

VANESSA ROSAR MATTOS DIAS

**PROBLEMATIZANDO O ALEITAMENTO MATERNO:
VISANDO UMA PRÁTICA CONSCIENTE**

**FLORIANÓPOLIS,
1999**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
PÓLO – CURITIBA**

**PROBLEMATIZANDO O ALEITAMENTO MATERNO:
VISANDO UMA PRÁTICA CONSCIENTE**

Autora: Vanessa Rosar Mattos Dias

Orientadora: Dra Tamara Iwanow Cianciarullo

**FLORIANÓPOLIS,
1999**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
REPENSUL – UFSC/UFPR – PÓLO I EXPANDIDO

Vanessa Rosar Mattos Dias

**PROBLEMATIZANDO O ALEITAMENTO MATERNO:
VISANDO UM PRÁTICA CONSCIENTE**

Dissertação foi submetida ao processo de avaliação
pela Banca Examinadora para obtenção do Título
de Mestre em Assistência de Enfermagem.

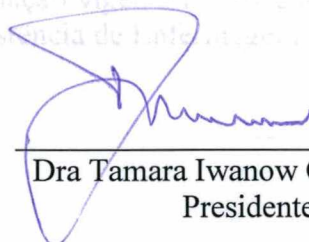
E aprovada na sua forma final em 08 de março de 1999, atendendo às normas da
legislação vigente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Curso de Mestrado em
Assistência de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

UFSC - Curso de Pós-Graduação
em Enfermagem

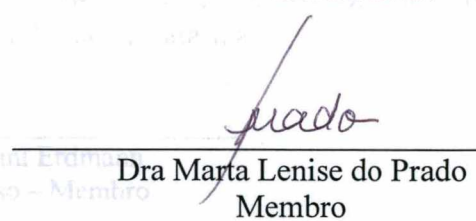


Prof. Dr. Alacoque Lorenzini Erdmann
Coordenadora

Banca Examinadora:



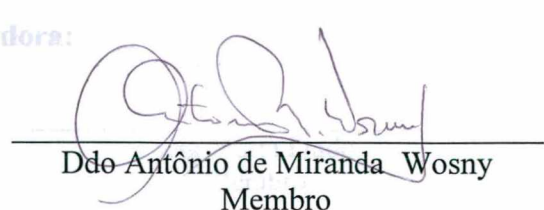
Dra Tamara Iwanow Cianciarullo
Presidente



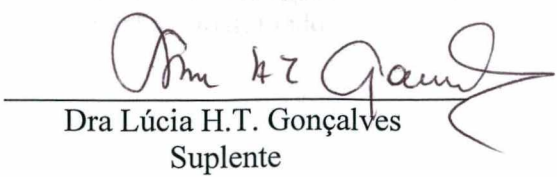
Dra Marta Lenise do Prado
Membro



Dra Alacoque Lorenzini Erdmann
Membro



Ddo Antônio de Miranda Wosny
Membro



Dra Lúcia H.T. Gonçalves
Suplente

Dedico este trabalho ao Edson meu querido esposo, grande amigo e companheiro, pela compreensão, diálogo, carinho, apoio e incentivo oferecidos durante a construção deste conhecimento.

Aos meus pais, Sérgio e Maria, por me darem a vida e principalmente, por toda dedicação e amor.

Aos meus irmãos Sandro e Rafael e minha cunhada Juliana, pelo apoio e compreensão que têm demonstrado.

*"Nunca largue mão de seus sonhos,
pois se eles morrem,
a vida torna-se como um pássaro
de asa quebrada
que não pode voar..."*

(autor desconhecido).

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À Dra Tamara Iwanow Cianciarullo, orientadora e amiga, que com o seu conhecimento e sabedoria soube respeitar os meus limites, contribuindo para que este singelo trabalho pudesse se concretizar.

À Dra Alacoque Lorenzini Erdman, amiga das horas boas e ruins, que muito me incentivou a percorrer esta trajetória, favorecendo o meu crescimento pessoal, de forma crítica e consciente.

À Maria Betina Camargo Bub, por sua amizade, despertando em mim desde o início de minha formação profissional, o desejo de Ser alguém, e de fazer algo que pudesse contribuir para o desenvolvimento da consciência crítica.

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer a todos aqueles que comigo partilharam desta construção.

Agradeço a Deus, que sempre esteve ao meu lado, iluminando-me.

Agradeço aos meus queridos familiares, pelo carinho e compreensão, pelas minhas ausências.

Agradeço a amiga Marta Prado, por ter auxiliado nesta construção, pelo seu companheirismo e pelas valiosas contribuições e incentivos prestados.

Agradeço aos amigos Terezinha e Ruvani, que muito me apoiaram nesta trajetória.

Agradeço a minha amiga Jane Lener Cardoso, por compreender as minhas ausências e pelo estímulo.

Agradeço as mulheres nutrizes e a equipe do Centro de Saúde II Balneário, pelo carinho, compreensão, possibilitando este estudo.

Agradeço aos colegas da turma de Mestrado do polo de expansão de Itajaí, pelo carinho e estímulos fornecidos.

Agradeço a todos os professores do Curso de Mestrado que, de alguma forma, auxiliaram no meu crescimento pessoal e profissional.

Agradeço aos colegas e professores do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC, pela compreensão e estímulos fornecidos.

Agradeço aos componentes da banca examinadora, por aceitarem dedicar uma parte do seu tempo `a análise deste trabalho.

Agradeço a CAPES, pela provisão de recursos durante esta caminhada.

SUMÁRIO

LISTA DE GRÁFICOS	11
RESUMO	12
ABSTRACT	13
INTRODUÇÃO	14
1 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	18
*1.1 História da prática do aleitamento materno	18
1.2 Anatomia e fisiologia da mama	23
*1.3 Fatores que interferem na prática do aleitamento materno	26
*1.3.1 Aspectos sociais e políticos do aleitamento materno	26
1.3.2 Aspectos culturais do aleitamento materno	28
*1.3.3 Aspectos sentimentais do aleitamento materno	30
*1.4 Incentivo à prática do aleitamento materno	41
2 METODOLOGIA	48
2.1 O processo educativo e a prática profissional da enfermagem	48
2.2 A opção por uma Metodologia Problematicadora	49
2.3 O caminho metodológico	60
2.3.1 Descrevendo o local da pesquisa: características gerais e demográficas do Município de Florianópolis	62
2.3.2 A população alvo	67
2.4 Apresentando os encontros à luz da Metodologia Problematicadora	68

3	DESCOBRINDO O SABER/FAZER PROFISSIONAL À LUZ DA METODOLOGIA PROBLEMATIZADORA	126
4	REPENSANDO A POSSIBILIDADE DO USO DA METODOLOGIA PROBLEMATIZADORA CONTEXTUALIZADA NA ATUAL POLÍTICA PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS	128
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	130
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	135

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Representação gráfica do 1º encontro com Violeta	74
QUADRO 2 – Representação gráfica do 2º encontro com Violeta	80
QUADRO 3 – Representação gráfica da 1ª visita domiciliar à Violeta	88
QUADRO 4 – Representação gráfica do 1º atendimento à Rosa e Cravo	93
QUADRO 5 – Representação gráfica do 1º atendimento à Orquídea	100
QUADRO 6 – Representação gráfica do 1º atendimento à Jasmim	106
QUADRO 7 - Representação gráfica da visita domiciliar à Jasmim	110
QUADRO 8 – Representação gráfica do 1º atendimento à Bromélia	114
QUADRO 9 – Rep. gráfica do 1º atendimento à Margarida e Xaxim	119
QUADRO 10 - – Representação gráfica da atividade grupal	126

RESUMO

Este estudo busca descrever a contribuição da metodologia problematizadora proposta por Bordenave, como método de apoio e incentivo às práticas de aleitamento materno às mulheres nutrizas. Participaram deste estudo 06 puérperas, dois esposos, a pesquisadora, a enfermeira e a pediatra do Centro de Saúde II Balneário – Florianópolis/SC. Durante os atendimentos programados foram identificados alguns temas (questões problemas) relacionados à prática do aleitamento materno. Os temas escolhidos após a análise dos diálogos, foram: presença de fissura mamilar e ingurgitamento mamário, dificuldade do bebê em relação a pega do mamilo; choro intenso relacionado ao leite fraco, desmame precoce relacionado ao choro intenso; presença de “alergia” no mamilo, presença de soluços no recém-nascido. Para a observação da realidade foram utilizadas a própria prática do aleitar representada pela nutriz durante os atendimentos, utilizando o diálogo participativo. Os pontos-chaves, objetos da problematização, foram identificados a partir dos temas buscando as questões que necessitavam ser resolvidas, de forma a poder incentivar a prática do aleitamento materno. Na fase de Teorização foram caracterizados, identificados e respeitados os conhecimentos das puérperas, subsidiados pelo uso de teoria, recursos didáticos e práticos, a fim de estimular a capacidade de pensar, refletir e aprender de cada puérpera e acompanhante. A fase de hipóteses de solução aconteceu de forma natural, durante os diálogos, quando as próprias puérperas planejavam como utilizariam em seu cotidiano os conhecimentos obtidos na reunião, avaliando o que poderia ser realizado na prática do aleitamento materno. A última fase do “arco” proposta por Bordenave, a aplicação à realidade, iniciada nos diálogos, foi realizada na maioria das vezes, em seus domicílios. A avaliação realizada pelas puérperas, após os diálogos, foi positiva, expressando satisfação em conversar, trocar experiências/conhecimentos e sobretudo elogiando a forma diferenciada de “abordagem”, que permitindo o diálogo, favoreceu a participação. Verificou-se existir grande potencial para a realização de trabalhos de educação em Saúde fundamentado na metodologia utilizada, junto as mulheres nutrizas, uma vez que a mesma propicia, o diálogo, favorece o desenvolvimento de uma consciência crítica, essencial para a transformação da realidade. O uso desta metodologia permite ao enfermeiro, partilhar conhecimentos científicos com as puérperas, sem no entanto impingir nas próprias idéias e assim mostrar-se de maneira política e socialmente comprometida, com o direito à saúde da população.

ABSTRACT

This study search to describe the contribution of the problematic pedagogy proposal by Bordenave, as a supportive and incentive method to the practices of maternal nursing to women nourish. Six (06) puerperium , two husbands, the reseacher, the nurse and the pediatician of the Health Center II Balneário participated in this study. During the schedule attendances some themes (problems subjects) related to the practice of maternal nursing were identified. The chosen ones ,after a analysis of the dialogues, were: presence of nipple fissure and mammary ingurgitation , the baby's difficulty in order to attach the areola; intense crying associated to weak milk, precocious wean related to a intense cry; presence of "allergy" in the nipple, presence of hipcup in the newborn. For the observation of reality it was used a own practice of maternal nursing represented by the nourish during the attendances, with a participative dialogue. The key-points, objects of problematization, were identified from the themes looking for the subjects that needed to be resolved, in a way to motivate the practice of maternal nursing. On the teorization phase they were characterized, identidied and respected the knowledge of the puerperium, subsidized by the use of theory, didatic and practical resources, in order to stimulate the capacity to think, to reflect and to learn from each puerperium and companion. The hypotheses' phase of solutions happened in a natural way, during the dialogues, when the own puerperium planed how they would use the knowledge obtained in the meeting on their daily tasks, evaluating what could be accomplished in the practice of maternal nursing. The last phase of the "arch" proposed by Bordenave, the application into reality, begun in the dialogues, was accomplished most of the time in their homes. The evaluation done by the puerperium after the dialogues was positive, expressing satisfaction in talking, exchanging experiences / knowledges and over all eulogizind the different way of "approach", allowing the dialogue collaborating the puerperuim's participations. It was checked a existence of a great potencial in doing educational works in Health based on the used methodology, with nursing women, once the same propitiates the dialogue, helps the development of a critical conscientiousness, essencial to the transformation of the reality. The use of this pedagogy allows the nurse to share scientific knowledge with the puerperium without however impose on their own ideas and in this way show in a political and social way compromised with the justice to the population's health.

INTRODUÇÃO

A amamentação e o aleitamento materno, enquanto significado das palavras, traduzem o enfoque biológico, mas o ato de amamentar vai além da produção de leite e de sua oferta e utilização, como também da sua retirada através da sucção, pois contempla o inaudível e imperceptível, envolvimento entre a mulher e o seu filho rodeados por laços afetivos.

Vários autores descrevem que a saúde e o desenvolvimento infantil, estão relacionados diretamente ao aleitamento materno exclusivo pelo menos durante seu primeiro ano de vida (Silva, 1994).

Segundo Ferreira (1986), a amamentação “é o ato ou efeito de amamentar”, sendo os termos aleitamento materno e amamentação sinônimos. De acordo com esta definição, contempla o significado funcional do aleitar, do criar ao peito e de dar de mamar. No presente estudo as palavras aleitar, amamentar, dar o peito, dar de mamar são entendidas como ato ou efeito de amamentar.

O leite materno além de seu potencial nutritivo, é também importante para que se estabeleçam e se desenvolvam sentimentos essenciais entre mãe e filho, como o de apego, afeto, propiciando a aproximação e troca de emoções, fazendo com que o ato de amamentar influencie fortemente no equilíbrio psíquico e emocional da criança (Badinter, 1985).

