mas, principalmente, a necessidade de dar atenção especial ao contexto cultural em que vive a mulher e seu familiar/significante, pois nem sempre a

comunicação se estabelece de forma clara, propiciando o surgimento de dificuldades e dúvidas.

As dificuldades na pega, ou seja, na forma como as crianças abocanham a mama deve ser um tema a ser elucidado com as mulheres nos serviços de saúde ainda durante o pré-natal.

No estudo de ADESSE (1994, p.111) também foram mencionadas, nos relatos sobre amamentação das mulheres, *...dificuldades de ordem orgânica, financeira, de infra-estrutura doméstica e psicológica*. Importante observar que o ser mulher que amamenta e seu *familiar/significante* citam dificuldades não apenas restritas ao fator orgânico, demonstrando que já têm uma percepção de outros fatores que intervêm no processo de aleitamento materno. Será que o profissional de saúde possui uma visão mais ampla dos fatores que podem afetar a prática do aleitamento materno e os analisa em sua prática diária?

A maneira como as mulheres expressam suas dificuldades diante da prática do aleitamento materno, na sua grande maioria, demonstra que elas não as entendem como tal e sim como algo que já estava determinado pela natureza, aceito pela sociedade. São formas de explicar uma prática ineficaz de aleitamento materno.

O estudo de BOEHS et al. (1997) acompanhou 46 binômios em quatro retornos na UBS ou em visita domiciliar, sendo agrupados em cinco categorias quanto à alegação feita pelas mães para a introdução de outros alimentos antes do sexto mês de vida da criança, sendo elas: mãe impossibilitada de amamentar; criança não pode mamar; crenças da mãe; orientação de pediatra e sugestão dos familiares. O mesmo estudo refere ainda que as questões culturais e os vínculos familiares permeiam todas as categorias acima descritas.

NAKANO (1996, p.138) refere que o determinante biológico se torna um aliado para as mulheres se mostrarem incapacitadas de amamentar o filho, sendo a produção láctea a justificativa de grande prevalência para explicar a introdução de complementação láctea e para o desmame. Acrescenta ainda, o mesmo autor,

que a mulher vê a figura do médico ...*como elemento estratégico de proteção frente às desaprovações sociais, quando buscam o seu aval na decisão pela introdução da complementação láctea.*

Tal afirmação é pertinente pois, em nossa prática diária, deparamo-nos regularmente com esta situação. Isto demonstra que necessitamos de uma maior integralidade nas ações de cuidado dos profissionais de saúde, para que se tornem aliadas da amamentação.

A introdução de outro leite é, muitas vezes, realizada no primeiro mês de vida da criança, fato que justifica sistematizar e priorizar o acompanhamento do trinômio mãe-filho-família durante o processo da amamentação.

*Aquele dia que você veio aqui, daí você pediu para tentar, daí tentei, ficou do mesmo jeito, peguei e taquei mamadeira. Quando eu tive ela, fui no Posto de Saúde tinha umas moças lá que me explicou tudinho, como dar mamá, eu não sabia as coisas que elas disseram. Daí eu tentei amamentar, mas não consegui não (entrevista – 6a).*

*Eu colocava ele para mamar no peito e ele chorava, emperrava eu, chorava, esperneava. Não sei o que aconteceu. Eu não trabalhava, o tempo era só para ele, eu sentava, ficava vendo televisão. eu insisti ainda com ele, aí depois que ele não quis mesmo, daí não tinha jeito, daí ele chorava na hora que eu ia dar mamá. Queria mamar, mas o leite do peito ele não queria. Eu tinha leite. Daí eu comecei a tirar com a bombinha (entrevista – 7a).*

*Eu não sei dizer o que aconteceu que ele não quis mais mamar. Mas eu não sei, porque eu ficava tranqüila, eu apoiava ele com travesseiro para ele ficar reto (entrevista – 7a).*

*Eu ia amamentar e ela não queria, eu ficava nervosa, tinha serviço para fazer, ela mamava um pouquinho e gritava. Eu falava, o que será que esta menina tem? Será que está doendo alguma coisa, ou o leite não sustenta ela. Aí foi por isso que eu dei mamadeira para ela, porque ela ficava chorando, chorando e eu tinha muito serviço para fazer (entrevista – 8a).*

As dificuldades e dúvidas estão presentes no processo de aleitamento vivenciado pela mulher, mesmo após participar de orientações individuais realizadas pela autora nos primeiros meses de vida da criança, em que proveu o cuidado cultural levando em consideração as premissas de Leininger. As dúvidas e dificuldades demonstradas neste estudo vão desde não saber como conseguiu amamentar até “rachaduras de bico” e “peito empedrado”.

O processo de aleitamento materno poderá ter problemas de ordem técnica, emocional, pela falta de apoio ou até por patologias existentes, cabendo ao profissional de saúde, juntamente com a mulher que amamenta e seu *familiar/significante*, escolher a melhor maneira de detectar e solucionar tais dificuldades.

Observa-se, nos relatos das mulheres, a presença da cultura popular, quando afirmam que “a criança não quis mamar”, ou seja, que a criança rejeitou a mama. Este fato pode ser interpretado pelo profissional de saúde como uma situação de prática de AM inadequada, como o é na maioria dos casos, conduzindo a mamadas ineficazes. Tais relatos demonstram que não se consegue mudar a cultura de uma população em um curto espaço de tempo.

A recusa do peito é entendida pela mulher que amamenta quando a criança tem dificuldade em apreender a mama e desenvolver a sucção. Segundo VALDÉS et al. (1996), a recusa do peito pelo lactente é uma razão freqüente do fracasso da amamentação, podendo ser causado pela insuficiência ou excesso do leite, pelo uso de chupetas ou mamadeiras e/ou por problemas que impeçam a criança de mamar.

Sabe-se que a utilização de uma técnica correta de amamentação possibilita uma pega eficaz e, conseqüentemente, com menos chances de desenvolver fissuras mamilares, ingurgitamento mamário e outros problemas decorrentes de uma pega ineficaz, possibilitando a vivência da prática de aleitamento materno com êxito e de forma prazerosa.

Para a nutriz amamentar de forma eficaz, algumas condições devem ser observadas: a mãe deve colocar-se de maneira confortável; a criança deve estar

próxima da mãe, de maneira que o seu abdômen fique em íntimo contato com o abdômen da mãe; ...a mãe deve tomar sua mama, com o dedo polegar colocado na parte superior e os outros quatro dedos na parte inferior (formando um C) por trás da aréola e desta forma levar o mamilo a estimular o centro do lábio inferior do lactente... para obter o reflexo que abrirá a sua boca e baixará a sua língua, devendo a nutriz levar o lactente ao seio para introduzir o mamilo e a aréola em sua boca. Na pega eficaz, portanto, o mamilo e a aréola devem ficar completamente ou quase completamente introduzidos na boca do lactente, ficando o seu nariz e queixo bem próximos, em contato íntimo com a pele da mama (VALDÉS et al., 1996, p. 48).

Os depoimentos a seguir mostram as experiências da prática do aleitamento materno.

*Amamentar é uma coisa muito boa, se depender de mim estava mamando até agora. Mas ele não quis. Eu achei bom amamentar. Mas eu acho que o leite do peito fez bem, porque não pega nada nele. Eu imaginava que ele ia mamar mais. Queria que ele tivesse mamado mais. Eu fiquei três dias depois ainda tentando, aí ele mamava pouquinho mas mamava (entrevista – 7a).*

*Eu comecei a dar o outro leite porque ele já estava rejeitando o meu peito. Na época eu vivia muito nervosa, porque para mim era tudo novo. Por mais que a mãe está do lado, tem sempre aquela coisa que ele chora e você não sabe o porque, e eu acho que tudo era muito novo para mim. Talvez não tenha sido isto, não sei (entrevista – 3a).*

*Eu sentia prazer em amamentar, muito. Eu quero ver se no próximo eu consiga amamentar mais. Eu acho que ele ficou muito pouco tempo no peito, eu quero que o próximo que eu tenha ele aceite mais. Em relação ao que aconteceu, eu acho que isso aí é questão dele. É o geniosinho dele mesmo que falou não quero, não quero (entrevista – 3a).*

Como ações desmotivadoras, as mulheres que amamentaram referiram

que orientações para introduzir outro leite são conflitantes e as deixam, muitas vezes, inseguras, gerando dificuldades e dúvidas.

Conflitos familiares também foram relatados por ADESSE (1994) quando refere, em seu trabalho, que os familiares apoiam o ser mulher neste período crítico e distinto da vida que é o nascimento dos filhos, porém esta ajuda pode se tornar uma fonte de tensão para a mulher que amamenta quando, em algumas situações, fica dividida entre opiniões dos familiares que contradizem a prática apreendida pelo ser mulher nos serviços de saúde.

LARAIA (1999, p.69-70) refere que *a nossa herança cultural, desenvolvida através de inúmeras gerações, sempre nos condicionou a reagir depreciativamente em relação ao comportamento daqueles que agem fora dos padrões aceitos pela maioria da comunidade*, discriminando o comportamento desviante. Devemos perceber se as culturas popular e profissional não estão nos condicionando a agir de forma ríspida e inconformada com a mulher que não amamenta.

*Orientações que tenha favorecido, nada. As vezes elas estavam chorando, ia ao desespero, e eles falavam - dá que o seu leite é fraco, você não tem quase leite. Você acha que vai ter leite para as duas? Em termos de ajuda deles, era para eu dar mamadeira mesmo (entrevista – 5a).*

*Minha sogra falou, que se conseguisse dar mamá que era para mim dá. Mas também falou que se fosse pra continuar daquele jeito que era para dar mamadeira. Então daí eu continuei dando mamadeira. Ela apoiou sim para dar mamá (entrevista – 6a).*

*Muita gente falava muita coisa, para dar mamadeira. Do meu primeiro, eu não tive tranquilidade, ele chorava muito e eu achava que era fome, dava mamadeira e ele mamava. Ouvia das pessoas que era fome, dá mamadeira, inclusive ele é uma criança que tem faringite, sempre foi doentinho (entrevista – 12a).*

*Porque você ouve tudo na cabeça da gente: dá outro leite. As vezes nem estava com vontade, mas para parar de falar você acabava até falando: então dá (entrevista – 5a).*

*Quando tinha palpite das pessoas eu ficava pensando se fazia ou não. E no final acabava indo pela minha intuição. Ai eu fazia o que achava que era certo. Tanto pode ajudar, como pode atrapalhar. Eu ficava um pouco insegura (entrevista – 3a).*

*A minha sogra comprou já mamadeira para ela, mas por enquanto está lá. Dei uma vez só. Eu acho que ela não vai querer a mamadeira, ela só gosta de tomar água na chuquinha, mas colocou leite na mamadeira... (entrevista – 2a).*

*Recebi também pessoas que falavam, se ele não quer mesmo deixa, falavam que o peito cai, mas eu falava que não estava preocupada com isso. O certo não era isso (entrevista – 7a).*

### **3. O profissional/instituição de saúde participe no processo de amamentação sob a ótica da mulher que amamenta e seu familiar/significante**

Os depoimentos revelam a amplitude do cuidado que deve ser fornecido pelo profissional/instituição de saúde a mulher que amamenta e seu familiar/significante, em que todos são participes de um processo de aprendizagem mútua. Percebe-se que cada indivíduo possui uma cultura própria que encoraja alguns comportamentos em detrimento de outros. Fica evidente, através dos relatos coletados neste estudo, a existência de uma diversidade cultural entre os informantes, confirmando a necessidade das instituições de saúde estarem instrumentalizadas e capacitadas para atuar no manejo, promoção e proteção do processo do aleitamento materno, bem como na manutenção, negociação e repadronização das ações de enfermagem. A comunicação se revela como parte de um processo cultural, como enuncia LARAIA (1999, p.53) *...a linguagem humana é um produto da cultura, mas não existiria cultura se o homem não tivesse a possibilidade de desenvolver um sistema articulado de comunicação oral.*

**a) Conceitos aprendidos e perpetuados no cuidado ao ser mulher que amamenta: a compreensão da linguagem técnica.**

O subtema que retrata os conceitos aprendidos e perpetuados no cuidado ao “trinômio mãe-filho-família”, demonstra a compreensão da linguagem técnica pela mulher que amamenta e por seu familiar/significante. O processo de comunicação, em muitos casos, se estabelece em uma única via, não conseguindo os resultados desejáveis. É importante salientar que nesse momento da troca de informações, quando se realiza a educação em saúde, há necessidade de se colocar à luz, de forma visível, os atributos culturais de cada ser. O ser humano, imbuído de suas raízes culturais, exterioriza aquilo que compreende, dentro de seu próprio contexto e estilo de vida.

Aqui, retrato como a compreensão da linguagem técnica não é tão fácil de ser apreendida, pois as pessoas são diferentes, seus referenciais são diferentes, bem como suas experiências no decorrer da vida em comunidade.

MENDES (1994, p.1) expressa que *dado o claro predomínio do papel sobre a pessoa do profissional, o conteúdo e as formas dos atos comunicativos caracterizam-se como artificiais e mecanizados, uma vez que os pacientes têm sido vistos pelo pessoal de enfermagem como seu objeto de trabalho*. Complementa que é necessário mudar e estabelecer uma comunicação interpessoal com a convergência de pontos de vista, com interação, afinidade e coesão.

Se considerarmos que a comunicação é a geração e transmissão de significados, não basta apenas a transferência de mensagens verbais, o que pode ser percebido pelos depoimentos. Para que haja uma interpretação da mensagem recebida, é necessário considerar a referência da pessoa que a recebe, sua história, seu passado e presente, seus vínculos e suas relações com a família, dentro do seu contexto sociocultural.

Quando escutei expressões dos informantes, como “você falou”, “você orientou”, referindo-se a minha pessoa, interpretei-as como uma demonstração de confiança e como consequência de uma boa comunicação e interação entre o

profissional de enfermagem e o ser mulher que amamenta e seu familiar/significante. MENDES (1994, p.21) expõe que duas pessoas, no contexto de um relacionamento, *...agem e percebem-se simultaneamente, transmitem mensagem de maneira verbal e não-verbal*. Pode-se inferir se houve ou não efetividade na comunicação através do sucesso ou insucesso dos resultados que se pretende.

A comunicação não verbal também contribui para a interação entre o profissional de saúde e o cliente. Algumas habilidades que podem favorecer a comunicação efetiva entre o profissional de saúde e o cliente são apresentadas no "Curso de Aconselhamento em Amamentação", dentre elas pode-se citar: a postura do profissional de saúde que sempre deve procurar manter sua cabeça no mesmo nível da cabeça da cliente; prestar atenção ao que a cliente fala; remover barreiras como papéis, mesa; dedicar tempo apropriado e fazer um toque apropriado, terapêutico, tocando a mãe ou a criança de forma adequada (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1995). Utilizei tais habilidades nas entrevistas deste estudo, e percebi que facilitaram a comunicação e a interação com a(o) cliente.

REA (1988) cita o trabalho de Gussler & Briesemeister no qual levantam a hipótese de que as alegações "o leite secou" ou o "leite insuficiente" sejam produtos da transcultura, ou seja, crenças que perpassariam as diferentes culturas do mundo.

O desmame deve ser avaliado, na grande maioria das vezes, como um processo social, não podendo ser visto como um fato isolado, uniausal. A alegação dada pelas mães ou por profissionais de saúde de que "o leite secou", é a causa final (REA, 1988). Deve-se, portanto, analisar as causas iniciais que levaram à causa final ("o leite secou"), pois só assim o profissional de saúde poderá analisar a história de amamentação de cada nutriz, e talvez impedir o processo de desmame.

Pelos relatos, é possível "apreender" o que foi "aprendido".

*Eu acho que não existe leite fraco. Ele é fino e depois engrossa. Ela não quis continuar (entrevista – 7b – sogra ).*

*Recebi orientações no Posto de Saúde, mais no Posto, porque no hospital eles não explicaram muito, só chegou a enfermeira e falou coloca o neném assim e pronto (entrevista – 4a).*

*Você falou naquele dia uma coisa que eu não sabia, que o leite tinha diferenças e a partir daí ela começou a mamar uma até o fim, depois mamava outra. E isso foi importante porque ele (o leite) enchia ela e engordava (entrevista – 12a).*

*Eu tive mais orientação no posto e você orientou mais, a posição, como colocava o neném para amamentar, o jeito, tudo. Porque se não colocasse o neném posicionado direito ele não se alimentava (entrevista – 4a).*

*Igual elas falou, tem que tentar, ter calma, mas a gente não tem calma. Ela também explicou que o neném tem que pegar toda aquela roda do peito, mas ele não pegava, não conseguia mamar. Eu tive rachadura. Eu não sabia que ela tinha que pegar toda aquela parte escura. Igual, ela mesma, estava no hospital uns 3 dias e nós recebemos muitas orientações das enfermeiras, mas sempre a boquinha dela escorregava para o bico, aí machucava o bico. Elas vinham de novo e falavam, não é assim mãe e ajudavam a colocar, daí colocava na boca dela e dali a pouco escorregava de novo (entrevista – 6a).*

*Eu não sei se existe isso mesmo, se mãe não tem leite mesmo, no curso falaram que não, que toda a mãe tem, não sei se falta força de vontade. Eu tenho dúvida porque tem tanta gente que não consegue. O neném fica ali sugando, sugando e as vezes o leite sai de pouquinho, acho que é isso também, não sei se é de saúde porque eu nunca tive tanta saúde assim. Eu não sei o que leva a isso. Se é a vontade da mulher de amamentar. Não sei explicar (entrevista – 2a).*

*Os médicos acham que mandam a gente comer de tudo (na dieta) porque você sabe, o ganho deles somos nós, se nós não está doente para ir lá, o que eles fazem (risada) (entrevista – 10b – mãe da mulher que amamenta).*

A apreensão das mensagens transmitidas não se processa da mesma maneira entre as pessoas que as recebem, existem controvérsias. Verifica-se que, até o sexto mês, é consenso amamentar, porém depois, já se duvida que o leite materno seja ainda eficaz. Interessante ressaltar a diferença feita por uma familiar/significante sobre o período de tempo para amamentar meninas e meninos. Tais revelações comprovam a importância deste estudo em desvendar, através do cuidado cultural, os cuidados familiares desenvolvidos com o ser mulher que amamenta.

*Que os seis meses são ideais para ela amamentar. Para mim foi muito importante amamentar, agora eu estou vendo o resultado (entrevista – 4a).*

*Agora não sei depois do 6º mês como que fica o leite materno, se ajuda na alimentação ou não (entrevista – 2a).*

*Até os 6 meses é necessário, depois dos 6 meses é mais opcional (entrevista – 2b - marido).*

*O tempo normal da criança amamentar, diz os mais velhos, o menino homem é de 6 meses e a menina mulher é um ano. Porque o homem ele mama mais, a menina mulher ela mama menos. Feliz a mulher que tem saúde para dar mamã para os seus filhos. Pelo menos 1 ano. O meu passava de ano. Hoje as mães não tem leite, outras não quer dar para não ficar velha (entrevista – 10b – mãe da mulher que amamenta).*

*A saúde é tudo para amamentar. Hoje em dia a gente não tem saúde. Hoje em dia amanhece com uma dor aqui, outra lá. É totalmente diferente (entrevista – 3b – mãe da mulher que amamenta).*

*Se a mãe é muito pobrezinha, tem hora que não agüenta nem dá mamã, ele puxa mesmo, ele suga o que a mãe tem. Se ela também puder se alimentar, não vou falar do bom e do melhor não, mas tem muitos que não pode comer nem o arroz com feijão. Daí fica difícil (entrevista – 6b).*

*O que você não pode é tomar anticoncepcional para diminuir o leite. Que se dane, seu marido espera, usa outras formas, uma camisinha use qualquer outra forma (entrevista – 11b – irmã).*

## **b) O apoio do profissional de saúde**

Apreende-se pelas falas da mulher que amamenta e/ou do familiar/significante, que a atuação e o apoio do profissional de saúde tanto a nível hospitalar, quanto a nível de UBS, é referido como de grande importância para o sucesso do aleitamento materno. Percebe-se que tanto os hospitais como as UBS devem estar preparadas para cuidar do “trinômio mãe-filho-família” diante da complexidade da prática do aleitamento materno. Os profissionais devem participar regularmente de reciclagens, assim como os serviços de saúde devem avaliar e organizar sua rotina diária para atuar como estimuladores e não como desmotivadores do aleitamento materno.

Os profissionais de saúde carecem de condutas únicas e baseadas em normas e rotinas do serviço de saúde adequadas ao manejo, proteção e apoio da amamentação. A reciclagem dos funcionários de um serviço de saúde deve ser prioritária e rotineira. Condutas inadequadas instituídas em nossa prática desfavorecem a prática do aleitamento materno.

A realidade atual dos serviços nas UBS, na sua grande maioria, está desviada de sua meta essencial. As UBS têm suas ações voltadas para o atendimento da demanda espontânea e para as atividades consideradas curativas (consultas médicas, curativos, entre outros). Infelizmente, as UBS não estão conseguindo recuperar o seu caráter preventivo por vários motivos, dentre eles, pode-se salientar a política de saúde implantada no município voltada mais às ações curativas. Conseqüentemente, o atendimento à gestante e à criança fica prejudicado, pois não se consegue privilegiar uma atenção com enfoque na orientação de temas de interesse ao binômio mãe-filho (dentre eles o aleitamento materno) e, porque não dizer, ao “trinômio mãe-filho-família”.

Percebe-se que o profissional de saúde, e aqui salientando o enfermeiro, fica angustiada(o) com a sua própria incapacidade de organizar e coordenar uma UBS que possibilite, de forma sistemática, um atendimento integral ao ser mulher que amamenta e à sua família, informando-as sobre aspectos relevantes para esse período de suas vidas. Desta forma, as mulheres estariam mais instrumentalizadas para vivenciar o processo do aleitamento materno.

LOPES (2000) realizou, em Londrina, um estudo sobre os Conselhos Locais de Saúde e avalia que a rotina diária de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde não permite, muitas vezes, o efetivo envolvimento do profissional de saúde com seu cliente e o conhecimento de sua realidade de vida, fato que dificulta a utilização de uma linguagem e de intervenções adequadas que possam ser assimiladas pelo outro.

O Hospital Amigo da Criança, iniciativa apoiada pelo Ministério da Saúde desde 1992, é um exemplo do direcionamento da capacitação de profissionais e adequação dos serviços para o âmbito hospitalar, o que explica porque alguns profissionais apontam o período neonatal como o momento mais crítico do processo de amamentação.

A prática vivenciada por mim mostra a importância da existência de um acompanhamento ao "trinômio mãe-filho-família", principalmente nos primeiros meses de vida do lactente, pois é nesta época que ocorrem, com frequência, as crises lactacionais transitórias, em que a produção de leite diminui de forma significativa e, se as lactantes não possuírem uma estrutura que as apoie e oriente sobre este processo, suspendem o aleitamento materno antes dos seis meses de vida da criança.

SOUZA (1996, p.52) acredita que famílias que não possuem uma história familiar favorável de amamentação ou que a desinformação sobre a amamentação leva as mulheres a chegar no final da gestação despreparadas para a amamentação. Acrescenta que *este despreparo decorre de deficiências de assistência pré-natal, falta de suporte técnico no período do puerpério imediato e se agrava pela falta de um acompanhamento do lactente no primeiro ano de vida.*

O Ministério da Saúde deve repensar com urgência as suas ações, com o intuito de capacitar o serviço primário (as UBS) para que o atendimento seja mais eficaz ao “trinômio mãe-filho-família” no processo do aleitamento materno. A experiência que tive em elaborar e participar da implantação do projeto “Iniciativa Unidade Básica de Saúde Amiga da Criança”, no Serviço Municipal de Saúde de Londrina (POLI, 1996), me dá tranquilidade e certeza em afirmar esta necessidade de capacitação das UBS(s) em atuar no manejo, promoção e proteção ao aleitamento materno. Medidas urgentes devem ser tomadas para melhorar as condições atuais dos serviços de saúde em relação ao aleitamento materno, envolvendo políticas de saúde municipais, estaduais e federais.

Enquanto não existir um apoio e “vontade política” dos órgãos federais, estaduais e municipais, não conseguiremos, a curto prazo, mudar tal realidade.

O sonho do profissional de saúde em vivenciar um atendimento à gestante e à criança que seja integral, humanizado, mais interligado e articulado com os vários profissionais e serviços de saúde, talvez esteja um pouco longe de ser concretizado.