Observa-se, porém, que apesar dos atributos do leite materno e do efeito biológico da amamentação, bem como as inúmeras vantagens para a mulher e seu filho, aparecem flutuações a cerca da história do aleitamento materno nas mais diversas sociedades. Pois para Silva (1994), a amamentação assume significados diferentes entre as várias culturas, sendo um comportamento social mutável conforme as épocas e costumes; e que cada sociedade, em determinada fase de sua história, cria percepções e construções culturais sobre o aleitamento materno que se traduzem em saberes próprios, e que, dependendo da constituição sócio-econômica, são atribuídas pela sociedade, referências específicas sobre a amamentação.

Se avaliarmos a história do comportamento social em relação a amamentação, poderemos inferir que a sua prática começou a ter registros de preocupação durante os séculos XVII e XVIII, quando as amas de leite eram adotadas pelas mulheres burguesas e aristocratas, que consideravam o ato de amamentar repugnante e ridículo, comportamento este copiado pelas mulheres menos favorecidas (Badinter, 1985).

Em alguns países da Europa, no final do século XVIII, o leite de animais era oferecido às crianças em chifres. No início do século XIX, 7 entre 40 crianças alimentadas dessa forma, morriam antes de completar um ano de idade. Na metade deste século, já era possível encontrar alimentos infantis comercializados, sendo o leite de vaca adotado quase que rotineiramente pelas clínicas pediátricas, como alimento complementar para os lactentes, principalmente na França (Cavalcanti, 1982; Tudisco et al., 1984 e Badinter, 1985).

Silva (1990), descreve que a pasteurização, resultado da industrialização do leite de vaca, favoreceu a introdução do leite artificial diluído, na alimentação das crianças, tornando a prática da mamadeira muito difundida em todas as classes sociais.

Vários autores descrevem que os substitutos do leite materno, com suas inovadas fórmulas, foram fortemente incentivados com o desenvolvimento científico alcançado no início deste século, fazendo com que seus produtos industrializados tornassem dispensável a presença da mãe junto ao filho.

Podemos correlacionar a diminuição da amamentação com a migração da população rural para as cidades, durante a Revolução Industrial, determinando transformações sociais e fazendo com que a mulher substituisse o trabalho do campo pelo trabalho nas indústrias, impossibilitando e dificultando a continuidade da amamentação, já que a mesma passava horas fora de casa (Issler et al., 1982; Rezende, 1986; Bettiol et al., 1988).

Em meados da década de 70, apesar de existir a crença do leite materno como sendo o melhor alimento, a adoção do leite artificial na alimentação dos lactentes mostrava-se crescente, sendo que, apenas uma parcela das crianças era amamentada ao peito, por períodos breves em torno de 1 a 3 meses (Goldenberg, 1988 e Silva, 1990).

Para Monteiro (1995), a ascensão da mortalidade infantil está intimamente relacionada ao desmame precoce, principalmente nos grupos menos favorecidos dos países em desenvolvimento, onde podemos observar que a prática do aleitamento materno em crianças menores de seis meses contrapõe-se ao declínio da mortalidade infantil.

Estudos e campanhas relacionadas a proteção, apoio e promoção ao aleitamento materno passaram a ser realizados em função do predomínio do leite artificial na alimentação dos lactentes, a fim de possibilitar a reversão desta situação, buscando demonstrar a importância do aleitamento materno, bem como, a restituição de sua prática.

Em 1980, a 33^a Assembléia Mundial de Saúde, destacou a necessidade do estímulo e apoio às práticas do aleitamento materno, promovendo também a saúde das mulheres na fase de amamentação, considerando a importância de se estabelecer critérios, que serviriam para ajudar a definir a legislação referente aos alimentos infantis industrializados, importados ou

produzidos no próprio país. Assim, a 34ª Assembléia Mundial de Saúde em 1981, referencia um código internacional de comercialização e distribuição de alimentos infantis (Organizacion Mundial de la Salud, 1980; Organizacion Mundial de la Salud, 1981).

No Brasil, em meados de 1981, o Governo Federal deu início à implantação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, através do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição em convênio com a UNICEF (Brasil, 1982).

O desafio do incentivo ao aleitamento materno é resgatar e garantir à população, os seus direitos sociais, protegendo a mulher, dando-lhe condições seguras, especialmente no processo de gestação, parto e puerpério. Para isto passaram a ser realizadas no Brasil Campanhas de Incentivo ao Aleitamento Materno.

O tema aleitamento materno vem despertando meu interesse há cinco anos, talvez por não tê-lo desenvolvido/aprendido durante a realização do curso da graduação, mas também por vivenciar a prática do amamentar e do não amamentar o recém-nascido em meu cotidiano. Por alguma razão que não sei explicar, este assunto mexe com os meus sentimentos, emoções, conhecimentos, seja pelo fato de não ter experienciado amamentar, ou por me sentir indignada com a falta de orientações e informações disponíveis às mulheres, favorecendo a tomada de decisão sobre o processo do aleitamento materno.

Logo após o término da minha formação profissional, aos 21 anos, iniciei minhas atividades como enfermeira assistencial, no Instituto de Cardiologia do Hospital Regional de São José. Concomitantemente exerci a docência, desenvolvendo atividades educacionais e ministrando aulas na 3ª fase do curso de Graduação em Enfermagem, na disciplina de Fundamentos de Enfermagem, na UFSC/SC. Disciplina esta que ministrei durante quatro anos, juntamente com as disciplinas de “Práticas de Enfermagem Aplicadas à Medicina e Odontologia”, na UFSC/SC.

Desde o início de minha formação profissional, chamavam-me muito a atenção, as questões ligadas à educação. Na instituição hospitalar na qual desenvolvia minhas atividades assistenciais, participava ativamente nos trabalhos de educação continuada, promovendo cursos, treinamentos, reciclagens, elaborando manuais de rotinas e normas de atendimentos na Unidade de Terapia Coronariana. Com a mudança de local de trabalho, de uma instituição hospitalar para uma instituição de saúde pública, o fato que mais me chamou a atenção foi a prática do aleitamento materno.

Procurei corrigir essa lacuna, desenvolvendo meus conhecimentos por meio da participação em cursos, palestras, seminários, encontros, congressos, visando diminuir a minha insegurança, a fim de que a mesma não se transformasse em deficiência ética, uma vez

que fazia parte de minhas atribuições com a clientela, como enfermeira do Centro de Saúde II Balneário, a realização de consulta pré-natal e puerperal.

Iniciei uma proposta de tornar o Centro de Saúde II Balneário, uma “Comunidade Amiga da Criança”. Na minha visão, necessitava incentivar, motivar, “fazer” com que todas as mulheres nutrizas amamentassem. Em 1998 iniciei um trabalho de incentivo ao aleitamento materno, junto às gestantes, por meio de práticas educativas em grupos de gestantes.

Insistia em tornar o C. S. II Balneário uma “Comunidade Amiga da Criança”, pensando que desta forma, exigindo, obrigando e oferecendo informações às gestantes, futuras mães, estas amamentariam seus recém – nascidos.

Meses antes do Exame de Qualificação do Mestrado é que consegui compreender melhor qual era o meu objetivo. O tema mantinha-se centrado no aleitamento materno, mas o referencial teórico redirecionou-se para um processo pedagógico mais participativo, onde as mulheres, futuras nutrizas, tivessem seu espaço garantido em relação à exposição de suas preocupações e dúvidas. Queria fazer algo que tivesse significado para as mulheres (puérperas) e isso só poderia acontecer se eu fizesse uso de um processo que favorecesse a problematização. Esta opção, parte do princípio de que as mulheres nutrizas tem conhecimentos próprios acerca da prática do aleitamento materno, e a pedagogia problematizadora, favorece, estimula o desenvolvimento de uma consciência crítica, podendo a nutriz optar livremente pela alimentação de seu filho

(Bordenave, 1992,1996).

Não me cabia apresentar receitas prontas e acabadas utilizando este referencial teórico. Porém prestava-se ao desenvolvimento de um estudo descritivo, do encontro realizado com as puérperas à luz da metodologia problematizadora.

A minha questão problema (realidade) passara a ser: “Como incentivar a prática do aleitamento materno, de forma crítica e consciente?”

1 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

1.1 História da prática do aleitamento materno

O aleitamento natural é um procedimento presente na história do ser humano, considerando que somos da espécie dos mamíferos. Constitui-se numa das primeiras providências nutricionais e de saúde infantil que a própria mãe pode empreender para assegurar a sanidade do seu filho, isto porque o leite humano é biologicamente superior a qualquer outro tipo de leite sendo, portanto, estimado como o alimento mais propício à saúde da criança, mais especificamente do bebê (Chagas e Kakehashi, 1994; Marcon, 1994; Motta, 1990; Unicef, 1997 e Pereira, 1983).

Vinha e Scochi(1989), afirmam que, as mulheres têm procurado por um substituto do leite humano. Em todas as épocas foram vivenciadas situações de mulheres que não queriam ou não podiam amamentar e uma das alternativas encontradas, foi a da prática das **amas-de-leite**.

Afirmam ainda que a amamentação era valorizada nos tempos espartanos; era esperado da mulher que amamentasse o filho mais velho, mesmo sendo a rainha. As plebéias deveriam amamentar todos os filhos. Plutarco relata que o filho mais velho do Rei Themistes foi preterido por seu irmão ao reinado de Esparta por não ter sido amamentado por sua mãe. Segundo Badinter (1985), Plutarco teria sido o primeiro defensor do movimento em favor do alimento materno.

A Bíblia faz referências às amas-de-leite, demonstrando ser esta uma prática comum naquela época. Existem vários textos na Bíblia que falam sobre o aleitamento, um deles inclusive, coloca a Palavra de Deus como a do leite genuíno: “Desejai ardentemente como crianças recém-nascidas o leite genuíno, não falsificado, para que por ele vades crescendo”(I Pedro 2:2).

As mulheres egípcias, gregas e romanas, que pertenciam às classes sociais mais elevadas, entregavam seus filhos para as amas-de-leite, que eram consideradas como criadas.

Badinter (1985), relata ainda que a prática de confiar os filhos às mulheres do campo tornou-se comum em Roma no século V, tanto que o código de Teodisano teve que regulamentá-la. Segundo a autora, na época dos Césares, as mulheres abandonavam o

aleitamento materno; Júlio César, ao voltar da Gália, surpreso com o fato de ver mulheres passeando com cães e macacos no braço, exclamou: “As mulheres romanas não têm mais como outrora filhos a amamentar e a carregar nos braços”.

A autora acima citada, afirma que: “... uma sociedade que não valoriza um sentimento pode extingui-lo ou sufocá-lo ao ponto de eliminá-lo totalmente em vários corações.” (pg. 10).

No entanto, o sentimento de valorização da infância não estava arraigado na mentalidade dessa época. De acordo com Badinter (1985), foi Philippe Aires quem demonstrou que, a partir de 1760 começou a haver uma modificação de mentalidade. Segundo a autora, Descartes afirmava que: “a criança é antes de mais nada, fraqueza do espírito, período devido em que a faculdade de conhecer, o entendimento, está sob a total dependência do corpo. A criança não tem outros pensamentos senão as impressões suscitadas pelo corpo”.

No século XVII, era preciso livrar-se da criança como um mal; ela era considerada um estorvo. A criança e, principalmente, o lactente, eram considerados um fardo.

A partir do século XVIII, as publicações recomendavam às mães cuidarem de seus filhos pessoalmente e amamentá-los. Existia uma grande preocupação com a sobrevivência das crianças. A primeira etapa da vida da criança, que antes era negligenciada, passa a ser valorizada e as mães são estimuladas a **dar novamente** o seio aos seus filhos.

Nesta época o primeiro indício de uma mudança de comportamento materno era certamente, a vontade nova de aleitar ela própria o filho e só a ele, com exclusão de qualquer outro (Badinter, 1985).

A mesma autora descreve que o tenente de polícia Lenoir constata que das 21 mil crianças nascidas anualmente em Paris, apenas mil são amamentadas pela mãe. Outras mil, privilegiadas, são amamentadas por amas-de-leite residentes; todas as outras são enviadas para os domicílios mais ou menos distantes (de acordo com as condições sócio-econômicas dos pais), de uma **ama mercenária**.

Vinha e Scochi (1989), afirmam que no século XVIII, na França, a maioria dos bebês foram amamentados por amas. Essa prática era justificada pelo fato de que amamentar não estava na moda. As mulheres desejavam manter sua beleza e frescor.

As conseqüências dessa prática fizeram-se notar pelo alto índice de morbidade, desnutrição e mortalidade infantil. A mortalidade infantil na França era de 27,5% de 1740 a 1749 e de 26,5% de 1780 a 1789, ou seja, uma em cada 4 crianças sobreviviam. Até o final do século XIX, se a ama levava o bebê para a própria casa, a mortalidade infantil ficava entre

33% e 90% e, se ela vivia na casa da criança que aleitava, o risco caía para 15% (Vinha, 1983).

Segundo Badinter (1985), o primeiro sinal da rejeição do filho está na recusa materna em dar-lhe o seio. E isso sobretudo numa época, em que esse gesto significava uma possibilidade muito maior de sobrevivência para a criança.

Em nome da **moda** declarou-se a amamentação ridícula e repugnante. As mães, sogras e parteiras desaconselhavam a jovem mãe a amamentar, argumentando ser esta uma tarefa não nobre o suficiente para uma dama. Os maridos queixavam-se da amamentação exercida pela mulher, como um atentado à sua sexualidade, uma restrição ao seu prazer. Isto era agravado pelo fato dos médicos na época, proibirem as relações sexuais durante a gravidez e durante toda a duração do aleitamento, argumentando que o esperma estragava o leite, fazendo-o azedar.

Existia uma **pressão** da sociedade para que a mulher não amamentasse. A opção dessas mulheres de não amamentar, de entregar os filhos às amas-de-leite, era determinada pela influência da ideologia dominante.