A práxis do profissional de saúde deve ser fundamentada e direcionada aos determinantes socioeconômicos-culturais e emocionais que interferem no processo do aleitamento materno.

ADESSE (1994, p.111) refere que enquanto o profissional de saúde se defrontar com as problemáticas da nutriz com uma abordagem biologicista aprendida em sua formação e cristalizada no próprio PNIAN, as mulheres não conseguirão *...expressar concretamente aqueles determinantes socioeconômicos, culturais, psicológicos que contribuíram para o desmame de seus filhos.*

NAKANO (1996, p.139) salienta que os dados de seu trabalho demonstraram *...o apelo para que se dimensione a amamentação no âmbito da mulher...*, e reconhece como necessária a qualificação e comprometimento dos profissionais e serviços de saúde, para que não vejam a mulher e o processo da amamentação com uma visão apenas biológica, mas dentro de um contexto mais amplo que envolve o ser mulher, mãe, esposa e trabalhadora. Acrescentaria a

este apelo a necessidade de considerar a mulher inserida em uma família, em uma comunidade, que possui uma história familiar de vida e de amamentação, que virão à tona nesse momento especial de sua vida.

O profissional de saúde, conforme salienta LEININGER (1991c), ao prover um cuidado, deve levar em consideração os aspectos culturais demarcados em cada ser humano; só assim poderá ter uma atuação mais participativa, integral, mais humana.

ADESSE (1994) faz reflexões sobre a assistência prestada pelos serviços de saúde no período da gestação e ao longo da amamentação, referindo que é necessário unificar as visões e as condutas dos profissionais de saúde em relação ao aleitamento materno e que esta assistência deve ser revista já nos cursos de graduação. O profissional, portanto, deve considerar em sua práxis, as condições de vida (emocionais, financeiras, estruturas de apoio) do “trinômio mãe-filho-família” e as crenças familiares difundidas no processo da amamentação e como são vistas pelo ser mulher que amamenta, associando tais dados às limitações biológicas da nutriz. Assim, o profissional poderá fazer uma análise mais realista do processo de aleitamento materno vivenciado pelo ser mulher que amamenta e obter maiores possibilidades de intervir de forma humana, integral, qualificando o seu cuidado, pois este será um cuidado culturalmente congruente.

À medida que se torna possível a articulação entre o cuidado profissional e o cuidado popular (genérico), o profissional de saúde estará mais próximo da superação dos obstáculos encontrados na prática do aleitamento materno. Mais uma vez, pode-se confirmar a afirmação de LEININGER (1991c) quando refere que o cuidado popular deve ser conhecido pelo profissional antes de prover um cuidado profissional.

BOEHS et al. (1997, p.5) referem em seu estudo que *...é imprescindível que os profissionais de saúde estejam preparados para instruir corretamente a mãe e familiares, fornecendo apoio justamente no período mais difícil, que é o início da amamentação.* Acrescentam, ainda no mesmo estudo, que é necessário

*...conhecer a cultura familiar da amamentação...*, e para tal, devem ampliar a sua ação para a família além de trocar idéias e não imponha somente o seu conhecimento profissional.

Encontram-se referências de falas dos informantes em que verbalizam a importância de receber orientações no pré-natal, parto e pós-parto. Pode-se notar, que é durante o pré-natal que a gestante deveria ser orientada sobre aspectos relevantes do aleitamento materno. Salientam, por exemplo, que por ocasião do nascimento do primeiro filho do casal, não receberam tais orientações, mas influência de tias e avós para oferecer outro leite que não acreditavam na qualidade do leite materno. Um pai relata que a experiência daquela última gestação havia sido diferente por se tratar de gestação gemelar e pelo fato de que o casal recebeu orientações nos períodos de parto e pós-parto, não deixando que ocorressem interferências familiares que prejudicassem a prática do aleitamento materno. Considera que tiveram êxito, pois amamentaram exclusivamente por quatro meses as crianças ficando satisfeitos com os resultados.

Aprendi muito com esse trinômio quando tive a oportunidade de cuidá-lo por atuar na UBS onde o estudo se desenvolveu, na qualidade de enfermeira, procurando prover o cuidado cultural. Realizei aproximadamente quatro consultas de enfermagem antes da segunda entrevista com estes pais, que não foram gravadas e nem apresentadas neste estudo. A minha preocupação relacionava-se ao fato de que por serem gêmeos, o ganho de peso deveria ser acompanhado com mais freqüência. Solicitava retornos para verificar a efetividade e eficácia da prática do aleitamento materno e, paralelamente, avaliava o crescimento e desenvolvimento das crianças. A cada encontro, uma aprendizagem. Houve dias em que eles, cansados e desanimados pelas noites mal dormidas, compareciam com a confiança de que estavam fazendo aquilo que queriam e que podiam.

Minha postura sempre foi de estimular, elogiar, interagir e estabelecer uma empatia com eles, respeitando qualquer decisão que viesse a ser tomada em relação à amamentação. Tinha a preocupação em não passar a idéia de que a prática do aleitamento materno é obrigatória. Em cada encontro, desenvolvi os três modos de decisões e ações de cuidado de enfermagem propostos por

LEININGER (1991c), onde procurava manter, negociar ou reestruturar o cuidado genérico (popular). Quando eu imaginava que eles (o trinômio em questão) iriam expressar sua vontade em desmamar as crianças por estarem muito cansados, eles voltavam animados e com vontade de continuar amamentando. Em dois dos encontros, compareceram na UBS a mãe, o marido, os filhos da mulher que amamentava, além dela própria. Eu já sabia que a mãe da puérpera, que estava de passagem pois não morava em Londrina, tinha orientado a introdução de outro leite na ocasião do nascimento do primeiro filho do casal, quando a criança tinha meses de vida e, segundo o casal, era uma das responsáveis pelo desmame precoce dessa criança. Conversamos, refletimos e percebi que uma mudança de comportamento começava a ter lugar. Fiquei contente, orgulhosa e confiante no cuidado culturalmente congruente que havia prestado. Interessante colocar que esse pai comparecia em todos os retornos marcados, estava sempre presente, apoiando. Quando eu perguntava “Como vai a amamentação?”, muitas vezes ele respondia e a mulher apresentava nos lábios um sorriso de satisfação.

Percebe-se, pelas falas, as múltiplas facetas relacionadas à prática do aleitamento materno. O profissional de saúde deve decodificá-las para poder intervir na realidade encontrada.

SCHNEIDER et al. (1997, p.115) referem que é possível perceber a amamentação sob duas visões: *a primeira considera o leite sob o aspecto unicamente biológico*, as mães são convidadas e até obrigadas a amamentar e aquelas mães que não amamentam são consideradas más; a segunda valoriza *...a contribuição simbólica do leite, como se a amamentação, tendo o leite como vetor, ligasse mais fortemente mãe e filho e aquelas ...mães que não amamentam são culpabilizadas...*, porque rejeitam. Referem ainda que:

*as duas visões rejeitam a participação do pai, a primeira porque biologicamente o pai não possui leite e, portanto, não tem ligação com o filho, como a mãe[...], e a segunda porque coloca o homem em posição de carência já que ele não possui o vetor (leite) que lhe permita estabelecer o vínculo “profundo”, tal como faz a mãe.*

Quando o cuidado não é realizado considerando o ser humano em sua totalidade e inserido em seu contexto cultural, respostas negativas podem surgir desse cuidar, sendo que este cuidar ao invés de ser uma ação contribuinte do processo de aleitamento materno, se torna desmotivadora, como pode-se observar pela fala de uma mulher que passou por uma experiência negativa de cuidado.

O profissional de saúde tem que estar ciente e preparado para atuar em situações em que a mulher não está em condições emocionais para amamentar, e que necessita muito do apoio profissional e institucional nesse período. A mulher não deve se sentir obrigada a amamentar.

Receber orientações durante o pré-natal e ter acompanhamento após o parto são, sem dúvida, necessidades importantes, devendo ser melhor avaliadas e conduzidas pelos profissionais/serviços de saúde. O preparo do *familiar/significante* e do marido/companheiro se faz imprescindível nesse momento. Fica clara a importância da mulher em manter-se calma, tranqüila e confiante para amamentar e, para tal, precisa de uma dinâmica familiar que lhe dê condições de amamentar.

*Eu não liguei porque o médico tinha me falado no hospital e eu confiei e coloquei em prática. Valeu a pena (entrevista – 12a).*

*Teria que ter uma orientação muito grande para os familiares, sem estar vivendo aquele momento, para falar alguma coisa. Uma pessoa de fora deveria falar (entrevista – 5b - marido).*

*Todo mundo fala, igual meu médico falou, meu ginecologista ele não passa em máquina nenhuma ele não passa em cano nenhum e que esse leite aqui não tem melhor. Então aquela mulher que puder amamentar tem que amamentar porque inclusive ele falou que muitas doenças que dá em crianças, como a varicela ela não vai ter porque o leite do peito é uma defesa para ela, então a gente tem que pensar em tudo isso, não é pensar que vai dar estrias que vai cair o peito, porque não fica igual, mas não cai tanto assim (entrevista – 12a).*

*Os médicos e enfermeiras da onde eu fiz pré-natal e até no hospital me orientaram. Ganhei até uma cartilha de amamentação, isso foi bom. Já nasce e já coloca para sugar (entrevista – 12a).*

*Lá no hospital eu também tive orientação, acho que contribuiu bastante (entrevista – 9a).*

*A ajuda que a gente teve, uma especialista para conversar comigo, eu não tinha tido essa conversa antes, eu teria que desistir da amamentação, já ia dar mamadeira logo. O que ajudou bastante foi isso. Minha vontade também. Depois que eu ouvi e vi também tudo, eu falei que ia dar, aí dei. O Posto de Saúde ajudou também com as suas orientações, porque senão eu acho que eu tinha logo desistido. Eu ia lá e falava que eu ia parar, aí você falava não, conversava comigo, aí eu ficava, até que foi até o 6 meses, senão eu acho que eu tinha desistido antes (entrevista – 5a).*

*O que contribuiu para eu amamentar no peito, foi porque eu via que as pessoas ficavam falando, o Posto de Saúde falava, a televisão falava, o Espaço Aberto falava também e eu ficava ouvindo que a mãe que amamenta no peito a criança cresce mais forte, é melhor (entrevista – 8a).*

*O incentivo de vocês lá no Posto de Saúde, se não fosse esse incentivo ela provavelmente teria dado até menos. Você sempre falava, explicava que a amamentação materna era muito mais importante que o outro, porque ajuda a criança a desenvolver com o organismo mais forte, com o leite materno, por causa do colostro. Mas se não fosse vocês lá, teria empregado outras medidas, iria agir de outra forma, se ela está bem hoje, tá certo que o certo mesmo era ela estar mamando só o peito. Mas o incentivo até hoje são de vocês (entrevista – 8b - marido).*

*Quando você chamou a gente para conversar foi importante, facilitou bem. Desde o comecinho da amamentação, como empedrou, fomos para o HU e também lá no Posto foi orientado como fazer (entrevista – 4b - mãe).*

*Eu acho que eles teriam que ter passado mais informações para a gente. No hospital, quando ele nasceu, a enfermeira umas 4 horas depois que ela foi no quarto ela perguntou se eu tinha*

*amamentado. Eu falei não, ele está dormindo. Mas ninguém tinha falado que eu tinha que fazer ele mamar, foi assim uma coisa que se eu tivesse tido uma orientação uma explicação antes eu teria cometido um pouquinho menos de erro. Mas eu acho que é necessário uma boa informação e uma boa vontade (entrevista – 3a).*

### **c) Intercorrências de saúde que limitam ou impedem a amamentação**

Interessante colocar que intercorrências de saúde podem limitar ou impedir a amamentação. Muitas vezes, a identificação precoce de um processo patológico poderá determinar a continuidade do aleitamento materno. Dois casos acompanhados por este estudo foram marcantes: em um deles, a criança teve a clavícula fraturada na hora do parto e só teve diagnóstico médico quando estava com 20 dias de vida. Conforme pode-se observar nas falas, a criança chorava e ninguém sabia o motivo, portanto só foi amamentada por dois meses. Em outro caso, a nutriz teve indicação médica para interromper a amamentação, por apresentar intercorrências que surgiram durante o processo de aleitamento materno e que limitaram a continuação da amamentação. O profissional de saúde deve, portanto, avaliar integralmente o “trinômio mãe-filho-família” com o intuito de detectar precocemente intercorrências de saúde que possam intervir ou impedir a amamentação, ligadas à mãe ou ao bebê.