As camponesas, mesmo as de classe abastada, amamentavam. Para Badinter (1985) as condições de vida destas podem explicar sua fidelidade ao aleitamento materno e à maternagem em geral. De onde podemos concluir que, na verdade, a realidade objetiva de cada mulher tem a capacidade de determinar o sucesso ou não do aleitamento materno.

O mesmo autor afirma que no último terço do século XVIII, opera-se uma espécie de revolução das mentalidades. A imagem da mãe, de seu papel e importância, modifica-se de uma maneira radical, embora os efeitos dessa mudança demorassem a se viabilizar na prática.

Jelliffe & Jelliffe (1983), descrevem que no Brasil a intuição materna foi diluída nesses 60-70 anos, em que o peito foi substituído pela mamadeira; o aprendizado, estava sendo distribuído de maneira desigual às mulheres, que já não possuíam o suporte do senso comum, da experiência familiar, onde as mulheres adultas, as adolescentes, as meninas não viam mais, outras mulheres de sua família ou amigas amamentando. O número da prole diminuiu e o uso de mamadeira aumentou.

No Brasil, o costume de dar os filhos para que as amas-de-leite os amamentassem, foi importado junto com os colonizadores. Vê-se nos jornais e periódicos da época, anúncios de contratação de amas pretas para serem amas-de-leite. Foi criado nesta época, o Instituto das Amas de Leite, com o objetivo de regulamentar o comportamento das amas, principalmente no que diz respeito à higiene. A prática da amamentação mercenária persistiu até por volta de 1950, segundo Vinha e Scochi (1983).

O número de crianças encaminhadas às amas pela Direção Municipal das Amas-de-leite de Paris, caiu no século XVII, de uma maneira substancial como também a idéia de que os cuidados e o carinho maternos eram fundamentais para a sobrevivência.

Na França e no Brasil, um pouco mais tarde, a maternidade adquiria outro sentido e hoje desloca-se o enfoque para o papel do pai, envolvendo-o para devolver a mãe à tranquilidade, mas talvez, pela primeira vez, permitir que o pai e a mãe juntos, desempenhem um papel único no processo do aleitamento.

A Revolução Industrial acarretou mudanças sociais inevitáveis; a crescente urbanização e a utilização da mão-de-obra da mulher no mercado de trabalho foram fatores que contribuíram para acelerar a pesquisa de um substituto satisfatório do leite materno. Em 1840 surge no mercado o primeiro alimento infantil artificial. Em 1911, esse leite é recomendado como alimento infantil.

As estatísticas sobre o declínio do aleitamento materno, dão conta dessa mudança radical objetivam um resgate do aleitamento, considerando seus vários aspectos. Percebe-se hoje, um movimento em prol do aleitamento em várias partes do mundo e que começou a tomar corpo no Brasil no final da década de 70 e começo dos anos 80. Foi um trabalho de conscientização importante, levado a termo por alguns profissionais de saúde que têm a consciência crítica e uma responsabilidade política frente à questão do aleitamento materno.

Segundo Clark (1984), antes do surgimento da mamadeira a sobrevivência da raça humana baseava-se em dois atos sexuais bem definidos: o coito e o aleitamento, limitando o significado deste processo.

Martins (1984), considera a natureza como sendo sábia, não fazendo um ato fundamental para a mãe e filho, uma fonte de sofrimento.

O aumento gradativo da prática da alimentação artificial ocorreu durante o século XVIII. Grant in Vinha e Scochi (1989), assinala que a perda do leite do peito significou uma tragédia para as mulheres que não podiam dispor de uma ama-de-leite. Elas providenciavam leite para as seus bebês, diretamente do úbere da vaca, da ovelha, da jumenta, da búfala, da cadela ou da cabra.

No final do século XVIII, o leite de animais era oferecido às crianças em chifres. Tal fato já era prática instituída em alguns países da Europa, principalmente na Alemanha, na Rússia e na França. No início do século passado essa prática logo tornou-se frequente e com resultados desastrosos, pois 7 entre 10 crianças alimentadas dessa forma morriam antes de completar um ano de idade.

A pasteurização, resultado do desenvolvimento tecnológico e científico, favoreceu a introdução do leite de vaca diluído na alimentação da criança. Com o advento do leite em pó e seu acesso facilitado a praticamente todas as classes sociais, a prática da mamadeira tornou-se bastante difundida (Silva, 1990).

O desenvolvimento científico alcançado no princípio deste século permitiu que as indústrias de alimentos oferecessem fórmulas lácteas para as crianças em diferentes idades, e não poupassem esforços para o avanço tecnológico, procurando oferecer ao mercado um produto substituto do leite materno que tornasse dispensável a presença da mãe junto ao filho (Ramos Neto et al., 1978; Tedesco; Woiski, 1979; Muller, 1981; Whitley, 1982; Tudisco et al., 1984; Goldenberg, 1988).

A diminuição da prática da amamentação parece estar relacionada, entre outras causas, à migração da população rural para as cidades durante a Revolução Industrial, que determinou grandes transformações sociais, principalmente para a mulher, que passou a trabalhar nas indústrias, permanecendo longos períodos fora de casa, dificultando e quase impossibilitando a continuidade da amamentação (Issler et al., 1982; Rezende, 1986; Bettiol et al., 1988).

A adoção do leite industrializado na alimentação dos lactentes mostrava-se crescente até meados da década de 70, apesar de aparentemente manter-se a crença de que o leite materno continuava sendo o melhor alimento. Naquela década, apenas uma parcela das crianças era amamentada ao seio e, por períodos muito curtos que duravam em média de 1 a 3 meses. O leite em pó consolidou-se junto a população e profissionais da área da saúde, como alimento considerado suficiente para suprir as necessidades do lactente, o que contribuiu para o declínio da prática do aleitamento materno (Goldenberg, 1988; Silva, 1990).

Como consequência desse comportamento, a mortalidade infantil passou a apresentar altas taxas, associadas então ao desmame precoce, principalmente nos grupos mais pobres dos países não desenvolvidos (Muller, 1981; Cavalcanti, 1982; Matthai, 1983; Ferrari, 1987; Monteiro, 1988).

Os padrões de aleitamento materno vêm mudando nos últimos anos, em diferentes sociedades, porém, segundo Victora, et al (1989), nos países desenvolvidos, as mulheres em melhor situação econômica tendem a amamentar por períodos mais prolongados do que as carentes.

A pesquisa feita pelas mesmas autoras, demonstrou que, além de amamentarem com menor frequência logo após o parto, as mulheres de baixa renda também desmamaram seus filhos em maior proporção nos primeiros três meses de vida.

No final do século XVIII, na Europa, inicia-se a obstetrícia, se consolidando como uma especialidade médica. Sendo assim, o saber médico passa a ter o poder de apropriar-se do corpo feminino, conferindo a área obstétrica a sua cientificidade.

Foucault (1988), identifica este período como o de grandes transformações sociais; salienta que os governos percebem que não tem que lidar simplesmente com sujeitos nem mesmo com um “povo” porém com uma população, com seus fenômenos específicos e suas variáveis próprias, natalidade, morbidade, esperança de vida, fecundidade, estado de saúde, incidência das doenças, formas de alimentação.

É a partir daí que o corpo da mulher adquire um novo significado social, por ser força de trabalho e por ser também reprodutora biológica da força de trabalho, afirma Hubbard, (1993).

No século XIX, era comum as mães alimentarem seus filhos com certos receptáculos como teta de vaca, mamilos feitos de chifre de vaca, papiro, couro ou esponja.

Na metade do século XIX era possível encontrar alimentos infantis no mercado e o leite de vaca passou a ser adotado quase que rotineiramente, pelas clínicas pediátricas, como alimento suplementar para os lactentes, principalmente na França. (Cavalcanti, 1982; Tudisco et al., 1984; Badinter, 1985).

Atualmente existem disponíveis no mercado produtos comercializados como substitutos do leite materno. Face a esta realidade, e da facilidade em comprar um leite artificial ou de outra qualidade que não o leite materno, muitas nutrizes optam em substituir o seu leite por outro tipo de leite.

1.2 Anatomia e fisiologia da mama

A glândula mamária existente em todos os mamíferos, faz parte do sistema de reprodução e tem por função secretar o leite, alimento natural do recém-nascido. Do ponto de vista fisiológico, a produção da leite materno depende de vários fatores que interagem entre si, esses fatores são tanto anatômicos como hormonais e psíquicos. Por isso, é importante tentar entendê-los.

As mamas são órgãos pares, localizadas entre as camadas superficial e profunda da tela subcutânea. Elas variam de tamanho e forma entre as mulheres, o que não tem influencia sobre a capacidade de amamentar.

São glândulas exócrinas túbulo-alveolares, com 15 a 20 unidades lactíferas envoltas por tecido conjuntivo, vasos sanguíneos e linfáticos.

Essas unidades lactíferas se compõem de alvéolos formados por pequenas glândulas secretoras envoltas por células mioepiteliais, que se comunicam com a superfície por meio de um sistema de drenagem formado por canaliculos e canais. Ao se aproximarem da superfície, estes se dilatam, formando os seios lactíferos, que por sua vez vão abrir-se no mamilo, através dos poros mamilares, exatamente por baixo da aréola.

Na glândula mamária são encontrados os ductos galactóforos, os seios galactóforos, uma porção túbulo-alveolar, sendo que os alvéolos são formados de células secretoras cúbicas e também pelas células mioepiteliais, uma quantidade de tecido frouxo intralobular, tecido conjuntivo denso interlobular e tecido adiposo, separando cada lóbulo num conjunto de 18 a 20 lóbulos que chamamos glândula mamária.

Pizzato et al (1986), afirmam que, durante a gravidez, a ação da progesterona promove a expansão dos alvéolos mamários, cujas células apresentam características secretoras.

Segundo Martins (1984), essas células são verdadeiras usinas produtoras de leite. O leite é produzido no interior das células, passando através da membrana para dentro do ducto. Este leite vai se armazenar no seio lactóforo, o que ocorre, geralmente, nos intervalos das mamadas. É o chamado leite anterior e corresponde a 1/3 da mamada. Em volta das células galactóforas ou células secretoras, estão as células mioepiteliais, cuja função é, através da contração, romper a membrana das células galactóforas que então secretam o leite mais concentrado, chamado de leite posterior, que é um leite mais rico em gordura e responsável pelo sinal de saciedade do bebê.

Assim que a placenta é expulsa, o nível de estrogênio e progesterona abaixa no organismo materno, dando lugar à prolactina. Quando o recém-nascido suga, há o envio de uma mensagem através do hipotálamo à hipófise anterior, e inicia-se então a produção de prolactina. A prolactina, através do sangue, chega às células galactóforas para a produção do leite.

É necessário para o estabelecimento da lactação, a produção de dois hormônios: a prolactina e a ocitocina. A prolactina, que é um hormônio cujo reflexo é exclusivamente somático, é então responsável pela formação do leite da primeira fase. Martins (1984), afirma que, a estimulação, uma carícia no seio de uma mulher mesmo ela não estando grávida leva esse hormônio (a prolactina), a aumentar quase vinte vezes no sangue circulante.

O autor defende que a criança deve mamar toda vez que quiser, nas primeiras semanas de vida, sem rigidez de horário, uma vez que, se o estímulo for constante, a prolactina ficará em nível elevado e a produção do leite será adequada.

Segundo Jelliffe & Jelliffe (1983), se for mantido em nível constante de prolactina circulante, ela é responsável também, pela suspensão da ovulação, por meio da sua atuação no ovário.

Os fisiologistas, hoje, já têm como explicar esse fato. No momento do nascimento da criança é constatado um nível elevada de prolactina no sangue da mãe. Ao mamar, o RN estimula a produção desse hormônio que, por sua vez estimula a produção do leite.

Se o bebê mama freqüentemente, a mãe irá manter um alto nível de prolactina. Se o estímulo for pequeno, os níveis desse hormônio irão cair, diminuindo a produção do leite e aumentando a possibilidade de ovulação. A prolactina tem um papel crítico no início e na manutenção da lactação de várias espécies; ela influencia também o transporte de sódio, cálcio e potássio. O autor conclui que o mais alto nível de prolactina intra-alveolar dá-se na fase do leite de transição, entre o 3º e o 7º dia do puerpério.

O outro hormônio, a ocitocina, é comandado por um reflexo psicossomático e é o hormônio responsável pela descida do leite posterior, atuando no seio sobre a célula mioepitelial. A ocitocina, através da estimulação (sucção do seio), vai ser por meio da contração das células mioepiteliais, fazendo uma compressão nas células lactóforas, rompendo suas membranas; passando a sair para a luz do ducto, substâncias da própria célula, o que determina com que este leite posterior seja mais rico em lipídios, muito importante para o recém-nascido, segundo Martins (1987) e Shimo (1983).

De acordo com Jelliffe & Jelliffe(1983), o reflexo da descida do leite ou da ocitocina, é afetada pelas emoções maternas. Os autores afirmam que se a ansiedade está presente, o reflexo da descida do leite é inibido, provavelmente pela adrenalina secretada, que pode inibir a produção cerebral da ocitocina ou impedir a sua atuação periférica na mama. Os autores concluem que a causa mais comum de lactação inadequada e conseqüente desmame precoce, em vários países, é sem dúvida a interferência emocional no reflexo da descida do leite.

1.3 Fatores que interferem na prática do aleitamento materno

1.3.1 Aspectos sociais e políticos do aleitamento materno

O Ministério da Saúde, por meio de uma série de textos básicos de saúde, enfocando a Assistência à Saúde Integral da Mulher (1984), afirma que a redução progressiva do aleitamento materno é decorrente da mudança de valores na sociedade que se industrializa e é induzida por inúmeros fatores, inerentes a este processo, que se refletem na atuação dos profissionais de saúde e na própria organização dos serviços de saúde.

As questões referentes ao comportamento social quanto a amamentação não começaram a ser preocupantes apenas neste século. A história registra que sua prática foi abalada nos últimos duzentos anos, principalmente, durante os séculos XVII e XVIII com a adoção de amas de leite pelas mulheres aristocratas e burguesas, que consideravam o ato de amamentar ridículo e repugnante, sendo esse comportamento tomado como exemplo pelas mulheres das classes menos favorecidas (Badinter, 1985).

As mulheres são biologicamente construídas de forma a poder carregar, gerar e alimentar uma criança, esse comentário de Carvalho (1990), retrata a visão que se tem da maternidade nos dias de hoje e, em especial, do aleitamento materno, como elemento integrante do processo de reprodução. É a idéia representativa do pensamento da sociedade contemporânea sobre o amamentar como decorrência natural e incondicional da maternidade.

Pizzato e Da Polan (1986), por exemplo, fazem menção em seu livro a algumas tribos africanas, onde a avó funcionava na amamentação como um perfeito e natural substituto da mãe que, por algum motivo, estivesse impossibilitada de amamentar. Esta avó, apesar do seu aspecto envelhecido, começava a produzir leite após 2 ou 3 semanas de estímulo; em outras tribos, esta incumbência era dada a uma adolescente.

Martins (1987), afirma que foi por meio destas constatações, que se começou a induzir mulheres que já haviam perdido o leite, ou mesmo mães adotivas a amamentar e, hoje, segundo o autor, o programa de re-lactação já provou sua viabilidade.

No que diz respeito às vantagens do aleitamento materno, aos fatores que interferem no sucesso ou fracasso da lactação, aos riscos do aleitamento artificial, entendo que deve ser aprofundada a análise de que o aleitamento materno é mais do que um fator biológico. É um

processo e existe uma interrelação entre este processo e outros fatores como, os políticos e sociais.

Nesse século, o mundo assistiu, inquestionavelmente, a uma verdadeira e progressiva revolução político-social, culminando com a transformação de determinados elementos da sociedade, em sujeitos de direitos exigíveis. Inserem-se neste contexto, as mulheres e as crianças, que passaram da condição de seres necessitados, carentes, fracos, tutelados e excluídos, para a de cidadãos, ou seja, com direitos civis, políticos, sociais, culturais e econômicos, assegurados, constituindo-se em exemplos vivos de ampliação da cidadania. Mesmo assim, muitos caminham em direção ao século XXI sem ainda experimentar e usufruir esta cidadania plena.

O processo do aleitamento, por ser um ato social, esteve sujeito aos fatores históricos, no entanto, outros fatores o determinaram, apesar de não terem sido abordados até aqui. É impossível negar a determinação dos fatores sociais, econômicos, políticos e culturais no processo do aleitamento. São estes fatores que transformam o ato de amamentar como um ato natural e fisiológico, em um ato ideologizado, regulável pela sociedade. Nas sociedades em que as leis de mercado não determinam o que é bom ou não para as pessoas, isto não acontece, sendo o aleitamento considerado um ato natural (Silva, 1994).

Resultados preliminares da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, revelam que, para o período de 1986- 1996, foi estimada uma taxa de mortalidade infantil de 48 por 1000 nascidos vivos no Brasil. Este mesmo estudo mostra, de acordo com a região, grande disparidade nas taxas apresentadas. A região nordeste, por exemplo (74 por 1000), apresenta índices três vezes mais altos (74 por 1000), que o encontrado na Região Sul (25 por 1000) (UNICEF, 1997).

Em relação à situação encontrada em outros países, de acordo com o Relatório da Situação Mundial da Infância e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 1997), retratando dados de 1995, a mortalidade infantil em Cuba, é de 9.0 por 1000 nascidos vivos, nos Estados Unidos é de 8.0 por 1000 nascidos vivos e no Japão, 4.0 por 1000 nascidos vivos.

No Brasil, embora as maiores taxas de mortalidade se concentrem na região nordeste, muito ainda se pode fazer para melhorar este quadro também na região sul e mais especificamente em Florianópolis, onde a tendência histórica de redução da mortalidade tem sido alternada por períodos de estabilidade e de aumento.

No período de 1982 a 1992, oscilou entre 24.1 e 15.4 à cada 1000 nascidos vivos. Em 1995, a taxa foi de 19.1 para 1000 nascidos vivos. Estes indicadores são considerados pela

Organização Mundial de Saúde (OMS) como um bom padrão, entretanto, podemos reduzi-las ainda mais, por serem mortes anunciadas e em grande parte evitáveis, uma vez que as principais causas e fatores determinantes são conhecidos.

Assim, em um bairro de Florianópolis, no qual se encontra inserido um serviço de saúde, onde a maioria das crianças que adoecem e morrem antes de completarem um ano de idade, são portadoras de doenças absolutamente preveníveis, faz-se necessário a adoção de medidas voltadas para a promoção de saúde, representando a garantia de sobrevivência e melhor qualidade de vida para estas crianças.

Em Florianópolis, existem maternidades que já desenvolvem trabalhos de incentivo ao aleitamento materno, porém estas são permeadas por orientações tradicionalmente transmitidas, não oportunizando a discussão e o diálogo.

1.3.2 Aspectos culturais do aleitamento materno

Vivemos numa cultura centrada na família e, no caso da mulher que amamenta, existe, e não poderia ser diferente, uma forte ligação estabelecida entre ela e seu recém-nascido, seu companheiro ou marido e sua família. A mãe aprende a conviver com o novo ser, com o pai do bebê, seus irmãos, avós, tias e amigos, ou seja, tem uma nova experiência de vida. A maternidade é um momento existencial e crucial no ciclo vital feminino, podendo dar ou não à mulher, a oportunidade de atingir novos níveis de integração e desenvolvimento da personalidade.

Para Miller (1969), dependendo do meio cultural onde uma mulher está inserida, o aleitamento natural pode ser encarado como uma função animal, como vivenciou na fala de uma jovem mãe que se referiu ao processo da amamentação como coisa de vaca. Da mesma forma, considera que, por vezes, as mães sentem-se presas a horários, a rotina da nova vida, tornando-se impelidas a adotar uma alimentação artificial, à prática do uso de mamadeiras. O mesmo autor também enfatiza que, em tempos remotos, amamentar em público, ou mesmo em casa diante de outras pessoas, era considerado ofensivo.

Segundo SILVA (1990), a amamentação assume significados diferentes entre as várias culturas, sendo um comportamento social mutável conforme as épocas e costumes. Assim, a prática da amamentação, segundo esta autora, representa ser um hábito preso aos determinantes sociais e às manifestações da cultura. As concepções e valores, assimilados no

processo de socialização, influem na prática da amamentação, tanto quanto o equilíbrio biológico e funcionamento hormonal da mulher. A autora ainda coloca que, cada sociedade, em determinada fase de sua história, cria percepções e construções culturais sobre o aleitamento materno, que se traduzem em saberes próprios. E, ainda afirma que dependendo da constituição econômico-social, são construídas, pela própria sociedade, referências específicas sobre a amamentação.

O ser humano, pensando que cresceu, que progrediu, faz uso cada vez maior da tecnologia, porém, até hoje, não conseguiu encontrar na tecnologia a razão, a sensibilidade e os mistérios insondáveis que comandam o pensamento. Nós, que ora temos no aleitamento natural nosso alvo central de estudo, somos partidárias da idéia de que nada, nem ninguém, substitui esta nossa atividade, este dom que nos foi cedido, embora isto não se constitua em uma obrigatoriedade mas, sim, numa escolha, numa opção.

Heinen (1992) e Rezende (1990) concordam com Middlemore (1974), no que diz respeito a mãe ser responsável pela decisão de amamentar ou não e fazer planos, independente dos fatores sócio-econômico-culturais que façam parte de sua vida. Para Vinha (1983), é uma questão somente da mulher. Para as mulheres árabes e judias, como evidenciado por Heldenberg et al (1993), influenciam sobremaneira, na decisão ou não pelo aleitamento natural, o incentivo do marido, as experiências prévias com o aleitamento e informações recebidas anteriormente.

Heldenberg et al (1993), em seu trabalho com mães judias e árabes, encontrou um tempo de amamentação de 3 a 5 meses, respectivamente. Porém, do mesmo modo, identificou, como uma das causas para o desmame, a percepção da mãe de que produzia quantidade insuficiente de leite. É claro que embora esta causa seja comum para as mães árabes e judias, os problemas mamilares, a volta ao trabalho, a recusa por parte do bebê e a recomendação médica também influenciaram na continuidade do aleitamento natural.

Na literatura consultada, encontramos ainda relatos de que as fantasias da mãe relativas ao fato de que poderiam passar, pelo leite, coisas ruins que existem dentro de si e nocivas para o bebê influenciam poderosamente na decisão de aleitar. Da mesma forma, a mãe poderá sentir seu bebê de várias maneiras, tais como: rejeitador, violento, agressivo, voraz, sugador, insaciável, que seca a mãe e talvez estes sentimentos induzam à percepção da mãe de que não tem condições de satisfazer as necessidades e de proteger seu filho.

Com isso, perguntamo-nos que apoio as mães tiveram durante suas “crises” para que fossem superadas e o aleitamento mantido, uma vez que, em nosso cotidiano, muitas mães ainda desmamam seus bebês porque consideram seu leite “fraco” ou “insuficiente”.

Segundo Vinha (1983), é importante que as meninas sejam conscientizadas acerca da importância do aleitamento natural, como algo muito nosso, maravilhoso e gratificante. Da mesma forma, devem ser instruídas para dar o peito toda vez que suas filhinhas chorarem por fome ou por necessidade de afeto. Com este posicionamento, parece-nos que a autora corrobora com a idéia de que desde meninas comecemos nosso processo de familiarização com o aleitamento natural, tarefa exclusivamente feminina.

Na minha opinião, devemos disponibilizar o conhecimento acerca do aleitamento materno à toda a população. Porém, concordo com a autora acima citada, que este conhecimento deve ser abordado na infância, sendo estimulado pelos adultos, oportunizando desta forma uma escolha consciente sobre a alimentação dos recém-nascidos.

1.3.3 Aspectos sentimentais do aleitamento materno

Desde o início da gravidez, os interesses externos, por parte da mãe, são minimizados, passando seus pensamentos a serem centrados no bebê (Middlemore, 1974). E é nesta fase, nos primeiros dias de amamentação, que a mãe e seu filho, adaptam-se mutuamente, um ao outro.

Nenhum bebê mama corretamente e satisfatoriamente na primeira mamada. Mãe e filho estão se habituando um com o outro, familiarizando-se, com o seus jeitos próprios.

Este tipo de relacionamento é tão importante que, como relata Casar et al (1981), é um dos assuntos de maior destaque nos últimos tempos, despertando a atenção dos profissionais da área da saúde. Com isso, o autor espera que seja promovida uma assistência integral ao recém-nascido, enfatizando suas necessidades afetivas e nutricionais, o seu equilíbrio emocional e o seu processo de socialização.

A gravidez envolve a necessidade de reestruturação e reajustamento nas mudanças de identidade e de papéis, não só da mãe como de toda a família. E, a partir daí, os sentimentos afloram ou sofrem modificações com o intuito de favorecer esta necessidade de adaptação.

Martins, citado por Agostini et al (1988); Luz et al (1983) e Santos et al (1987) caracterizaram a gravidez como uma crise de maturidade, mormente em se tratando de mães jovens, pois ainda estão por descobrir suas identidades. Isto nos fornece subsídios para que atuemos com as adolescentes, na tentativa de minimizar esta crise, em caso de uma gestação,

uma vez que são conhecidos os transtornos, as mudanças e as angústias que, comumente, acompanham uma gravidez.

Estar grávida é uma experiência, na qual a mulher percebe-se num movimento, onde alguns acontecimentos são seqüenciais e outros concomitantes. Movimento este, que implica na reformulação de sua identidade de mulher mediante os pressupostos dos novos papéis que passa a desempenhar.

O significado desta vivência é construído a partir da percepção de sentimentos gerados pela adaptação orgânica e emocional provocada pela gravidez e, principalmente, pela percepção de si, na reformulação de concepções e elaboração de novos conceitos sobre o sentido de ser/estar grávida. Esse processo é resultado da interpretação da experiência, que determina sentimentos, gerando atitudes e comportamentos da mulher frente ao seu estado de grávida e sua relação futura com seu meio e seu filho (Dowek, 1983).

Dessa forma, para o mesmo autor, a percepção dessa experiência não se restringe apenas as interações estabelecidas com a gravidez como um processo fisiológico e social, desse momento; mas também, pela expectativa das interações que serão estabelecidas futuramente a partir do nascimento do filho, baseado nos pressupostos de funções e desempenho de papéis futuros. Elementos estes que já têm início, de forma incipiente, desde a tomada de conhecimento da gestação e que estão na dependência de como a gestante percebe e se vê neste papel.

Os elementos de interação atuais ou potenciais geram temas carregados de significados. Desses temas, alguns fazem parte da sua experiência atual e são originados dela, sendo naturalmente resolvidos no desenrolar da gravidez. Outros são percebidos como temas atuais que irão perdurar como elementos de marcante modificação em sua vida, e ainda, em consequência disso, há temas, que são concebidos e percebidos como algo a se colocar em prática após o nascimento do filho. Estes serão transportados ao contexto futuro da situação real de ser mãe.