Algumas mulheres relatam que tiveram alta hospitalar, por ocasião do parto, já com fissuras nos bicos das mamas. NAVARRO et al. (1998) apresentam dados de um projeto de extensão desenvolvido por alunas do 4<sup>a</sup> ano de Enfermagem do Centro de Estudos Superiores de Londrina em uma maternidade de Londrina, em que atenderam 283 puérperas no período pós-parto. Constataram que 19% das puérperas já apresentavam fissuras mamilares antes da alta hospitalar, demonstrando a importância de trabalhar a prevenção de tal intercorrência, instrumentalizando o ser mulher que amamenta para reconhecer a pega eficaz.

*Logo que eu vim do hospital meu seio rachou, então no começo doía muito, mas mesmo assim as vezes chorando eu fazia ele mamar mas não pensava em desistir. Rachou muito. Mas mesmo assim eu continuei e comecei a passar tudo quanto que foi coisa que me ensinavam para ver se melhorava, mas ele mesmo não quis. A minha opinião e a dele (marido) era igual, a gente queria que ele continuasse, mas ele não quis, simplesmente não quis. Colocava na boca dele dava ânsia nele e ele não pegava. Ai eu esperava um pouquinho e tentava de novo a reação era a mesma, foi indo que não quis mesmo. Depois que cicatrizou e parou de rachar eu não passei mais nada (entrevista – 3a).*

*Eu acho que é um fator que as mulheres não seguem amamentando por causa disto. Diz que é dolorido, empedra, eu não entendo nada disto, eu acho mais ou menos assim (entrevista – 2b - marido).*

*Eu acho que é tudo, a família, o jeito que a pessoa vive, as questões sociais. A mãe desnutrida, eu acho que fica difícil, não se ela vai conseguir tanto leite, tudo tem a ver (entrevista – 2a).*

*Tem que ter paciência, as vezes a criança quer pegar e racha o bico do peito, a mãe já não quer dar mais, já rachou e está doendo, então tem que ter paciência, ter calma na hora de amamentar (entrevista – 12a).*

*O peito empedrou, começou a dar febre e a passar mal, mas daí eu fui no médico e tomei uma injeção para aliviar a dor, e fui fazendo compressas até secar o leite. Tinha bastante leite, acumulou demais, daí infeccionou (entrevista – 4a).*

*Ele (a criança) nasceu com a clavícula quebrada e só depois de 20 dias é que descobriu. Ele chorava e ninguém sabia que era por isso. Chorava porque nós pegávamos ele de qualquer jeito. Depois que descobriu modificou tudo (entrevista – 3b – mãe da mulher que amamenta).*

*Eu tive muitas coisas, eu só sei dar o nome só – choque anafilático, água no pulmão, pneumonia dupla. Foi proveniente por tudo, pela medicação dipirona que eu sou alérgica, foi a dieta que eu acho que eu não guardei direito, foi um aborto que eu tive, então eu acho que foi tudo, juntou de uma vez só (entrevista – 10a).*

*No começo tive dificuldade, eu dava mamã e oferecia pouco, eu tinha bastante leite, mas conforme eu tinha bastante leite empedrava e com isso doía, aí com isso eu me afastava um pouco dele para ele não mamar muito porque doía demais (entrevista – 4a).*

*Mas teve momentos difíceis, quando começavam as duas chorar, ficava difícil. No 1º dia eu tive rachadura e daí eu chorava, quando ela pegava eu dava mamã com ela chorando, de tanto que doía. Aí, tinha hora que me dava vontade de desistir, não vou dar mais. Mas daí a dor passava e ela pegava de novo. Mais foi só nos primeiros dias só (entrevista – 5a).*

*A pessoa com problemas psicológicos não tem como amamentar uma criança não, de forma nenhuma (entrevista – 11b – irmã).*

*Se não tem o leite, não é que não tem leite, tem, as vezes o bico é que não ajuda, igual da minha irmã, estourou, ela não amamentou nenhuma das três. Se não tem bico, ela tem que dá um jeito, tem que fazer, tem que fazer bico, força mesmo que doer que vai conseguir (entrevista – 10a).*

*Foi uma sensação boa. Foi ótima. É diferente a mamadeira e o peito. Se eu pudesse eu estaria amamentando até hoje, mas infelizmente a Drª pediu para que eu não amamentasse porque eu estava muito fraca (entrevista – 10a).*

#### **d) As necessidades de cuidado na vivência do aleitamento materno**

As cartilhas sobre aleitamento materno surgem como material de apoio para a mulher que amamenta e, portanto, sua distribuição deve ser estimulada. Além disto, os serviços de saúde prestariam grande ajuda ao ser mulher que amamenta e ao seu familiar/significante se investissem em materiais educativos sobre o aleitamento materno.

Os meios de divulgação impressos são considerados difíceis de serem visualizados e/ou lidos, especialmente em se tratando de impresso afixado em

parede. As pessoas, além de saber ler, têm de ter uma boa visualização do material divulgado.

Os meios são exatamente os veículos que se utiliza para disseminar a informação, sendo assim o preparo do material deve ser realizado cuidadosamente, pois o receptor da mensagem deve decodificar o que se vê, lê, sente, corretamente, dependendo de seu referencial de vida, de suas experiências prévias. As pessoas decodificam uma mesma mensagem de forma diferenciada.

SILVA (1996b, p.40) salienta que a *comunicação escrita é o registro de pensamentos, informações, dúvidas e sentimentos*. Não se pode deixar de considerar o fato de que poderá haver pessoas analfabetas no ambiente em que a informação será divulgada, uma vez que os analfabetos ainda caracterizam o nosso público alvo. Os analfabetos também possuem direito à informação.

É necessário que o profissional de saúde tenha a preocupação de disseminar a informação de forma clara e positiva, a fim de neutralizar as situações desfavoráveis ao aleitamento materno, como o uso de leites artificiais ou de mamadeiras de forma inconsciente, ou seja, não percebendo que tais atitudes poderão atrapalhar a prática de aleitamento materno.

*Da neném foi diferente, nos tínhamos uma pessoa da nossa igreja, enfermeira lá da Universidade, ela falou que era para a gente ir lá que ia ensinar tudo certinho. Nós fomos e ela deu uma ajuda para a gente, depois ela veio aqui ensinou como era para fazer. Na outra (gestação) passada nos fizemos o pré natal os 9 meses, ia no médico, certinho, mas nunca falaram nada, cidade pequena, ninguém falou nada. Eles colocam cartaz, se você lê o cartaz e se interessar tudo bem, senão... No Posto de Saúde nos fomos muito bem atendido também (entrevista – 5b - marido).*

Os informantes referem que ninguém pode julgar alguém por não amamentar. Tal relato nos leva a pensar na necessidade da ética do cuidado,

para que as mulheres que não amamentam não sejam discriminadas em sua família, na comunidade e nos serviços de saúde. Assim, percebe-se que o acolhimento e não o julgamento, é uma forma de cuidado, o qual tem uma intensidade maior ou menor de acordo com as características culturais de cada contexto familiar/social, bem como da percepção das mensagens, nem sempre verbais. A percepção de julgamento insere-se na maneira das pessoas se comunicar, pois cada pessoa é um mundo a parte, como enfatiza SILVA (1996b, p.22) *...com seu subjetivismo, suas experiências, sua cultura, seus valores, seus interesses e suas expectativas.* Acrescenta ainda, a mesma autora, que *ouvimos e vemos conforme a nossa percepção.*

É importante levar em consideração esses aspectos, pois o ser mulher que amamenta, muitas vezes, necessita de cuidado, através de ações que vão além do visível, prático e detectável, necessita de sensibilidade por parte dos profissionais de saúde para que compreendam como um julgamento pode afetar o significado atribuído ao ato de amamentar.

*E acho que ninguém do lado pode julgar aquela pessoa culpado por não querer amamentar, não pode. Ninguém tem esse direito porque ninguém está no interior do ser humano. As pessoas pune você, puxa você não quer amamentar, a primeira coisa que fala, não quer ficar com o seio feio, não tem nada a ver. Eu acho que vem da cabeça de cada um, amamentar ou não (entrevista – 11b – irmã).*

A necessidade de uma boa alimentação é recomendada ao ser mulher para amamentar.

*Uma boa alimentação, se alimentar bem, bastante vitaminas, que tenha ferro, cálcio para poder também dá vitamina para o bebê. Você tem que se alimentar bem, é o mais importante. Não comer exageradamente também, mas uma alimentação que faça bem para ela (entrevista – 4a).*

*Tinha que comer coisa boa, comer bastante verdura, legumes, leite, carne, comê coisa natural à vontade, água, suco natural. Que era bom comer canjica para ter leite, não sei se é verdade isto. Que era bom comer tudo natural, suco à vontade, só que tudo natural. Falaram que não pode comer carne de porco, eu quase não comia, mas diz que pode né, não sei. Não podia comer pimenta, coisa muito azeda, ácida. Eu nunca gostei de comer pimenta, mas laranja eu gostava de chupar. Ai nisto daí eu era teimosa, eu chupava (entrevista – 8a).*

Porém, as crenças e proibições podem desfavorecer a realização de uma alimentação balanceada.

*A mulher que está amamentando tem que tomá mais cuidado, porque a criança recebe tudo o que ela está comendo, sai tudo no leite. Por isso que eu te falo, tem que fazer uma dieta bem feita, para as crianças é bom também, porque aquele leite é puro né, tudo que você come sai no leite. Ela não pode fazer muita arte, pega coisa pesada, não pode fumar, não pode bebe nada de álcool (entrevista – 10b – mãe da mulher que amamenta).*

*Minha alimentação também era importante. Eu nunca fui assim de tomar muito refrigerante na gravidez, porque eu pegava enjôo, a carne também. Eu não comia porque eu pegava enjôo. Não pode bebida alcoólica e fumo, isso não deve mesmo (entrevista – 5a ).*

*Falava para comer canjica, cerveja preta, mas eu não fazia isto. Da primeira eu fiz, comi muita canjica. Agora nesta num teve. Não gosto daquilo não (entrevista – 6a).*

*Eles falavam para mim comer canjica, arroz doce que aumentava o leite, e eu fazia isso mesmo para mim (entrevista – 7a).*

*Também tomá água, bastante líquido. Tomar cerveja preta. Tomar sopa. Não dá para fazer tudo que os outros pedem para fazer. O importante é a gente (entrevista – 9a).*

Transmitir amor e carinho à criança é de extrema importância, sendo uma forma de cuidado ao bebê.

*Também não adianta nada, tem tanta mãe que amamenta e depois cria o filho igual... tem muita mãe que amamenta só para economizar e de repente trata o filho que não dá um beijo, um carinho. Eu lembro que foi feita uma pesquisa com um bebê, você pode tratar com tudo que for, se não tiver amor ele definha e morre (entrevista – 11a).*

*O amor e o carinho ajuda muito e isso meu filho tem de sobra. Tem mulheres que está amamentando e está chingando o outro do lado, e aquele ato de amor, o que está valendo, me diz? Acho que não compensa (entrevista – 11a).*

*Precisa de carinho para amamentar, não precisa de água inglesa, não precisa de canjica, nem de leite, nem de nada (entrevista – 11b - irmã).*

O cuidado pré-natal é referido pelas informantes como um momento de trocas, de aproximação entre o profissional e a cliente. É um espaço que ainda é utilizado com ênfase nos aspectos biologicistas subdividido em segmentos, sem levar em consideração o ser mulher como um todo.

O cuidado que conclamam está relacionado ao contexto em que vivem, à sua cultura, para que as orientações aconteçam de forma compartilhada, evitando-se a simples transmissão de conhecimentos.

É durante o período do pré-natal que se estabelecem as inter-relações, quando é possível detectar agravos, transtornos, fatores facilitadores e impeditivos para a efetivação do cuidado, e considerar aquilo que pode ser mantido, acomodado ou remodelado.

*Acho que teria que ter esse acompanhamento, desde o início. Porque daí a pessoa já vê, a pessoa que está acompanhando se a pessoa tem algum problema, como que está, já tenta tratar durante*

*a gravidez para quando chegar o momento de amamentar ela não esta do jeito que foi comigo (entrevista – 11a).*

*Então se houvesse esse tratamento durante a gravidez de repente quando o neném nascesse eu até conseguisse, mas depois que o neném nasceu, pode vir o rei, o que for que eu não vou conseguir, porque sou eu. Isso é sério. Eu sei que não é só comigo, tem muitas mães que passam por isso (entrevista – 11a).*

*Ter orientações na gravidez lá no Posto de Saúde, uma boa alimentação (entrevista – 4b).*

*Para ela eu digo que eu acho que deveria ter um acompanhamento antes dela ter o bebê, porque a hora que você ganha, você está ali nervosa, aí amamenta e dói e já desanima, já desiste na hora, antes é muito bom (entrevista – 5a).*

As mulheres, assim como os familiares/significantes, expressam a compreensão que têm sobre as necessidades de cuidado nesta fase em que todos vivenciam o aleitamento materno. Nesse contexto de cuidado, ficam explícitas as dimensões que o compõem, incluindo o apoio familiar, necessidade de se ter calma, paciência, compreensão, força de vontade, tranquilidade, incentivo, segurança, boa alimentação, sossego e evitar situações de estresse.

Essas mesmas pessoas consideram o amor, o não julgamento e a ausência de pressão para amamentar como fatores que conduzem ao sucesso do aleitamento materno. Importante salientar o caráter de integralidade conferido ao cuidado que precisam, ao referirem que a mulher que amamenta necessita estar equilibrada psicologicamente, espiritualmente e materialmente. Apontam como problemas para amamentar a tristeza, a mágoa, a angústia, aspectos que também envolvem o cuidado, pois o processo de aleitamento materno possui características de amplitude e complexidade que envolvem sentimentos agradáveis e desagradáveis. Assim, a empatia como instrumento de cuidado é uma aliada do profissional de saúde para se perceber esses sentimentos ou comportamentos, através da relação interpessoal que se estabelece com

envolvimento, respeito e postura ética profissional.

A relação que se efetiva no momento do aleitamento materno é um processo social em que as pessoas envolvidas trocam experiências e, assim, pode ocorrer uma mútua aceitação.

*Espero que as mães hoje em dia, que os neném nasçam aí por aí e amamente mais pelo menos até os 5 meses, aí depois introduza suco, fruta, suquinho, se não, não cresce a criança forte. Precisava ter orientação, principalmente no Posto, pegando as mães no pré-natal, antes da criança sair para fora da barriga, daí a mãe já vem com aquilo na cabeça, já é bem melhor. Resumindo ter as orientações, ter o apoio da família, ter paciência (entrevista – 8a).*

*A mulher para amamentar tem que ter muita calma, nada de nervoso e na hora de amamentar é conversar bastante com ele, que é muito importante para criança, como esse, ele está amamentando e a gente está conversando, ele não fica sozinho, a gente fica por perto, brincando, criança gosta de carinho, gosta de amor e a mãe tem que oferecer, dá o peito, e na hora da mamada conversar bastante, acaricia, isto facilita. E nada de preocupação. Está amamentando, está com a cabeça lá longe, não pode (entrevista – 4b - mãe da mulher que amamenta).*

*E o marido tem também que ajudar, ser compreensivo. Eu deixei muitas vezes o Rodrigo sem janta. Para a família não interferir tanto, eu sei que eles não vão ficar quietinho, mas evitar de falar o máximo (entrevista – 5a).*

*Tem que dar apoio a sua esposa, ajuda conforme esteja o serviço dela. Se ela tem uma criança só tudo bem, ela dá para fazer o serviço dela e alimentar o seu filho no peito. Conforme for o serviço dele e da esposa, ele ajuda ela para que ela possa dá o peito mais para a criança (entrevista – 6b - sogra).*

*Se a pessoa tiver com problema, ficar nervosa, geralmente tem mulher que não fica com leite, fica muito nervosa, logo seca o leite, tem que procurar dar mamadeira para a criança. E tem que ter*

*alimentação muito boa, com ele eu me alimentava bem (entrevista – 7a).*

*Não passar nervoso. Nervoso de vez em quando a gente as vezes passa, mas é pouco. Nervoso grande não pode passar. Para todas as mulheres que quiserem amamentar seus filhos, cuide bem da saúde e amamente seus filhos. Hoje em dia é difícil demais para poder comprar o leite (entrevista – 7b - sogra).*

*Para ter calma, paciência, no começo é difícil, acho que a mãe tem que ter bastante paciência. Amamentar em lugar sossegado. Ter vontade, se não tiver força de vontade não consegue. Está valendo a pena (entrevista – 9a).*

*Que amamentasse, se alimentasse bem, não fumar, não passar nervoso, não que nervoso não tem nada a ver. Para ter leite se alimentar bastante e o amor, o amor é tudo (entrevista – 10a).*

*Eu acho que faltou muita tranquilidade para a minha outra filha. Ela foi uma pessoa muito agitada e nervosa, o neném chorava demais, já nasceu no hospital gritando e chorando e acho que ela sentiu assim, desde o hospital parece que não descia o leite, ficava nervosa né. A mulher tem que ter tranquilidade para amamentar, para o leite descer para a criança (entrevista – 12b – mãe da mulher que amamenta).*

*Para ela amamentar ela tem que estar segura, tranquila, sem cobranças, aí dá (entrevista - 11b).*

*Tem que estar bem psicologicamente, espiritualmente, materialmente. Acho que tem que estar bem em tudo. Eu penso assim. Ela tem que está bem em tudo, do contrário. Pode até amamentar, mas acho que é desconfortável. Você está cheio de problema, psicologicamente você não está bem, está triste, você está magoada, está angustiada. Acho que você nem passa coisa muito boa para o seu filho (entrevista – 11a).*

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

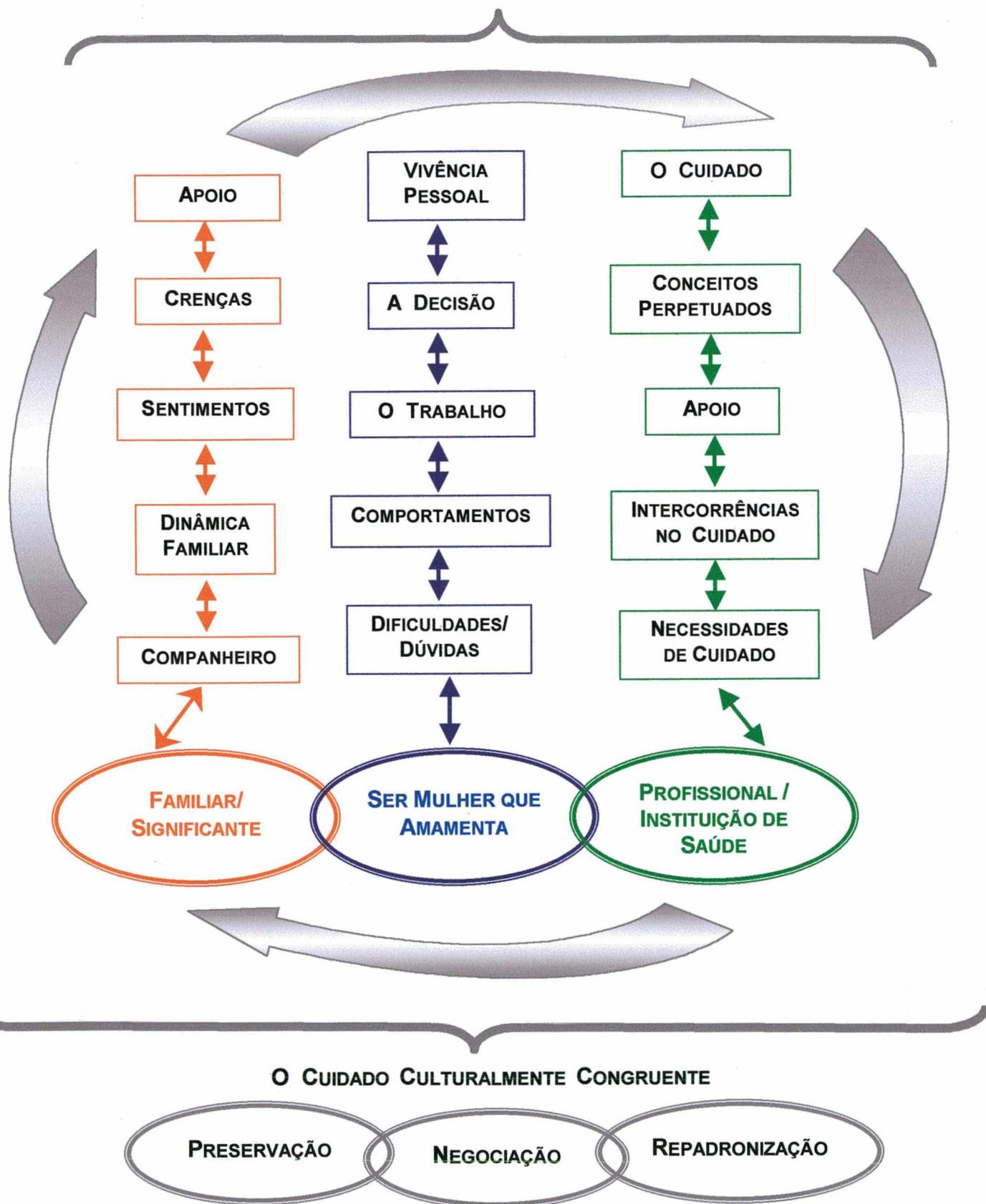
*Vida, minha vida  
Olha o que é que eu fiz  
Toquei na ferida  
Nos nerros, nos fios  
Nos olhos dos homens  
De olhos sombrios  
Mas, vida, ali  
Eu sei que fui feliz.*

MÚSICA – VIDA – CHICO BUARQUE DE HOLLANDA, 1989.

A inclusão da representação esquemática (Esquema 1) do processo de aleitamento materno vivenciado pelo ser mulher que amamenta inserida no conteúdo cultural familiar/institucional, tem como finalidade ajudar o leitor na compreensão da totalidade dos depoimentos obtidos.

Percebe-se a amplitude da realidade vivida pela riqueza dos depoimentos, os quais demonstram a diversidade cultural que pode ocorrer numa única experiência. Cada dimensão relacionada tem desdobramentos que mostram as modificações marcantes ocorridas com a tríade mãe/filho/família no convívio com os profissionais/instituições de saúde.

## VIVÊNCIA DO PROCESSO DE ALEITAMENTO MATERNO



**ESQUEMA 1** – Representação esquemática do processo de aleitamento materno vivenciado pelo ser mulher que amamenta inserida no contexto cultural familiar/institucional (POLI, 2000).

Este trabalho continua, pois entendo que a cada olhar sobre relatos surge um novo ângulo que pode instrumentalizar os profissionais de saúde a desempenharem o cuidado culturalmente congruente.

Pode-se inferir que o processo de aleitamento materno vivenciado pela mulher é um ato que envolve não apenas a vontade, o desejo e a tomada de decisão da mulher em amamentar. Inclui também a revisão de seus papéis sociais, assim como do equilíbrio da relação familiar existente. Cada família tem uma história de vida, que se constrói e se perpetua ao longo do tempo, constituindo-se a base dos ensinamentos de crenças e valores repassados a seus membros; conseqüentemente, todo indivíduo nasce dentro de uma cultura e possui uma história que irá marcar suas ações. O papel da família no processo de aleitamento materno é, muitas vezes, influente na tomada de decisão do ser mulher em relação à prática de aleitamento a ser adotada, passando por um processo em que riscos e benefícios são avaliados e estimados. Tal decisão está interligada com a cultura familiar existente.

A mulher que amamenta e seu *familiar/significante* constroem relatos de experiências que viveram em momentos específicos e, assim, aos poucos, formam-se as histórias de amamentação em que os fatos se misturam. Desabafam as dificuldades enfrentadas neste período ímpar de suas vidas, momentos, às vezes, de angústia por estarem tão sós. A história de amamentação construída ao longo do tempo é a base dos ensinamentos repassados aos familiares em épocas oportunas.

É relevante que os conhecimentos, crenças e valores do “trinômio mãe-filho-família” relativos à prática do aleitamento materno sejam desvendados pelo profissional ao prover o cuidado para que, desta forma, ocorram trocas de conhecimento genérico (popular) e profissional dando oportunidade de se socializar as experiências vividas.