Dessa forma, o mesmo autor descreve que, a mulher vive a situação da gravidez caracterizada pela percepção de si e dos demais elementos que compõem seu ambiente, e sua relação com o filho, família e as mudanças advindas da presença deste. A partir das interações atuais e expectativa das interações potenciais, atribui, no pós-parto, o significado da sua experiência que determinará tomadas de decisão e ações, que visam a condução de sua vida e adaptação ao filho e aos papéis que terá de desempenhar.

Desde a começo da humanidade, as crianças, logo após o nascimento eram postas ao lado de sua mãe. No começo deste século foi criado o berçário, para proteger as crianças

contra as infecções hospitalares. Após a Segunda Guerra Mundial, pensava-se que a mamadeira era a melhor forma de alimentação e esta era dada ao Recém-nascido (RN) antes mesmo que ele saísse do hospital, sem que se soubesse por exemplo, quase nada de imunologia nessa época. E por meio do berçário, conseguiu-se interferir em uma coisa fundamental: o relacionamento precoce entre mãe e filho. Nós sabemos hoje, que estes primeiros momentos são fundamentais tanto para a mãe como para o filho (Martins, 1990; Pizzato e Da Polan, 1986 e Maldonado, 1982).

A mãe, por seu lado, sente a necessidade de tocar sentir e ninar a criança e a leva com naturalidade ao seio para acalmar seu choro. É nas horas depois do nascimento que se esboçam os laços de amor entre os dois seres. Os efeitos de uma separação nesse momento se podem fazer sentir durante vários meses e até anos, Clark (1984).

O nascimento de um filho pode trazer conseqüências significativas, tais como privações afetivas e/ou econômicas, aumento da tensão, intensificando a regressão e a dualidade de sentimentos.

Com o passar dos dias, das semanas e dos meses, mãe e filho tornam-se mais familiarizados um com o outro, conhecendo-se e entendendo-se melhor a cada dia. Quando percebe que está, gradualmente, voltando ao normal, a mãe estará começando a sentir a natureza do relacionamento do amamentar, o afeto mútuo entre ela e o seu filho. Sentirá sua falta quando ele estiver dormindo ou precisar sair de casa. Perceberá seu filho como seu amigo e zelar por ele passará a ser um prosseguimento dos cuidados consigo mesma.

Para Silva (1989), o período de amamentação é permeado de prazer e realização na vida de uma mulher, não apenas como a época em que esta é responsável pelo suprimento alimentar do seu filho; porém, este processo de lactação, segundo Souza, citado por Carvalho e Serafim (1985), é permeado de vários períodos críticos e vulneráveis, que exercem influências significativas neste processo. Para este autor, tais períodos seriam: os primeiros minutos e as primeiras horas pós-parto, o retorno à atividade sexual, o aparecimento dos dentes do filho, o retorno da mãe às atividades profissionais e o aparecimento da primeira menstruação pós-parto. Nesta época, temos concomitantemente o período puerperal, onde adaptações psíquicas e fisiológicas ocorrem, permeadas de reações conscientes e inconscientes (Silva, 1988).

A saúde e o desenvolvimento da criança, segundo a maioria dos autores, está diretamente relacionada ao aleitamento materno exclusivo pelo menos durante seu primeiro ano de vida (Jelliffe & Jelliffe, 1988; Pernetta, 1988).

Paralelo ao valor nutritivo do leite materno, o aleitamento é considerado também como estratégia fundamental para o desenvolvimento do apego entre mãe e filho, implicando em aproximação e interação entre eles. A dimensão do aleitamento materno que se tem apregoadado nas últimas décadas, baseia-se também na influência que este ato representa no desenvolvimento emocional do ser humano, pois segundo Badinter (1985), a amamentação influencia fortemente o equilíbrio psíquico e emocional da criança.

Se considerarmos que o sentimento materno não é igual, nem está presente em todas as mulheres e que nem sempre ocorre no momento em que a mãe vê seu filho pela primeira vez, é bem provável que o querer amamentar esteja na dependência deste sentimento. Tal posição nos leva a indagar o que levaria uma mulher a decidir, ou não, por alimentar seu filho com o seu próprio leite, que sentimentos teria, que emoções permeariam seus primeiros tempos de convívio, com seu filho, e quais fatores poderiam proporcionar-lhe diferentes modos de perceber esta fase de sua vida.

Em nosso entendimento, se estamos dispostas a assumir a amamentação de nossos filhos e se estamos convictas de sua importância certamente seremos mais fortes para transpor os obstáculos concernentes a esta etapa de nossas vidas e, para Pryor (1981), quando as mães são experientes na prática de amamentar podem ter uma clara sensação de paz e alegria à medida que o leite desce.

Em se tratando de fatores que podem influenciar a decisão de aleitar, pelos sentimentos que provocam, Rezende (1992), em sua dissertação de mestrado, entrevistando mães em uma creche governamental de um complexo hospitalar de ensino na cidade de São Paulo, identificou que as mães com grau de escolaridade mais elevado, convivendo com o pai da criança, na faixa etária por volta dos 30 anos e que trabalhavam na área de saúde amamentavam por maior período de tempo.

Conforme relatos de Freddi e Schubertz (1977), nem todas as mães sentem desejo de amamentar e/ou carregar seus filhos; porém, tudo isso poderá ser despertado à medida que a mãe começa a cuidar da criança. Lembrem que, para poder amar seu filho, a mãe necessita, neste período, de amparo emocional, de compreensão e de amor, tanto da parte de seus familiares como do pessoal que a assiste. E o recém-nascido tem necessidade de aconchego. Negar a ele o aconchego de sua mãe ou mesmo negar à criança mais velha o aconchego emocional de seus pais parece ser tão cruel como negar-lhe o alimento de que necessita (Miller, 1969). Considera o mesmo autor que o carinho e o afeto entre mãe e filho são estabelecidos durante a amamentação, sendo reforçados a cada mamada. Porém, é nosso pensamento que, já na gravidez, estes laços de carinho, afeto e ternura podem ser

estabelecidos e reforçados a cada dia após, o nascimento, a amamentação, o convívio diário e, enfim, o compartilhar da vida.

Freddi e Schubertz (1977), percebem também esta interação, iniciado no momento da concepção, bem como Maldonado (1982), que considera a intercomunicação da família como ponto de partida para o equilíbrio dinâmico da unidade familiar. Daí, não podemos dissociar família, mulher, criança e pessoas do convívio diário, uma vez que, inevitavelmente, irão interagir umas com as outras, visto que isto faz parte do processo de conviver.

Dowek (1983), ressalta o estado emocional da mãe influenciando, sobremaneira, no seu filho recém-nascido, quando diz que o bebê se vê no rosto da mãe, que sua expressão sorridente devolverá a imagem de um bebê que faz sorrir.

Waechter e Blake (1979), afirmam que a amamentação reforça e desperta o sentimento de maternidade e recria o relacionamento simbólico mãe-filho existente durante a gestação.

A atitude da mãe frente ao aleitamento natural é construída a partir de suas próprias experiências e, também, fantasias que, embora inconscientes, refletem nesta sua conduta.

Middlemore (1974), descreve que tanto as fantasias como as experiências têm fundamental importância no grau de facilidade com que alimentará a criança, como é o conhecimento que ela adquire, mais tarde, com leituras ou conselhos de pessoas mais experientes com as quais convive. Para a mesma autora, a primeira manifestação do instinto maternal para amamentar é regulada de diferentes formas nos distintos grupos e camadas sociais. Porém, o fato de estar presente o desejo de aleitar, não é garantia de êxito imediato e, quando as mulheres falham em sua prática, dão justificativas tais como: medo do leite fraco, receio de ter pouco leite, sensação de que sua força será extinguida. O fato é que toda e qualquer justificativa está na dependência da orientação social e pessoal do instinto materno.

Qualquer preconceito acerca da amamentação, nervosismo ou similar, prejudica a habilidade da mãe em manusear com seu bebê. Para esta psicanalista, o nervosismo parece ser o que mais interfere, negativamente, na prática da amamentação, tanto que torna uma mulher quase tão desajeitada e desconfiada como aquelas que já o são.

É importante que a mãe saiba que nenhum bebê mama correta e satisfatoriamente na primeira mamada, como mencionam Ziegel e Cranley (1985). Mãe e filho estão se habituando um com o outro, familiarizando-se com os seus jeitos próprios, porém, a mãe não deve sentir-se desanimada.

Observa-se, no entanto, que a despeito do valor atribuído ao leite materno e aos predicativos da amamentação como fenômeno biológico e suas inúmeras virtudes determinantes do desenvolvimento afetivo entre a mulher e seu filho, o aleitamento materno

apresenta hoje, as mesmas flutuações na sua prática, que tem apresentado ao longo da história, nas mais diversas sociedades.

O contrário parece-nos ter ocorrido quando Dix (1991) constata, em sua pesquisa nos Estados Unidos, que a orientação para os cuidados a saúde não foi considerada influência decisiva na opção pelo aleitamento materno.

Já para Carvalho et al (1985), as orientações fornecidas por obstetras, pediatras e pessoal de enfermagem influenciam significativamente na decisão da mãe amamentar ou não o seu recém-nascido. Estas orientações são essenciais e indispensáveis para o êxito do aleitamento natural, tornando-se fundamentais para o auxílio às mães.

Em pesquisas feitas por Middlemore (1974), com quarenta e duas mães nutrizes, desconforto, sensação de repuxamento dentro do seio, suspeitas acerca da qualidade do leite e da saúde do bebê, dor roedora, sensação de ter sua força tirada e de parecer estar sendo torcida são referidas pelas mães como aspectos do processo do aleitamento materno. Ao ser a amamentação instalada, dependendo das condições físicas e emocionais da mãe, esta sintomatologia paulatinamente, é abrandada. Para a autora acima citada, é neste instante que a atitude, o comportamento do bebê, especialmente quando colocado ao seio, ajudará muito para desenvolver a autoconfiança e auto estima na mãe.

Importante é lembrarmos, a fim de melhor entendermos e ajudarmos, que todos os bebês causam uma certa tensão às suas mães antes destas conseguirem colocá-los ao seio. Por isso está evidenciado que o manejo materno do bebê tem sua importância; uma mulher que não crê ser agradável, bom e gratificante amamentar pode sentir-se desajeitada e desconfiante para tal comportamento.

Muitas vezes, os motivos que levam uma mulher a desejar ou não amamentar não são sentidas nem percebidas, conscientemente e, daí, surgem razões como rejeição ao peito ou pouco leite.

As mudanças intrapsíquicas determinam, com evidência, o curso do aleitamento. Quando a mãe está ambivalente em relação a amamentar, ou não, poderá lançar mão dos chamados mecanismos sabotadores que, obviamente, criarão obstáculos para o aleitar, como por exemplo, promover uma demorada sucção, colocá-lo em posição desfavorável para mamar ou mesmo interromper sua sucção inadequadamente.

Ziegel e Cranley (1985) afirmam que, quando a mãe quer amamentar seu bebê, suas condições para tal precisam ser avaliadas, tanto físicas quanto emocionais. Então, quanto mais precocemente tiver início a amamentação, seja na sala de parto, na sala cirúrgica ou de recuperação, as chances de sucesso parecem aumentar. Reforçam que esta conduta quando

afirma que o aleitamento materno deve iniciar o mais precocemente possível, com o que Wade (1990), concorda, salientando, como igualmente indispensável, o aleitamento natural sob livre demanda.

Dix (1991), pesquisando mulheres que decidiram não amamentar, concluiu que 25% das 81 constituintes de sua amostra, cadastradas em um centro médico urbano dos Estados Unidos, decidiram não amamentar já na gestação e 41% optaram por não aleitar ao peito antes mesmo da concepção. Considera que o controle e os cuidados à saúde exercem uma mínima influência. Lista ainda, como fatores que realmente influenciam: atitudes negativas frente ao aleitamento materno, responsabilidades a serem assumidas (conflitos), experiências negativas com o aleitar, problemas de saúde e razões médicas, não especificando quais sejam.

Jacobson e Jacobson (1991) referem a maturidade do ego como um dos fatores mais fortes para a opção do aleitar, seguida das informações recebidas dos profissionais da saúde.

Na opinião de Pryor (1981), a conotação sexual dada aos seios talvez seja o principal fator desencadeante de conflitos nas nutrizes, pois, como órgãos sexuais, não podem ser exibidos publicamente, mas sim, e somente, compartilhados e vistos pelo seu companheiro. É partidária da idéia de que uma mulher neurótica pode ter um sentimento de repulsa ao ouvir a simples palavra “sucção”. Do mesmo modo, um homem neurótico pode sentir-se extremamente enciumado, rejeitando a idéia de ver seu filho mamando no peito de sua mulher. Tal literatura nos revela que uma mulher voltada, culturalmente, para seus aspectos femininos, não biológicos, com certeza condenará a amamentação, tanto para seu filho como para outros bebês, pois os padrões estéticos passam a ser prioritários.

Para Jacobson & Jacobson (1991), os sentimentos da mulher e dos seus familiares são, sem dúvida, os maiores influenciadores nos métodos de alimentação.