Compartilha-se da realidade específica de cada mulher que amamenta e, a partir desta realidade, é possível propor cuidados culturalmente congruentes que possam ajudar na construção de conhecimentos ou modificação de atitudes, com

vistas a dar um suporte emocional e técnico que possibilite o desenvolvimento saudável do processo de aleitamento materno.

O apoio do *familiar/significante* e do marido/companheiro são de grande importância para o ser mulher no processo de aleitamento materno, devendo estes serem preparados pelo profissional/instituição de saúde.

As crenças e dificuldades na amamentação estão contidas nas falas da mulher que amamenta e/ou que amamentou as quais evidenciam a presença da cultura familiar. A prática do aleitamento materno em qualquer sociedade, é um comportamento social condicionado e guiado, em parte, pela cultura de um indivíduo e de uma comunidade.

Os depoimentos revelam que foram de grande importância as orientações do profissional de saúde durante o processo de aleitamento materno, demonstrando que os serviços de saúde devem procurar aprimorá-las regularmente. O serviço de pré-natal deve ser melhor qualificado em todas as suas vértices. Os serviços de pré-natal públicos ou privados precisam preparar o ser gestante e seu *familiar/significante* para a prática do aleitamento materno. Importante considerar que as falhas no cuidado pré-natal são conseqüências da cultura de assistência que estamos vivendo, uma cultura que vem priorizando as ações curativas, puramente técnicas que, por sua vez, estão calcadas na política nacional de saúde que não privilegia as ações preventivas.

Destaco que, para que o profissional de saúde possa exercer o seu papel de educador, orientando e acompanhando todo o processo de aleitamento materno, deve contar com o apoio institucional dos serviços de saúde, com vistas à solução de dificuldades e dúvidas que surgem durante esse processo. Esta tarefa poderia ter como base os fundamentos de Leininger, para que se pudesse prover o cuidado culturalmente congruente ao “trinômio mãe-filho-família”. O enfermeiro deve se instrumentalizar para atuar no acompanhamento de tal prática devendo a ética do cuidado permear todo o processo. O cuidado culturalmente congruente permite ao enfermeiro refletir sobre suas próprias ações, valores,

crenças e conceitos, muitas vezes sedimentados e esquecidos em sua prática profissional.

O enfermeiro tem a responsabilidade de interagir com o contexto histórico-sociocultural no qual a família da mulher que amamenta está inserida, para que possa conhecer, aprender e ensinar a partir da heterogeneidade cultural com a qual se defronta em seu trabalho. O enfermeiro deve considerar que a cultura não é estática mas dinâmica, podendo ser transformada.

Vivenciar o processo de aleitamento materno de forma fácil e instintiva é, muitas vezes, uma expectativa da mulher grávida, principalmente das primigestas. Mas estas se deparam, com frequência, com uma situação complexa, que consome um tempo não imaginado e que requer um aprendizado, uma adequação de suas condições de vida para possibilitar uma prática de aleitamento prazerosa e eficaz. Percebo que a mulher que quer amamentar não tem, muitas vezes, apoio concreto, real e relevante seja da família, dos profissionais/serviços de saúde, das pessoas com quem trabalha ou da comunidade. Entendo que este estudo direciona a nossa práxis, para que possamos trabalhar as diferentes maneiras de apoiar a mulher no processo de aleitamento materno e, assim, dar oportunidade para que se desenvolva uma prática de amamentação eficaz, não traumatizante.

Não podemos deixar de discutir sobre a opção da mulher amamentar ou não seu filho. Com este estudo, fica claro que não podemos aceitar profissionais e serviços de saúde que consideram a amamentação como uma prática higienista, e que entendem a amamentação como um dever, imprimindo um caráter autoritário ao seu cuidado. Vários fatores intervêm no processo de aleitamento, e este estudo chama à atenção sobre a influência da cultura familiar.

É necessário adequar as Unidades Básicas de Saúde para atuarem na continuidade da atenção ao processo de aleitamento e que, para tal, devem estar aptas a assumir a demanda de mães e bebês referenciados pelos hospitais.

Acredito que se faz necessário implantar o acompanhamento periódico e sistemático do ambiente familiar em que está inserido o "trinômio mãe-filho-

família”, de forma que a família funcione como um mecanismo de apoio. Pode parecer utopia, porém acredito que mecanismos devam existir para que se concretize a integralização dos serviços de saúde, em que os hospitais passariam a ser fontes de informações sobre as ocorrências por ocasião do nascimento da criança e as Unidades Básicas de Saúde, por sua vez, com seus territórios já demarcados, passariam a acompanhar o processo de aleitamento materno de forma mais sistemática. Fica evidente que todas essas ações só poderiam ocorrer com profissionais sensibilizados, treinados e capacitados a atuar no manejo do aleitamento materno. E porque não esperar que algum dia possamos vivenciar, de forma mais concreta, um apoio institucional a nível federal, estadual e municipal para a “Iniciativa Unidade Básica de Saúde Amiga da Criança” referida por POLI (1996), com estratégias adequadas a cada realidade local para que, desta forma, se possa preparar e instrumentalizar as Unidades Básicas de Saúde e seus funcionários com vistas à proteção, ao apoio e ao manejo da amamentação. Ressalvo que em todos os momentos do cuidar profissional a mulher que amamenta, deve-se privilegiar o cuidado ético, culturalmente congruente, sem o autoritarismo que transforma a amamentação em obrigação materna, tornando-a quase um ato de violência para a mulher. É necessário instrumentalizar a mulher gestante e a nutriz a escolher o melhor caminho para si, sempre contando com o respaldo da família, da comunidade.

Devemos nos preocupar em ter um sistema de atenção à saúde culturalmente sensível que, segundo PACHTER (1994), é aquele sistema de saúde que não é somente acessível, mas que também respeita as crenças, atitudes e estilos de vida culturais de seus pacientes. É um sistema flexível, que reconhece a saúde e a enfermidade como sendo, em grande parte, moldadas por variáveis, tais como valores étnicos, orientações da cultura, crenças religiosas e considerações lingüísticas. É um sistema que considera, além dos aspectos fisiológicos da doença, seu significado culturalmente construído. É um sistema que é sensível a variações intragrúpicas de crenças e comportamentos. Penso que, o compromisso institucional deve existir, sem ele o profissional de saúde fica, muitas vezes, sem condições de prover ações de apoio à amamentação.

Os aspectos culturais familiares devem ser trabalhados também de forma sistemática e consciente. Grupos em prol da amamentação devem ser criados e estimulados, para que o fardo da amamentação se transforme cada vez mais em prazer, e para que a mãe sinta confiança na alimentação escolhida para seu filho.

Os conteúdos programáticos dos currículos escolares deveriam incluir noções de aleitamento materno. Desta forma, a criança ficaria preparada para ser educadora, e repassaria os conhecimentos adquiridos à família, podendo utilizá-los quando fosse desempenhar seus papéis sociais de mãe, pai, tio(a), entre outros.

A formação do profissional de saúde também deve ser realizada tendo como base o paradigma humanístico, moral e ético, e respaldada no conceito de cuidado cultural. Desta forma, estaremos formando profissionais éticos, críticos e humanos. Acrescento ainda, que a formação do profissional enfermeiro deve ser centrada no cuidado, pois, o cuidado é a base para o conhecimento de enfermagem.

É necessário que o profissional de saúde saia da academia com uma consciência crítica da realidade. A formação do profissional de saúde deve privilegiar a reflexão diária do cotidiano da prática profissional e, para tal, deve incentivar o questionamento, a liberdade e a curiosidade.

Finalizo este trabalho com a convicção de que o caminho escolhido, respaldado em Leininger, foi gratificante, estimulante e enriquecedor, pois fica claro que a trajetória da práxis profissional deve ser embasada no cuidado popular ou genérico como LEININGER (1991c, 1995b) propõe para, desta forma, superar as barreiras encontradas e vivenciadas no processo do aleitamento materno.

No processo de aleitamento materno, a mulher que amamenta é o centro do cuidado, interligada ao familiar/significante e ao profissional/instituição de saúde. Esta tríade se movimenta simultaneamente em diversas direções revelando toda a complexidade do processo. Nesse sentido, observam-se a vivência pessoal, a decisão de amamentar, o trabalho fora do lar, os

comportamentos, as dificuldades e as dúvidas circundando o ser mulher que amamenta. Estes aspectos não ocorrem de forma isolada, mas em sincronia com o apoio, as crenças, os valores, os sentimentos que compõem a dinâmica familiar e o relacionamento com o companheiro.

A tríade é complementar, portanto nenhuma das partes pode ser dissociada. O cuidado profissional e o apoio da equipe de saúde existem para que se possa suprir as necessidades de cuidado do trinômio *mãe-filho-familiar/significante*, ajudando-os a superar as intercorrências de saúde e a apreender os conceitos de forma satisfatória. Todo este processo é vivenciado enquanto cuidado, o qual deve ser culturalmente congruente através da manutenção, acomodação e reestruturação das ações efetivadas.

A aplicação do cuidado cultural ao processo de aleitamento materno mostra-se como a interseção de vários componentes da ação social, demonstrando sensibilidade, expressão de sentimentos, desvelamento da realidade e apreensão de experiência de vida de cada ser envolvido. O cuidado cultural revela uma rede de significados que compõem a cultura e o contexto das relações que se estabelecem durante o processo de aleitamento materno.

O cuidado cultural foi possível de ser viabilizado somente através da aproximação, do contato direto ser a ser, em que se estabeleceu, primeiramente, o encontro e a empatia, para depois se observar os padrões que poderiam ser mantidos, aqueles que seriam acomodados e ainda aqueles que seriam repadronizados.

Essas ações de cuidado cultural reafirmam a necessidade da motivação, do preparo, do discurso informativo comprometidos com a cultura de cada ser/família/profissional que devem ser levados em consideração ao planejar o cuidado culturalmente congruente diante do processo de aleitamento materno.

A concepção e a consolidação do cuidado cultural requerem o comprometimento, a responsabilidade e o envolvimento efetivo com o outro, sendo, desta forma, assegurada a qualidade das ações.

Este estudo fornece subsídios para a compreensão da utilização dos referenciais teórico e metodológico de Leininger aqui empregados. Sugere-se a aplicação desses referenciais em outras realidades, para que se transformem em ações contínuas e sistemáticas do enfermeiro. É o caminho para a construção do saber em enfermagem.

Cabe à enfermagem colocar em movimento a tríade para a ação do cuidado cultural que envolve o ser mulher que amamenta, o familiar/significante e o profissional/instituição de saúde, com o objetivo de suprir o sujeito de todo esse processo, o recém-nascido.

## 9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADESSE, Leila. **Amamentação**: este ato contraditório. Rio de Janeiro, 1994. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança) – Instituto Fernandes Figueira. Fundação Osvaldo Cruz.
- ACEVEDO, María J.; VOLNOVICH, Juan C. **El espacio institucional**. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1991.
- AKRÉ, James. **Alimentação Infantil**: bases fisiológicas. (Infant feeding: the physiological basic). São Paulo: Instituto de Saúde, 1989.
- ALMEIDA, João A. G. **Amamentação**: um híbrido natureza-cultura. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.
- ALMEIDA, João A. G. de; GOMES, Romeu. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **Rev. latino-am. enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 6, n. 3, p 71-76, junho 1998.
- ALVES, Zélia M. M. B.; SILVA, Maria H. G. D. da. Análise qualitativa de dados de entrevista: uma proposta. **Paidéia**, Fac. Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP, Rib. Preto, 2, fev/jul, 1992.
- ARANTES, Cássia I. S. **O fenômeno amamentação**: uma proposta compreensiva. Ribeirão Preto, 1991. Dissertação de Mestrado (Enfermagem Fundamental) – Universidade de São Paulo.
- ARAÚJO, Lylian D. S. de. **Querer/Poder amamentar. Uma questão de representação?** Londrina: Ed. da UEL, 1997.
- ARRUDA, Eloita N.; ZAGONEL, Ivete P. S. A pesquisa-cuidado como uma abordagem filosófica para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 6, n. 3, p.161-176, set./dez. 1997.

- BADINTER, Elisabeth. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BOEHS, Astrid E. et al. Estudo de uma situação de aleitamento materno em um bairro periférico. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v.2, n.2, p.3-6 – jul./dez. 1997.
- BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. 3ª ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1999.
- BRASIL. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN). **Programa Nacional de Incentivo ao aleitamento materno**. Brasília: Ministério da Saúde, 1991.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição-INAN. **Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição - INAN. Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno - PNIAM. **Amamentação. Responsabilidades de todos**. [Brasília]: PNIAM, 1996. (Folder).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Materno-Infantil. **Manual de promoção do aleitamento materno: normas técnicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
- CAMPBELL, Alastair V. A bioética no século XXI. **O mundo da saúde**, São Paulo, ano 22, v. 22, n. 3, mai./jun. 1998.
- CARVALHO, Gabriela D. de. O recém nascido não necessita de mamadeiras e chupetas. **Rev. Secretários de Saúde**, Caderno de Odonto, p.4-5, jul/ago.1998.
- CARVALHO, Maria do C. B. de. A priorização da família na agenda da política social. In: CARVALHO, Maria do C. B. de (org.). **A família contemporânea em debate**. São Paulo: EDUC, 1997.
- CARVALHO, Marcus R. de **Mamadeiras e chupetas são desnecessárias**. Obtida via Internet. <http://www.aleitamento.med.br/chupeta.htm> recuperado em 18/12/1999.
- CENTA, Maria de L. **Do natural ao artificial: a trajetória do casal infértil em busca do filho desejado**. Florianópolis, 1998. Tese (Doutorado em Filosofia de Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina.
- COELHO, Leni C. D. **Desafios à ética na enfermagem**. Florianópolis, 16-19 nov./1994. (Trabalho apresentado no 1º Seminário Internacional de Filosofia e Saúde).

- COSTA, Jurandir F. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: GRAAL, 1999.
- DADOS do aleitamento materno. Obtida via Internet. <http://www.aleitamento.org.br/dados2.htm> recuperado em 19/04/00.
- ECO, Umberto; MARTINI, Carlo M. **Em que crêem os que não crêem?** Rio de Janeiro: Ed. Record, 1999.
- ELIASON, Michele J. Ethics and Transcultural nursing care. **Nursing Outlook**. v. 41, p. 225-228, september/october, 1993
- FERREIRA, Aurélio B. de H. **Novo Aurélio século XXI: o dicionário da língua portuguesa**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.
- FORTES, Paulo. Seres autônomos. **Medicina Conselho Federal**. São Paulo, ano X, n. 78, p. 6, 1997.
- FREIRE, Paulo. **Educação e mudança**. 22 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1998.
- GELAIN, Ivo. A ética na enfermagem: sua história e suas perspectivas. **Texto e Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 4, n. 2, p. 9-17, 1995.
- \_\_\_\_\_. **Deontologia e enfermagem**. 3 ed. São Paulo: EPU, 1998.
- GELBERT, Sarita O. Quem educa quem? In: MELO, Joaquim A. C. de. **Educação: razão e paixão**. Rio de Janeiro: ENSP, 1993.
- GONÇALVES, Margareth de A. Expostos, roda e mulheres: a lógica da ambigüidade médico-higienista. In: ALMEIDA, Angela M. de et al. **Pensando a família no Brasil: da colônia à modernidade**. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo/UFRRJ, 1987.
- GREINER, Ted. **Como podemos aumentar o envolvimento dos homens nos cuidados com as crianças?** Obtida via Internet. <http://www.geocities.com/HotSprings/Spa/3156/portug1.htm> recuperado em 04/10/99.
- GRUPO Interinstitucional de Incentivo ao Aleitamento Materno. **Dez passos para a participação do pai no apoio ao Aleitamento Materno**. Obtida via Internet. <http://www.aleitamento.org.br/papeldopai.htm> recuperado em 08/03/00.
- GOLDENBERG, Paulete. **Repensando a desnutrição como questão social**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1989.
- HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

HOSSNE, Willian S. Ética nas pesquisas. **Medicina Conselho Federal**. São Paulo, ano X, n. 82, p. 22-23, 1997.

JAPIASSÚ, Hilton; MARCONDES, Danilo. **Dicionário Básico de Filosofia**. Rio de Janeiro: Zahar Ed., 1990.

LAPLANTINE, François. **Aprender antropologia**. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1999.

LARAIA, Roque de B. **Cultura** – um conceito antropológico. Rio de Janeiro: Zahar Ed., 1999.

LEININGER, Madeleine. Ethnography and Ethnonursing: Models and Modes of Qualitative Data Analysis. In: LEININGER, Madeleine M. (Ed.). **Qualitative Research Methods in Nursing**. Orlando. FL: Grune&Stratton, 1985a.

\_\_\_\_\_. Nature, Rationale, and Importance of Qualitative Research Methods in Nursing. In: LEININGER, Madeleine M. (Ed.). **Qualitative Research Methods in Nursing**. Orlando. FL: Grune&Stratton, 1985b.

\_\_\_\_\_. Teoria do cuidado transcultural: diversidade e universalidade. Florianópolis: **Anais...** 1 SIBRATEN, 1985c. p. 255-276.

\_\_\_\_\_. Ethnonursing: A research method with enablers to study the theory of culture care.: LEININGER, Madeleine M. (Ed.) **Culture care diversity and universality: a theory of nursing**. New York: National League for Nursing Press, 1991a.

\_\_\_\_\_. Looking to the future of nursing and the relevancy of culture care theory. In: LEININGER, Madeleine M. (Ed.) **Culture care diversity and universality: a theory of nursing**. New York: National League for Nursing Press, 1991b.

\_\_\_\_\_. The theory of Culture Care Diversity and Universality In: LEININGER, Madeleine M. (Ed.) **Culture care diversity and universality: a theory of nursing**. New York: National League for Nursing Press, 1991c.

\_\_\_\_\_. Overview of Leininger's culture care theory. In: LEININGER, Madeleine M. **Transcultural Nursing: concepts, theories, research and practices**. New York: McGraW-Hill,Inc., 1995a.

\_\_\_\_\_. Transcultural nursing perspectives: basic concepts, principles, and culture care incidents. In: LEININGER, Madeleine M. **Transcultural Nursing: concepts, theories, research and practices**. New York: McGraW-Hill,Inc., 1995b.

LIBÂNEO, José C. **Didática**. São Paulo: Cortez, 1994.

- LONDRINA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Estimativa da população por área de abrangência de Unidades Básicas de Saúde:** Londrina (sede urbana) – ano de 1998. Londrina: Secretaria, 1998.
- LOPES, Maria L. S. **Conselhos Locais de Saúde:** um estudo sobre participação e controle social. Londrina, 2000. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina.
- LUCKESI, Cipriano C. **Filosofia da educação.** São Paulo: Cortez, 1994.
- MARCON, Sonia S. Vivência de mulheres sobre o desmame (tardio) da criança. **Rev. Gaúcha de Enferm.**, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 43-50, jan. 1996.
- MARRINER, Ann. **Modelos y teorías de Enfermería.** Barcelona: ROL S. A. 1989.
- MARQUES, Mário O. **Aprendizagem na mediação social do aprendido e da docência.** Ijuí: UNIJUÍ, 1995.
- MENDES, Isabel A. C. **Enfoque humanístico à comunicação em enfermagem.** São Paulo: Sarvier, 1994.
- MENDYKA, Brian E.; BLOOM, Frederick R. Reaffirming the relevance of culture for nursing. **Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal**, New York, v. 11, n. 3, p. 179-192, 1997.
- MINAYO, Maria C. de S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, Maria C. de S. (Org.). **Pesquisa Social.** Petrópolis: Vozes, 1996.
- MONTICELLI, Marisa. **Nascimento como um rito de passagem:** abordagem para o cuidado às mulheres e recém-nascidos. São Paulo: Robe, 1997.
- MONTICELLI, Marisa et al. Madeleine Leininger – Teoria de Enfermagem Transcultural. In: LEOPARDI, Maria T. **Teorias em Enfermagem:** instrumentos para a prática. Florianópolis: Ed. Papa-Livros, 1999.
- MÜHLBAUER, Maria L. F. **O prazer também é meu.** Niterói: Gráfica La Salle, 1996.
- NAKANO, Ana M. S. **O aleitamento materno no cotidiano feminino.** Ribeirão Preto, 1996. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.
- NAKANO, Ana M. S. et al. O significado do Aleitamento Materno para um grupo de profissionais enfermeiros e da clientela por eles assistida. **Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v. 11, n. 2, maio/ago. 1998.
- NAVARRO, Flávia M. et al. Monitoramento da prática de aleitamento materno das puérperas de uma maternidade municipal de Londrina. **Terra e Cultura**, Londrina, ano XIV, nº 28, p. 87 – 102, 1998.

- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Aconselhamento em amamentação: um curso de treinamento.** Genebra: OMS, 1995. (apostila).
- ORLANDI, Orlando V. **Teoria e prática do amor à criança:** introdução à pediatria social no Brasil. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.
- OSORIO, Luiz C. **Família hoje.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- PACHTER, Lee M. Culture and clinical care. **Journal of the American Medical Association (JAMA)**, v.271, n.9, p.690-694, 1994.
- POLI, Lilian M. C. et al. Perfil do aleitamento materno – Londrina/PR. **Anais do V Encontro Nacional de Aleitamento Materno.** Londrina, 1997.
- POLI, Lilian M. C. Projeto: Iniciativa Unidade Básica de Saúde Amiga da Criança. **1ª mostra de experiências do Serviço Municipal de Saúde de Londrina.** Londrina, nov. , p.07-12,1996.
- PONTES, Mônica B. de. **Mitos do aleitamento materno.** Rio de Janeiro, 1994. (Monografia) - Especialização em Aleitamento Materno e Banco de Leite humano Fundação Osvaldo Cruz – Instituto Fernandes Figueira – Universidade do Rio de Janeiro.
- RAGO, Luiza M. **Do cabaré ao lar:** a utopia da cidade disciplinar. Rio de Janeiro: Paz e Terra,1985.
- REA, Marina F. Aleitamento materno e saúde da mulher: algumas considerações. In: LABRA, Maria E. **Mulher, saúde e sociedade no Brasil.** Petrópolis: Vozes, 1989.
- REA, Marina F.; CUKIER, Rosa. Razões de desmame e de introdução da mamadeira: uma abordagem alternativa para seu estudo. **Rev. Saúde públ., São Paulo**, v.22, n.3, p. 184 –191, 1988.
- REYNOLDS, Chery L. Origin of Leininger's theory. In: Mc Quiston, C. M; WEBB, A. A. **Foundations of nursing theory.** California: Sage, 1995.
- ROMANELLI, Geraldo. Autoridade e poder na família. In: CARVALHO, Maria do C. B. (org.). **A família contemporânea em debate.** São Paulo: EDUC/Cortez, 1997.
- SAMARA, Eni de M. **Mulheres, o poder e a família.** São Paulo, Século XIX. São Paulo: Ed. Marco Zero, 1989.
- SANTOS, Beatriz R. L. dos. Relações familiares e identidade de gênero: uma contribuição para a assistência de enfermagem à família em expansão. **Rev. Gaúcha de Enferm.,** Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 92-99, jul. 1996.

- SANTOS, Evanguelia. K. A. dos. **A mulher como foco central na prática do aleitamento materno**: uma experiência assistencial fundamentada na teoria do auto-cuidado de Orem. Florianópolis, 1991. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina.
- SERAFIN, Deise. **Estudo das opiniões do pai sobre o aleitamento materno e sua participação neste processo**. São Paulo, 1993. Dissertação (Mestrado em Enfermagem obstétrica) – Escola Paulista de Medicina.
- SCHNEIDER, Jacó F. et al. A paternidade na perspectiva de um grupo de pais. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.18, n.2, p.113-122, jul. 1997.
- SILVA, Antônio A. M. **Amamentação**: Fardo ou desejo? Estudo histórico-social dos saberes e práticas sobre aleitamento na sociedade brasileira. Ribeirão Preto, 1990. Dissertação (Mestrado em Medicina Social) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- SILVA, Isília A. Atuação da enfermeira no projeto de incentivo ao aleitamento materno. **Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v.9, p.57-61, 1996a. Número Especial.
- SILVA, Isília A. **Amamentar – uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios**. São Paulo: Robe Editorial, 1997.
- SILVA, Maria J. P. da. **Comunicação tem remédio**: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 5.ed. São Paulo: Gente, 1996b.
- SILVA, Waldine Viana da. **Convivendo com obstáculos e fazendo o que se pode**: a comunicação interpessoal na assistência pré-natal. São Paulo, 1999. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo.
- SOUZA, Luciana M. B. da M. **Promoção, proteção e apoio. Apoio?** Representações sociais em aleitamento materno. Rio de Janeiro, 1996. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança) – Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ.
- THOMSON, Zuleika. Estudo da prática do aleitamento materno em um grupo populacional, Londrina, Pr. **J. Ped.** v.45, n.6, p. 379-385, 1978.
- TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia. **Pesquisa em enfermagem**: uma modalidade convergente-assistencial. Florianópolis: Ed. UFSC, 1999. – (Série enfermagem; REPENSUL).
- TRIGO, Marlene et al. Tabus alimentares em região do norte do Brasil. **Rev. Saúde Públ.**, S. Paulo, v.23, n.6, p.455-464, 1989.
- VALDÉS, V. et al. **Manejo Clínico da Lactação**: assistência à nutriz e ao lactente. Rio de Janeiro: REVINTER, 1996.