No que se refere aos laços de amor que envolvem a amamentação, Pryor (1981) é enfática quando diz que muitas mães amamentam, e mantém este firme propósito, apesar das críticas hostis, da orientação para a introdução precoce de alimentos, das dores, do desconforto, das expressões de desaprovação, das depressões, da volta ao trabalho e/ou estudo. Tais mães, para a autora, são dotadas de uma coragem e devoção incríveis e esta força do sentimento, esta determinação, não é decorrente de culpa, neurose, muito menos medo de fracassar como mães. Tampouco é egoísmo teimoso, que enfrenta a sabedoria dos mais velhos, dos médicos e dos mais experientes. É amor, o curto mas intenso amor da dupla de amamentação.

Maldonado (1982) afirma que a amamentação é influenciada pelo ambiente onde vivem a mãe e o filho: se hostil, calmo, amoroso, conflitante, regado à crenças e críticas interferindo

na qualidade do processo de amamentar, uma vez que a interação entre a mãe e o filho, na alimentação, é o primeiro e talvez mais crítico evento social na vida de um bebê.

Dowek (1983), enfatiza que o importante é que a relação entre ambos seja humana e versátil, e que a tranqüilidade materna não seja confundida com apatia. Para esta psicóloga numa boa relação, há momentos em que a mãe está mais sorridente, descansada, paciente e dos outros, menos. A partir disto, a criança igualmente far-se-á versátil e humanizada. Por isso, em nosso entendimento, nem sempre devemos esperar encontrar a mãe, neste caso nutriz, sorridente, alegre, satisfeita e bem disposta, como se tudo o que girasse em torno de si e do seu filho fosse permeado somente por momentos e sentimentos prazerosos, tanto para ela como para seu recém nascido.

Para Gomes e Sand (1993), a manutenção da amamentação depende da motivação da mulher em amamentar e enfatiza a importância de estimular aquelas que desejam amamentar, para que tenham maior chance de êxito.

Campestrini (1983), considera que o conhecimento e o sentimento da mãe em relação ao aleitamento natural contribuirá para o seu sucesso, muito mais do que sua habilidade amamentar e a de seu bebê para sugar.

Ziegel e Cranley (1980) e Waechter e Blake (1979), são enfáticos, quando afirmam que a influência psíquica é extremamente importante na produção de leite materno, especialmente a serenidade emocional e a ausência de preocupação. Mesmo assim, no cotidiano com e como nutriz, percebemos que é difícil, por vezes, estarem tranqüilas, confiantes e sem preocupações, apenas felizes e seguras frente a esta fase de suas vidas.

Para Maldonado (1982), é cada vez mais claro que o êxito da amamentação está na dependência das emoções da nutriz e do comportamento das pessoas que a cercam. Complementando, Souza (1978) enfatiza que, quanto mais precocemente a mãe demonstra o desejo de amamentar, maior índice de sucesso podemos esperar. Para tanto, é imprescindível que a mãe aprenda a aceitar a quebra do vínculo que possuía com seu filho, por ocasião do corte do cordão umbilical.

Quando uma mãe almeja amamentar seu filho, como vimos nas experiências feitas por Kempe ; Sikver e O'Brien (1986), seu êxito ou fracasso está na dependência das informações concretas, apoio técnico e emocional, tanto dos profissionais envolvidos como de seus familiares (Dix, 1991). E, é claro, todos eles com suas crenças, fantasias, sentimentos e consciência crítica do seu papel junto a esta mãe. O mesmo autor considera importante, para a autoconfiança da mãe, que saiba que muito poucas mulheres são incapazes de amamentar seus

bebês e que quando estes estiverem comprovadamente insatisfeitos, com certeza, o problema está na quantidade do leite, nunca em sua qualidade.

Enquanto amamenta, entre tantos sentimentos que podem aflorar na mãe, encontramos a angústia, justificada quando o bebê não sente fome e é colocado ao peito porque chora, mas não tem vontade de sugar, não “abocanhando” o mamilo. Com isso, a mãe entra em conflito pela falta de desejo de sucção do bebê e suas interrogações acerca de sua capacidade de amamentar.

Entre outros fatores que podem originar sentimentos e emoções, diversas preocupações com a nova vida, cansaço, medo, dor, tristeza, ansiedade, todos eles interferindo, sem dúvida, no processo de descida do leite (Harnack, 1980). Com isso, o bebê tem menor quantidade de leite disponível, chora e a mãe entra em pânico. Para Miller (1969), se as mães estão tensas e rígidas, obviamente, as crianças ficarão desconfortáveis. Se os bebês estiverem à vontade, e suas mães seguras e tranquilas, o aleitar será gratificante para ambos tanto em termos de afeto, saciedade, contato pele-a-pele, entre outros. Uma mãe tensa e nervosa pode tornar seu filho tão tenso, a ponto das mamadas tomarem-se extremamente difíceis. Uma mãe experiente e descontraída conseguirá acalmar seu bebê, assim como a satisfação do seu pai, certamente, será um apoio em prol da amamentação. Isto prova que o contágio emocional funciona a favor da mãe, do bebê, do pai e dos que com eles convivem e apostam no sucesso do processo de amamentação.

Rezende (1989), complementa, quando refere que há evidências de que uma experiência bem sucedida em aleitamento natural está na dependência do equilíbrio psicológico desta dupla, mãe e recém-nascido.

Consultando Souza (1978), encontramos referências a respeito dos sentimentos das mães que não puderam ou não quiseram amamentar seus filhos, ficando com a sensação de que não cumpriram seu papel, questionando-se, no crescimento e desenvolvimento de seus bebês, o que poderá gerar certo grau de insegurança frente ao seu papel de mãe.

Por esta razão não devemos criticar uma mãe porque não pode, não quis amamentar ou o fez por um curto espaço de tempo. Na nossa percepção, ela è, igualmente, mãe.

Para Miller (1969), mães que amamentam com êxito, certamente, têm um sentimento grande de satisfação, adequação e realização e, conforme Middlemore (1974), para que este êxito ocorra é imprescindível que a mãe tenha prazer em seu papel de nutriz.

Fagundes (1987), refere que muitas mulheres, uma vez bem sucedidas na arte de nutrir ao seio, expressam o sentimento de ter sua feminilidade complementada e, para Harnack

(1980), esta mulher sente prazer e satisfação em amamentar, apesar de algumas delas não admitirem tal prazer, por sua cultura repressora (Martins Filho, 1987).

Para Nobrega e Francenely (1983), o modo como a mãe coloca seu bebê no peito, bem como o prazer que sente ao amamentar, são ímpares contribuintes para o êxito da amamentação.

Segundo Varela (1983), as mães podem se sentir felizes ao aleitar seus filhos, uma vez que tornam-se muito próximos um do outro, olhando-se nos olhos, além da satisfação de oferecer-lhes algo de si. A sensação de prazer pode acompanhar as nutrizes e, para muitas delas, a hora de aleitar passa a ser um momento de pausa para a calma e o relaxamento de suas atividades diárias. Harnack (1980), ainda afirma que amamentar, além de dar satisfação à mãe, geralmente, após duas semanas toma-se um prazer para a nutriz, com exceção dos casos em que esta o faça contrariada.

O sentir-se segura, da mesma forma, enquadra-se em um tipo de sentimento da nutriz, mesmo quando não recebeu esclarecimentos ou desenvolver motivação para amamentar. Isto é comprovado, de acordo com relatos de Varela (1983), quando a mãe percebe que tem leite, tendo aprendido as manobras de extração e ao ver a sua descida, a medida que seu filho começa a sugar.

Motta (1990), em seus relatos, chama atenção para a “dualidade funcional” das mamas, que podem originar sentimentos conflitantes para o casal. Carvalho, citado por Fagundes (1987), ainda complementa quando diz que o êxito do aleitamento natural é altamente provável quando o marido ou companheiro é favorável à esta prática.

É certo que há uma dissociação profunda entre maternidade e sexo, seios como símbolos sexuais (Nóbrega, 1989) em contraposição com amamentação vista como algo “puro”, totalmente destituído de sensualidade, podendo a nutriz deixar de lado os seios como fonte de prazer erótico, empobrecendo sua sexualidade.

Martins Filho (1987) também ressalta a importância dada, por muitas mulheres, à estética dos seios.

A mulher pode tomar-se confusa com relação à dupla conotação dada aos seios.

Miller (1969) e Richards (1981) atribuem tal sentimento à própria cultura, e Nóbrega (1989), aos “hábitos sociais” que fazem distinção entre os sentimentos sexuais e o amor e entre o amor de pais e filhos. Da mesma forma, a mãe pode entrar em conflito quando se dedica, exclusivamente, aos cuidados com seu filho recém-nascido, relegando ao segundo plano seu relacionamento íntimo com seu companheiro.

Reforçando a importância que algumas mulheres dão à manutenção de um corpo ideal, segundo estudo realizado por Gonzalez et al. (1993), comparando crenças, atitudes e práticas de 10 mulheres grávidas que freqüentaram as consultas pré-natais em uma maternidade de Santo Domingo quando, entre outras variáveis, foi encontrado um índice de 2% de futuras mães que já haviam decidido não amamentar, para não perder “la figura”.

Conforme Pryor (1981), certos homens, arraigados em sua criação, entram em conflito acerca de quem é “proprietário” dos seios de sua mulher, agora também nutriz, se ele ou seu filho, parecendo, em nosso entendimento, que um “disputa” a mãe com o outro, o que, em princípio, não tem razão de ser.

Este sentimento é reforçado quando os próprios profissionais da área da saúde advertem contra os perigos de uma infecção, caso os maridos ou companheiros toquem ou beijem os seios de suas mulheres enquanto aleitam.

Badinter (1985), faz as mesmas alusões ao enfoque dado pelos maridos ou companheiros, reforçados pelos médicos, quando lembravam as chances de infecções e afirma, que isto é “um verdadeiro remédio contra o amor”.

É importante que o casal tenha esclarecimento e consciência de que podem ter tanta liberdade com o corpo um do outro, como em qualquer fase do seu relacionamento. Devem ser sabedores que o aparecimento de um pouco de leite, durante seus momentos de intimidade, não indica nenhuma anormalidade, tampouco trará malefício ao bebê e à saúde de sua mulher, muito pelo contrário.

Assim, consideramos que os sentimentos de uma nutriz estão na dependência de tudo o que acontece a sua volta, com as pessoas que estão ao seu redor. Provavelmente, um pai não ficará indiferente ao choro do seu filho ou desconforto de sua mulher; uma avó ficará preocupada com a satisfação do seu neto e um irmão ficará curioso para ver seu irmão mais novo se desenvolver.

Estudos comprovam, como nos mostra Freed e Fraley (1993), que é extremamente importante a participação dos pais dos bebês na promoção do aleitamento natural, uma vez que o fato de uma mulher perceber que o marido tem uma atitude negativa a este respeito pode torná-la desencorajada. Isto foi vivenciado pelo autor quando acompanhou 268 gestantes e os pais, em 5 hospitais privados de Houston. Para ele, o gostar ou não que sua mulher amamente altera o método alimentar escolhido pela mãe. Destas gestantes questionadas, vale ressaltar que 80% eram de cor branca, 95% casadas, 70% planejavam amamentar e 68% sentiam que o pai do bebê queria que elas amentassem.

Vinha (1983), reforça esta constatação, quando diz que cabe a nós, mulheres, a tarefa de conscientizar os homens, desde a mais tenra idade, de que os seios, patrimônios intransferíveis, a não ser de mãe para filha, não são apenas objetos de prazer mas, fundamentalmente, fonte produtora de alimento gerador de satisfação física e psíquica de uma criança.

A literatura sobre as questões da amamentação indica que as variáveis que influenciam tanto o desmame como a persistência das mulheres em manter o aleitamento materno são múltiplas. Duckett et al. (1993) salientam que as pesquisas em geral estudam algumas variáveis da experiência da amamentação, não trazendo muitos avanços na clarificação dessas questões. Recomendam que se utilizem nesses estudos de modelos teóricos para guiar a análise das variáveis estudadas e assim obtermos melhor visão da questão do aleitamento materno. Da mesma forma, em relação a amamentação, afirmam que os estudos apontam existir um significado encoberto para as mães, o qual ainda não foi percebido e que pode direcionar as decisões delas quanto ao amamentar.

Bottorff (1990), afirma que decidir por amamentar implica em embrenhar rumo ao desconhecido. A mulher estabelece metas, planeja, mas as decisões só serão definidas quando ela se vê na situação de amamentar. Na presença do filho e no ato de amamentar, a mulher passa a experienciar seu mundo de uma nova maneira.

1.4 Incentivo à prática do Aleitamento Materno

A mulher, na prática do aleitamento natural, tem sido tema de encontros e pesquisas bem como temas de dissertações de mestrado, como podemos constatar em trabalhos de Santos (1993), quando acompanhou puérperas à domicílio, em sua experiência de aleitar ao peito.

No que se refere a trabalhos publicados, encontramos abordagens acerca da contradição vivida hoje pela mulher que amamenta. Araújo (1992), trata deste tema em sua dissertação de mestrado: “Querer/Poder amamentar: uma questão de representação”, quando constatou que, mesmo considerando o aleitamento materno importante, existe uma ambivalência entre querer e poder amamentar, fazendo com que as mulheres sintam-se perdidas, sem contar que influi, também e de modo significativo, na idéia de um corpo ideal pela mídia, tanto para a mãe como para o seu filho.

Em relatos de Rezende (1989), em se tratando de pesquisas e depoimentos acerca do aleitamento natural, são descritas percepções como agressivo, animal, anacrônico, imoral, espontâneo (natural), indispensável, digno de admiração e respeito, entre tantas outras expressões.

Silva (1994), em sua tese de doutorado, abordou dois aspectos: primeiro, a avaliação da mulher sobre sua capacidade para amamentar e, segundo, a mulher avaliando os seus sentimentos, cujo fenômeno central, representativo do processo, denominou-se “Pesando Riscos e Benefícios”, salienta ainda, os elementos que fornecem as diretrizes para a relação do ato de amamentar e os diversos símbolos significativos explicitados nas situações de interação vivenciadas pela mulher.

Dias (1996), desenvolveu em sua dissertação de mestrado, o tema centrado em “os sentimentos expressos pela mulher durante a amamentação”, procurando descrever os sentimentos das mulheres, no segundo dia pós-parto, sobre os cuidados na amamentação.

Recentemente, Lemos (1994), estudou a representação social da gestante em seu contexto familiar, mostrando que há representações significativas sobre o ciclo grávido puerperal, principalmente em relação as questões do corpo e as mudanças que nele ocorrem. Isto é importante para relacionar á questão das mamas durante o aleitamento que, no imaginário social, comportam símbolos e representações.

Da mesma forma, pelas leituras que realizamos, percebemos que muitos estudos ainda devem ser feitos, na área da enfermagem, especialmente no que diz respeito á atuação do enfermeiro no processo do aleitamento.

Objetivando sua dissertação de mestrado, na Escola de Enfermagem da USP, Koch (1979), acompanhou 150 nutrízes, primíparas, no segundo dia pós-parto, tanto normal quanto cirúrgico, com o propósito de identificar seus conhecimentos sobre os cuidados na amamentação. A autora verificou que 60,6% delas receberam informações a respeito da importância bem como cuidados acerca da alimentação natural, informações estas fornecidas, em sua maioria, por pessoal da área da saúde, em serviços de saúde, sendo 53,6% durante a gravidez. Na leitura deste texto, não percebemos até quando e como evoluiu o aleitamento natural.

Com o intuito de avaliar as atividades de incentivo ao aleitamento materno, a fim de subsidiar sua manutenção, reformulação ou evolução de novas atividades, Tavares (1988), acompanhou 110 profissionais e ocupacionais e 258 mães presentes nas unidades de saúde visitadas pertencentes à Secretaria de Estado de saúde de Mato Grosso. Analisando os dados encontrados, considerou clara a falta de conhecimento dos entrevistados acerca do Programa

Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, acompanhada da insatisfação dos profissionais e ocupacionais quanto as atividades desenvolvidas e que estas ainda não estavam influenciando na duração do aleitamento das mães entrevistadas.

Serafim (1994), acompanhou 100 pais de crianças na faixa etária compreendida entre um e doze meses, que estavam sendo ou haviam sido alimentadas ao peito. A autora considerou, para a sua amostra, os pais presentes no Ambulatório de Pediatria da Escola Paulista de Medicina, no município de São Paulo, concluindo que a importância do aleitamento natural é reconhecida pelos pais porém, precisam ser melhor esclarecidos sobre o tema e motivados a participarem deste processo.

Para Wade (1990), o conhecimento dos problemas comuns que podem surgir durante a lactação, por parte dos profissionais da área da saúde, é um dos fatores que contribuem para o êxito da amamentação.

No nosso entendimento, parece haver a necessidade de um aprofundamento, tanto no tocante ao preparo e incentivo ao aleitamento natural como, também, no que diz respeito aos estudos realizados, considerando a literatura consultada, no sentido de conhecer a trajetória da amamentação, ou seja, como a gestante foi preparada e como desempenhou a função de aleitar, considerando as referências oriundas dos autores supra citados.

Martins Filho (1987), afirma que, nos últimos tempos, a lactação tem se tornado tema freqüente em Congressos Médicos e de Enfermagem. Para ele, o próprio pessoal da saúde, por desconhecimento acerca da necessidade, não estimulava a lactação. E, também, os próprios cursos de enfermagem, medicina e nutrição, apenas recentemente, têm se preocupado com esta divulgação.

Cassiani (1989), enfatiza a necessidade de serem elaborados e divulgados programas de educação continua para mães, trabalhadores, escolares e profissionais da saúde visando a conscientização do aleitamento natural como prioridade da saúde infantil.

Para Tavares (1988), é evidente a necessidade da reformulação do programa em nível regional bem como o treinamento dos recursos humanos a fim de que possa ser atingido o objetivo maior de incentivar ao aleitamento materno, com o que Martins Filho (1987) concorda.

No 46º Congresso Brasileiro de Enfermagem, realizado em Porto Alegre, em 1994, Devitis e Stringari (1994), apresentaram um trabalho realizado em uma instituição privada de Jundiaí, SP, com gestantes a partir do quarto mês, tendo comprovado que um trabalho educativo, desenvolvido por profissionais de enfermagem, medicina e nutrição, embasado em uma assistência qualificada, privilegia a promoção e proteção do aleitamento materno entre as

mulheres. Isto é relevante, tendo em vista que muitas mães iniciam a lactação sentindo medo de fracassar por desconhecer as intercorrências comuns e superáveis desta fase, quem sabe consequência de um acompanhamento pré-natal pouco incentivador da amamentação.

Lauffer (1990), enfatiza a inevitável passagem de gestante à mãe, atribuindo ao enfermeiro a importância de orientar, com antecipação, as parturientes sob seus cuidados, a respeito das etapas deste processo. Para o autor, as condições difíceis do parto, especialmente em se tratando de uma futura mãe despreparada podem favorecer o surgimento de dificuldades para assumir o seu próprio papel de mãe. Então, o trabalho parturitivo poderá acarretar sentimentos de frustração, ansiedade, desgosto, desilusão.

Reforçando este pensamento, Arriera (1990), ressalta a falta de motivação dos profissionais da saúde que tratam da gestante da mãe e da criança, especialmente nos primeiros meses de vida, com relação à promoção do aleitamento natural, podendo concorrer para o insucesso do amamentar, como o desmame precoce.

Cassiani (1989), afirma a importância dos profissionais da área da saúde unirem-se com grupos de mulheres em prol do resgate do aleitar ao peito.

Para Carvalho (1985), poucos são os profissionais da área da saúde capazes de atuar, efetivamente, na área do preparo e estímulo para o aleitamento natural.

Para Ziegel e Cranley (1980), mesmo frente a ambivalência, a mãe pode e deve, freqüentemente, ser encorajada. Para a autora, as mães são carentes de informações necessitando apoio dos profissionais envolvidos com o aleitamento natural, como exemplifica Trigo e Roncada (1990), através de atividades educativas com vistas ao sucesso do aleitamento materno.

Devemos orientar a mãe a respeito do mecanismo de descida do leite, a fim de que não se sinta desanimada, tampouco inferiorizada, por não estar “cheia de leite”, como talvez outra colega nutriz. É importante que saiba que, até por dois a três dias após o parto, pode estar aguardando a descida do leite.

Trigo e Roncada (1990), investigaram os conhecimentos, as práticas e os tabus sobre aleitamento materno no município de Marabá, no Pará, com 112 mães da área suburbana daquele município. Apesar de 2/3 dessas mães terem aleitado seus filhos até os 6 meses de vida, a grande totalidade delas considerou que amamentar “fazia bem”, porém o leite mais indicado foi o leite em pó. Nesse trabalho, não existem informações, se a amamentação ocorreu sob livre demanda ou quantas vezes ao dia as crianças eram aleitadas. Igualmente, não foi, no nosso entendimento, claramente explicitado, quem considerou o leite em pó o mais indicado. Com isso, as autoras concluíram que há uma necessidade de desenvolver atividades

educativas com relação à alimentação e nutrição durante o pré-natal, prevenindo agravos na saúde das mães e de seus filhos.

Com a percepção da situação da saúde infantil e com o intuito de reverter este processo de predomínio da alimentação do lactente por leite industrializado, foram feitos estudos e campanhas que procuraram estabelecer estratégias para demonstrar a importância do aleitamento materno e promover a manutenção de sua prática.

Em 1974, na 27ª Assembléia da OMS, foi feito o alerta aos países membros sobre a situação do declínio da prática do aleitamento materno e suas conseqüências nas várias regiões do mundo, apontando entre as causas a influência dos fatores sócio-culturais e a divulgação dos alimentos infantis industrializados (Organizacion Mundial De La Salud, 1974).

No entanto, só em 1980, na 33ª Assembléia Mundial de Saúde, países membros adotaram as recomendações da Reunião Conjunta da Organização Mundial da Saúde e Fundo das Nações Unidas para a Infância sobre a alimentação para lactentes e crianças na fase da primeira infância. Esta assembléia, destacou a necessidade do estímulo, fomento e apoio às práticas do aleitamento materno, assim como a promoção da saúde das mulheres em fase de amamentação. Considerou, ainda, a necessidade de estabelecer critérios para subsidiar a legislação dos governos sobre os alimentos infantis industrializados produzidos no próprio país ou importados. Dessa forma, nesta reunião, decidiu-se elaborar um código internacional de comercialização dos alimentos infantis, que foi apresentado, posteriormente, na 34ª Assembléia Mundial de Saúde em 1981, que regulamentava a comercialização e distribuição dos alimentos substitutos do leite materno (Organizacion Mundial De La Salud, 1980; Organizacion Mundial De La Salud, 1981).

No Brasil, a partir de 1981, o Governo Federal deu início à implantação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno através do INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO em convênio com a UNICEF (Brasil, 1982). As estratégias deste programa visavam a execução de atividades de educação e treinamento de profissionais da saúde, reorganização dos serviços de atendimento da mulher e do lactente, controle da publicidade e distribuição dos alimentos infantis industrializados e legislação específica sobre o trabalho da mulher.

Alguns trabalhos desenvolvidos nas décadas de 70 e 80 procuraram retratar o perfil do aleitamento materno em nosso meio. Apesar destes trabalhos apresentarem diferenças metodológicas, e em alguns casos não ser possível estabelecer uma comparação entre os resultados, eles traduzem a situação da época em relação à prática do amamentar.

No período entre 1973-74 realizou-se uma pesquisa a partir de amostra de quinhentas crianças de seis a sessenta meses de idade, moradoras no município de São Paulo, com o objetivo de estimar a proporção de crianças que eram amamentadas. Este estudo revelou que 35,6% eram amamentadas por três meses ou mais, sendo que a duração mediana da amamentação correspondia a 28 dias (Sigulen e Tudisco, 1980). Um segundo estudo, realizado em 1981 com crianças de até oito meses de idade, no município de São Paulo, constatou-se que 36,5% das crianças recebiam aleitamento materno exclusivo até o primeiro mês de vida, enquanto que apenas 7,2% das crianças eram amamentadas exclusivamente aos dois meses de idade, sendo a duração média do aleitamento materno de 43,9 dias (Berquó et al., 1984).

Considerando os ditames científicos de que a criança deve ser amamentada pelo menos até os seis meses de idade, observa-se que em ambos os estudos, os resultados retratam uma situação na qual a duração da amamentação, caracteriza o desmame precoce dessa população.

Outro estudo, realizado por Monteiro (1988), revela que no período de 1984-85, no município de São Paulo, 57,1% das crianças recebiam leite materno exclusivamente e esse número decrescia para 21,4% aos dois meses de vida. Este resultado denota discreto aumento nas cifras de prevalência do aleitamento materno, em relação ao dados anteriores apresentados, sem no entanto ter sido identificada a origem dessa discreta tendência de mudança de comportamento quanto a duração da amamentação.

Muitos outros estudos poderiam ser aqui analisados na tentativa de estabelecer o perfil da situação da amamentação ao longa das últimas décadas. No entanto, o importante é salientar que, praticamente 20 anos após o início dos movimentos pró aleitamento materno, embora algumas pesquisas demonstrem uma discreta tendência ao retorno da prática do amamentar, não é possível negar que a situação da amamentação ainda está longe daquela considerada ideal, principalmente nos grandes centros urbanos de países como o Brasil (Brasil, 1992; Bittencourt et al., 1993; Moncan et al., 1993).

As campanhas de incentivo ao aleitamento materno proclamam a amamentação como uma forma natural da mãe alimentar seu filho e caracterizam essa prática, como sendo uma resposta biológica e instintiva, motivada pelo amor materno.

A ideologia, contida nas campanhas de incentivo ao aleitamento materno, coloca a mãe como responsável pela amamentação e pelas supostas conseqüências da sua ausência na saúde tanto física, como emocional da criança, reduzindo as questões sociais extremamente problemáticas que enfrentamos a questões individuais, jogando sua solução e

responsabilidade para a mulher, de forma opressiva e violenta, mesmo que sutil e disfarçada (Mota, 1990).

As mensagens dirigidas às mulheres, no que diz respeito ao valor e importância da amamentação, têm uma abordagem superficial, apelativa para os sentimentos e instintos maternos, não parecendo atender ou respeitar as necessidades da mulher. Considerando, principalmente, que a mensagem é única e tenta atingir mulheres de diferentes classes sociais que apresentam sua especificidade nas várias dimensões para decodificá-la.

Seria necessário uma revisão das estratégias adotadas pelo Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno no que diz respeito, principalmente, ao conteúdo e a difusão de mensagens educativas que, possivelmente não sejam as mais apropriadas para a população menos privilegiada (Bezerra, 1985; Monteiro, 1988).

As campanhas, de um modo geral, deixam transparecer a preocupação da sociedade em beneficiar o recém-nascido, trazendo em seu bojo a obrigatoriedade da mãe amamentar. Não são abordadas as possíveis intercorrências e as dificuldades da amamentação, salientando-se apenas a sua importância biológica e emocional para a mãe e principalmente, para o recém-nascido. Isso, a nosso ver, não constitui, em absoluto, na garantia para o sucesso da amamentação. Segundo Zurayk; Shedid (1981), a promoção do uso do leite humano dá muita atenção para o recém-nascido e nenhuma atenção à necessidade materna.