VEZOZZO, Kátia M. K. **Amamentação e trabalho feminino**: a contribuição das leis e das empresas. Londrina, 2000. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina.

VINHA, Vera H. P. **Projeto aleitamento materno**: autocuidado com a mama puerperal. São Paulo: SARVIER/FAPESP, 1994.

WABA. World Alliance for Breastfeeding Action. **Semana Mundial da Amamentação** – Folder de Ação-1999. Amamentação: Educação para a vida. Obtido via Internet. <http://www.ecologica.com.br/waba/smam9//folderportugues> recuperado em 27/05/99.

WALDOW, Vera R. Cuidado: uma revisão teórica. **Rev. Gaúcha de Enferm.**, Porto Alegre, v13, n.2, p.29-35, jul.1992.

\_\_\_\_\_. Educação para o cuidado. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.14, n.2, p.108-112, jul. 1993.

WALDOW, Vera R. Cuidar/Cuidado: o domínio unificador da enfermagem. In: WALDOW, Vera R. et al. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar**: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

*Anexos*

## ANEXO 1

### PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Ilma Sr<sup>a</sup>

XXXXXXXXXXXXX

Diretora da Diretoria das Ações em Saúde do Serviço Municipal de Saúde  
LONDRINA - PARANÁ

Venho por meio desta solicitar autorização para realizar uma pesquisa com as puérperas e sua família da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde XXX. O objetivo desta pesquisa e o de compreender o processo de aleitamento materno do ser mulher que amamenta inter-relacionado ao contexto cultural familiar, enquanto o enfermeiro efetiva o cuidado.

Tal pesquisa atende os objetivos do Curso de Mestrado Interinstitucional em Assistência de Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, do qual sou aluna.

Coloco-me à disposição para maiores esclarecimentos.

Certa de sua compreensão em relação a importância da referida pesquisa para melhor subsidiar a prática de enfermagem, desde já agradeço.

Atenciosamente

---

*Bílian Mara Consolin Poli*

**COREn – PR 38696**

## ANEXO 2

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(CLIENTE)

Eu, \_\_\_\_\_ fui convidada a participar de uma pesquisa de enfermagem às puérperas desta Unidade Básica de Saúde, para obtenção de dados para a realização de trabalho de dissertação a nível de Mestrado em Enfermagem, sendo informada quanto aos objetivos da pesquisa, assim como, de desistir se achar necessário. Concordo que meu depoimento seja gravado e utilizado na íntegra, com sigilo e anonimato de identificação. De livre e espontânea vontade concordo e aceito participar.

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura

## ANEXO 3

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(FAMILIAR/SIGNIFICANTE)

Eu, \_\_\_\_\_ fui

convidado(a) a participar de pesquisa de enfermagem aos familiares das puérperas desta Unidade Básica de Saúde, para obtenção de dados para realização de trabalho de dissertação a nível de Mestrado em Enfermagem, sendo informado(a) quanto aos objetivos da pesquisa assim como de desistir se achar necessário. Concordo que meu depoimento seja gravado e utilizado na íntegra, com sigilo e anonimato de identificação. De livre e espontânea vontade concordo e aceito participar.

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura

## ANEXO 4

### INSTRUMENTO 1

#### IDENTIFICAÇÃO

data da entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Hygia: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ anos Estado civil: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_ Nº de filhos: \_\_\_\_\_

Quando pretende volta a trabalhar: \_\_\_\_\_

Nº de consultas de Pré- Natal: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

Recebeu orientação de aleitamento materno: ( S ) ( N ) Local: \_\_\_\_\_

Descendência: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_

Familiar significante: ( ) mãe ( ) avó ( ) marido/companheiro ( ) outros

Nome: \_\_\_\_\_

#### PARTO

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Alta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

Tipo de parto: ( ) PC ( ) PNCE ( ) PNSE ( ) PNCE + Fórceps

Peso do RN no nascimento: \_\_\_\_\_grs Peso atual da criança: \_\_\_\_\_grs

Alojamento conjunto: ( S ) ( N )

Horário da 1ª mamada: ( ) 1ª meia h. ( ) entre 1h. e 2hs. ( ) entre 2 a 5 hs. ( ) após 6 hs.

Intercorrências: \_\_\_\_\_

#### I. HISTÓRIA PESSOAL PREGRESSA DE ALEITAMENTO MATERNO

1. Ordem de filiação da cliente.
2. Foi amamentada ? Quanto tempo ?

## II. HISTÓRIA ATUAL DE ALEITAMENTO MATERNO

1. Qual a alimentação que você está dando para o seu filho(a)?
2. Como é para você estar amamentando?
3. Você já ofereceu/ou oferece outro leite e/ou chá para seu filho?

( ) Sim    ( ) Não

Por que você ofereceu? \_\_\_\_\_

4. Você tem recebido apoio da família para amamentar ?
5. Você recebe orientações / sugestões / conselhos sobre amamentação de pessoas da família ou outras ? Como isso ocorre? Quais orientações você já recebeu ?
6. Se sim, como você se sente ao receber estas orientações ?
7. Se sim, essas orientações estão sendo úteis para você neste período ?

Comentários: \_\_\_\_\_

8. Você sente necessidade de receber ajuda quando amamenta?  
Se sim, alguém está lhe ajudando? Como é esta ajuda?
9. E as suas mamas como estão ?

## III. ENTREVISTA COM O FAMILIAR SIGNIFICANTE

1. Como é para você ter alguém na família amamentando?
2. Você participa de alguma forma da amamentação?  
Se sim, de que forma?
3. Que conselhos / orientações você dá com relação ao aleitamento materno ?
4. O que você deseja fazer/dizer e não tem oportunidade às pessoas que estão amamentando ?

## ANEXO 5

### INSTRUMENTO 2

#### IDENTIFICAÇÃO

data da entrevista: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Higia: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ anos Estado civil: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_ Nº de filhos: \_\_\_\_\_

Está trabalhando atualmente? \_\_\_\_\_

Descendência: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_

Amamentou – exclusivamente \_\_\_\_\_  
– predominante \_\_\_\_\_  
– misto \_\_\_\_\_

Atualmente amamenta ( ) sim ( ) não idade atual da criança: \_\_\_\_\_

Familiar significativo: ( ) mãe ( ) avó ( ) marido/companheiro ( ) outros

Nome: \_\_\_\_\_

#### PARA O SER MULHER

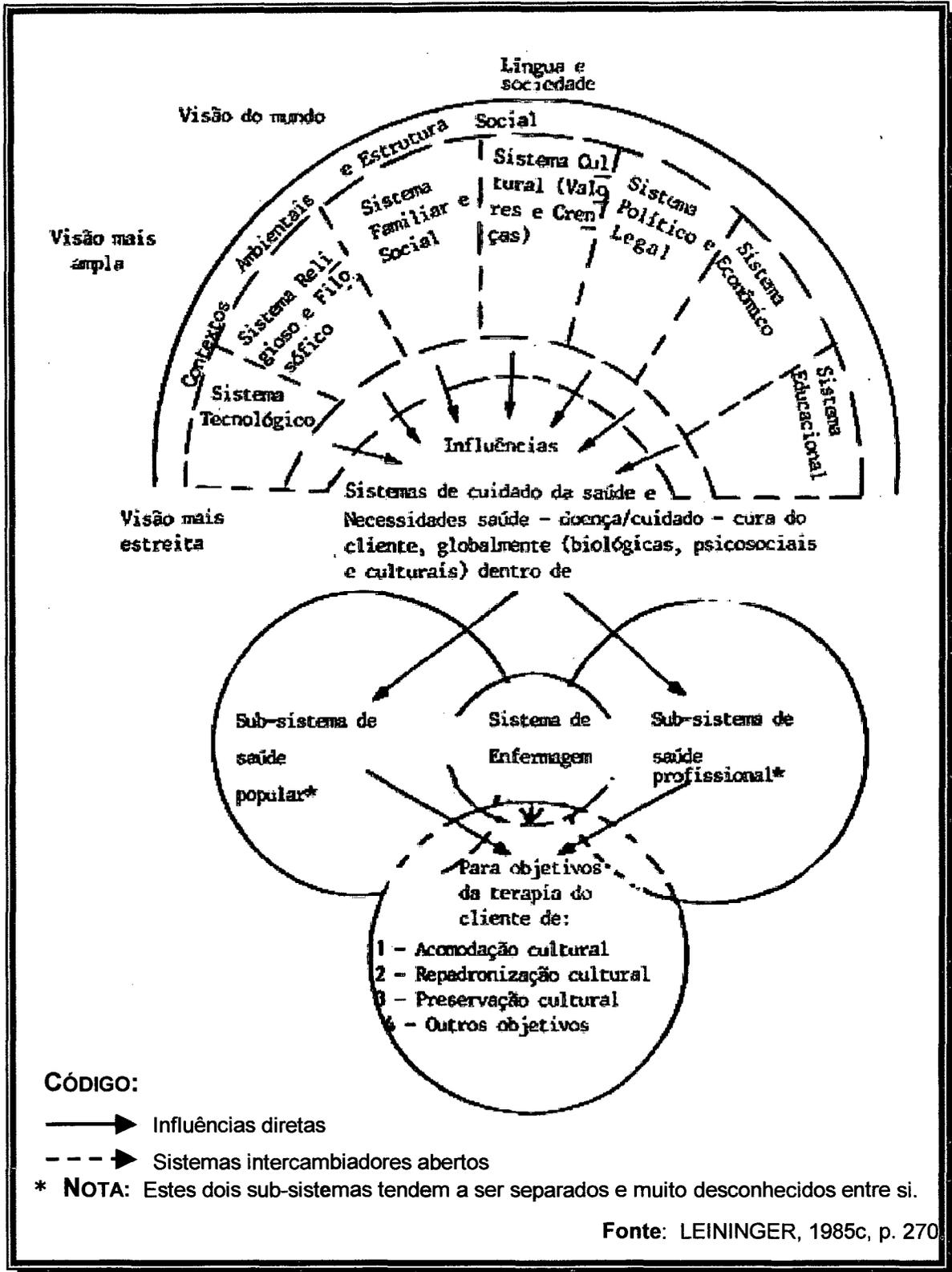
1. O que significou ou significa para você vivenciar o aleitamento materno?
2. O que contribui para que a mulher amamente? Como se torna possível a amamentação?
3. Que mudanças ocorreram na família durante o processo de aleitamento materno?
4. Quais as orientações que você tem recebido ou recebeu sobre aleitamento materno de seus familiares?

#### PARA O FAMILIAR/SIGNIFICANTE

1. O que foi (ou é) para você conviver com a mulher que amamenta?
2. Como se torna possível a amamentação? O que contribui para a mulher amamentar?
3. Que mudanças ocorreu na família durante o processo de aleitamento materno?
4. Quais as orientações que você, enquanto familiar/significante, oferece à mulher que amamenta?

## ANEXO 6

### MODELO CONCEITUAL E TEÓRICO "SOL NASCENTE", DE LEININGER, PARA A UNIVERSALIDADE E DIVERSIDADE DO CUIDADO TRANSCULTURAL.



LEININGER, Madeleine. *Care: the essence of nursing and health*. Thorafare, New Jersey: Charles B. Slack Inc., 1984.

UFSC. *Anais...* 1º SIBRATEN, Florianópolis-SC, 20-24 maio, 1985.