2 METODOLOGIA

2.1 O processo educativo e a prática profissional da enfermagem

Num quadro de grandes mudanças e insatisfações que, conseqüentemente, levam a um repensar, no contexto político e sócio-econômico, da problemática da saúde, da organização dos serviços de saúde, do conhecimento científico e tecnológico da enfermagem, bem como, do desenvolvimento do processo educativo de formação profissional, a enfermeira tem um papel importante a desempenhar.

Segundo Mendes (1996), a enfermagem tem demonstrado estar tomando consciência, quanto à necessidade de analisar sua prática à luz da realidade em que se insere e não mais circunscrita apenas aos aspectos técnico-administrativos, da profissão.

Para tal, faz-se necessário o desenvolvimento de uma enfermagem mais dinâmica e humana, no sentido de tornar o processo educativo mais crítico e de proporcionar mudanças para responder às reais necessidades de saúde no país.

A mesma autora, descreve que, ainda, na enfermagem brasileira existem contrastes entre os modelos tradicionais e os inovadores da prática profissional e questiona a prática técnico-científica acrítica, descomprometida frente às contradições e demais práticas sociais. As enfermeiras brasileiras possuem visões conflitantes sobre a profissão, enquanto prática social ou exercício de atividades técnico-científicas, visões estas que determinam as vocações de generalista e especialista, expressas na formação profissional. Atribui à prática social do enfermeiro um caráter reprodutor das relações de trabalho, seguindo os modelos existentes, frente às transformações de ordem política, econômica e cultural.

Lopes (1988) ressalta que a enfermagem representa o maior contingente de trabalhadores de saúde e, no entanto, ocupa uma posição secundária. Ainda afirma que as escolas inculcem em seus alunos a face da enfermagem sempre boa, nobre, sagrada, respeitada, abençoada; a despeito da realidade teimar em apresentar uma face concreta e contraditória, problemática, desvalorizada e explorada. A educação não ocorre, enquanto ato de mudança e transformação, mas sim se perpetua enquanto domesticação ou puro adestramento, servem assim como legitimadores de uma condição subalterna e representam importante papel na produção e reprodução da ideologia dominante.

Para Nunes (1980) é altamente positiva a tentativa de inovar e criar diferentes modalidades de ensino e serviço, pois quem deve determinar a prática e a formação de recursos humanos é a situação concreta, diferente e específica a cada realidade.

A origem do esforço educativo se encontra no fato de que, por razões diversas, achamos que nosso estado atual, em termos de conhecimentos, valores, atitudes e habilidades, é insatisfatório. Insatisfatório porque não nos permite alcançar nossos próprios objetivos ou os objetivos de nossa sociedade, nossa instituição ou nossa família consideram que deveríamos tentar conseguir.

Na enfermagem, trabalho e conhecimento tem afinação e constróem significados. A história do ensino-aprendizagem de enfermagem nunca esteve descolado do mundo do trabalho em serviços de saúde, mesmo em estágios prévios à profissionalização (Dias, 1996).

No caso do incentivo à prática do aleitamento materno é necessário considerar que a puérpera vivencia a sua prática/experiência. O entrelaçamento da puérpera no mundo de sua vivência ilumina uma realidade tão concreta que se sobrepõe à outros tipos de discursos teóricos.

O desafio metodológico neste processo de educação é encontrar o caminho de ensinar a pensar, criticamente, o mundo já olhado, tantas vezes e nem sempre, percebido como um mundo de infinitas questões em aberto (Dias, 1996).

A imagem de que todas as puérperas têm algum conhecimento anterior sobre a prática do aleitar, experienciado seja em poucos minutos, dias ou anos, indica que este conhecimento, precisa ser valorizado, despertado, contribuindo para uma opção de alimentação de seu filho de forma consciente, crítica e questionadora.

2.2 A opção por uma Metodologia Problematicadora

Para construção deste estudo, centrado nas relações representadas pelas mulheres nutrizas, utilizando as estratégias da metodologia problematicadora de Bordenave (1982), faz-se necessário uma explicitação do referencial pedagógico a ser utilizado.

Gonzaga (1994), cita Paulo Freire como precursor de um processo pedagógico libertador. Libertador porque o conhecer é cognoscível e implica também em consciência crítica deste. Na medida em que as nutrizas criticizam (a realidade), libertam-se na transformação e construção de si mesmas e do mundo; pedagógico, porque estabelece a

educação como o processo possível ao partilhamento do conhecimento vivenciado com o mundo e do mundo entre os homens, não só pela troca objetivada do conhecer o cognoscível, mas também pela transcendência que este conhecer permite.

Para Freire (1991) o diálogo é uma exigência existencial, é o encontro em que se solidarizam o refletir e o agir de seus sujeitos endereçados no mundo a ser transformado.

Na utilização do referencial pedagógico o diálogo não é só palavra dita, mas palavra-ação, na medida em que sua essência é a própria expressão da práxis transformadora das mulheres e com elas, do mundo.

Como educador, Freire é um pensador comprometido com a vida, pensa a existência, não pensa idéias. Busca retotalizar-se como prática de liberdade. Não delimita o processo educativo ao ato de vincular no educando o conhecimento sistemático do educador. Este ato é concebido por ele como de educação tradicional, da qual o educando é objeto passivo, receptáculo vazio, carente do saber.

Em contraposição ao modelo tradicional, Paulo Freire propõe uma educação problematizadora, na qual o educador não é o que apenas educa, mas o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educa. O educador, nesta concepção, é o sujeito que: "... educa, sabe, pensa, disciplina, opta e prescreve sua opção" (Gonzaga, 1994).

Gonzaga (1994), afirma que, Paulo Freire procura mostrar o papel político que a educação pode vir a desempenhar - e desempenha - sempre - na construção de uma outra sociedade, a sociedade aberta, esta construção entretanto, não poderá ser conduzida pelas elites dominantes, incapazes de oferecer as bases de uma política de reformas, mas apenas pelas massas populares, que são a única forma capaz de operar mudança. Paulo Freire evidencia, nesta sociedade de diferenças, os que oprimem e os que são oprimidos. Propõe sua pedagogia aos que são oprimidos, como itinerário em busca da consciência de classe oprimida que "hospeda" em si a consciência do opressor. Mediante a educação problematizadora, busca a transformação dessa realidade, através da consciência articulada com a práxis desafiadora e transformadora, ... não prescindindo a essa consciência o diálogo crítico, a fala, a vivência (Gadotti et al, 1995).

A construção da sua teoria de prática pedagógica libertadora, remete-nos a uma imagem na qual a relação pedagógica se dá na interação entre o sujeito cognoscente, o objeto cognoscível e o educador. Numa relação em que o educador não é uma mera interposição entre sujeito e objeto, mas uma relação tríplice de mão dupla entre educador/sujeito, educador/objeto e sujeito/objeto.

Originário das fontes culturais e históricas dos indivíduos, o itinerário de Paulo Freire, prevê, assim, o papel do educador como um re-inventor e inventor constante e, os sujeitos, criadores e re-criadores do objeto a ser desvelado e transformado.

Nesta relação o educando e o educador se remetem à problematização do objeto na tentativa de sua análise e transformação (Gonzaga, 1994).

Bordenave, um especialista em Comunicação e Educação, com vasta experiência em educação de adultos, voltada para o trabalho e para a prática, ressalta em todos os momentos a importância do aprendizado pela descoberta, contribuindo para o crescimento do ser humano como um todo. Desenvolveu um método de ensino-aprendizagem utilizando o referencial de Paulo Freire, a que denominou de metodologia problematizadora.

Nasceu no Paraguai, formando-se em Agronomia na Argentina, fez mestrado em Jornalismo Agrícola pela Universidade de Wisconsin, USA e Doutorado em Comunicação na Universidade do Estado de Michigan.

Como educador, critica a simples transferência do conhecimento feita por métodos não reflexivos, evidenciando sua superficialidade e baixa retenção do conhecimento. Seu enfoque centra-se nas modalidades “ensinar-aprender-ensinar”, deixando flexível a escolha em função dos objetivos que se quer atingir.

O referencial proposto, a pedagogia problematizadora, pressupõe uma reconstrução da prática assistencial por mim experienciada.

No tema que desenvolvo, proponho uma prática relacionada ao aleitamento materno, desenvolvendo nas puérperas, o senso crítico, uma prática consciente, de livre decisão.

A escolha da pedagogia problematizadora como referencial para a prática assistencial, deu-se principalmente, porque a mesma oferece a oportunidade de desenvolver uma prática de aleitar de forma consciente.

Meu maior desafio é como fazer com que as mulheres nutrizas, com um certo repertório de conhecimentos, valores/atitudes, comportamentos e habilidades, avaliem esse repertório e alcancem um estado satisfatório, em relação aos seus próprios objetivos pessoais e aos objetivos da sociedade em que vivem.

A opção por uma metodologia problematizadora indica um outro modo de pensar para decidir. Isto inclui entender o porquê do problema ou as bases científicas de um assunto e a sua teorização (Bordenave, 1986).

Como nosso objeto de estudo está centrado na mulher e sendo esta a conhecedora do seu próprio corpo, esta metodologia implica em interlocução, ou seja, favorecer por meio de um processo de interação (enfermeira/mulher), durante as atividades assistenciais de

enfermagem, num ambiente propício ao diálogo, encorajando-a a fazer perguntas e a questionar suas dúvidas.

Essa metodologia não se resume em apenas expor, repassar conhecimentos do profissional enfermeiro para a puérpera, significa trocar experiências, aprender os comos e os porquês do amamentar, durante a vivência da própria experiência.

Vários pedagogos descrevem que a aprendizagem uma vez aprendida nunca mais torna-se esquecida. A mulher poderá pensar as situações e assim procurar saber lidar com seus determinantes.

Para Dias (1996), a aprendizagem se faz na vida cotidiana e uma vez aprendida, esta é uma nova forma de pensar as situações e partindo delas, procurar lidar com seus determinantes.

Minha experiência profissional permite inferir que a mudança maior de comportamentos, hábitos, atitudes só será realizada através da prática, da descoberta, por meio da construção desse conhecimento da situação.

Normalmente nossa prática educativa é orientada por um modelo de pedagogia tradicional, enfocando a imposição. Os profissionais de saúde frequentemente repassam o conhecimento, como ocorre nas práticas das consultas de enfermagem, onde descarregam várias informações de uma só vez, sem ao menos saber/perguntar/avaliar o que foi aprendido.

O grande desafio desta prática é o de promover mudanças tanto do profissional enfermeiro como das puérperas. Mudar um hábito profissional, vindo de uma formação tradicional por meio da construção coletiva, necessita de uma reflexão acerca deste aspecto, que decorre de uma opção pedagógica e amplia novos horizontes. Neste modelo, almejamos juntos, enfermeiro e puérperas, a construção de uma prática do cuidar, partindo das experiências sentidas/vividas, num movimento de contínuo repensar a realidade e nela agir.

Vivencio uma prática do aleitamento materno que tem a necessidade de ser novamente aprendida, de modo que o enfermeiro concretize a tarefa de ensinar. Mas, não basta apenas dominar o conteúdo, é preciso levar em conta como ensinar, para que se logre o produto final desejado: a transformação da realidade a partir da modificação do comportamento, por meio de novos conhecimentos, e até quem sabe, no futuro bem próximo as mulheres possam optar conscientemente pela melhor forma de alimentar os seus filhos.

A metodologia problematizadora parte do princípio que “em um mundo de mudanças rápidas, o importante não são os conhecimentos ou idéias, nem os comportamentos curtos e fáceis que se espera, mas sim o aumento da capacidade do aluno - participante e agente de

transformação social - para detectar os problemas reais buscando para eles soluções originais e criativas” (Bordenave,1982).

Neste modelo, o enfermeiro poderá desempenhar um duplo papel, um sendo o de educador e o outro podendo ser utilizado como recurso técnico para resolução/ visualização de uma determinada realidade.

Bordenave (1990), faz referência em um de seus artigos que no tempo em que a saúde era concebida como a ausência de doença e trabalhar em saúde, significava tratar de curar doentes, os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e outros), eram formados para acolher e tratar os doentes.

A partir da proposição de um novo conceito de saúde, em que passou a não ser mais concebida como ausência de doença, mas como um complexo bem-estar físico, mental, social da pessoa, família e a sociedade em conjunto, muda-se também a tônica do processo de assistir na saúde/doença que ao invés de apenas curativo, passa a dar ênfase ao preventivo, oportunizando as comunidades à construção, envolvimento, assumindo responsabilidades pela saúde de seus membros, fazendo-nos refletir a cerca desta prática.

Quando nos referimos ao aleitamento materno, seu enfoque também é preventivo, pois tal prática se realizada com exclusividade, permite prevenir várias patologias comuns na infância, além de contribuir para um melhor crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor, propiciando às crianças e futuros cidadãos uma qualidade de vida melhor.

A prática do aleitamento materno vem sendo reforçada ao longo destes anos, pelo Estado, quando adota medidas de incentivo ao aleitamento materno, evidenciadas nas Maternidades “Amiga da Criança”, enfocando o aleitamento como fator importante para prevenção de doenças.

Mas da forma como esta prática vem sendo colocada/forçada pouca coisa se modificou. Ainda são muitas as mulheres que realizam o desmame precoce, talvez porque não dispõem de informações sobre a alimentação de seus filhos, e é aí o nosso maior desafio, poder contribuir com esta nova forma de pensar, ensinando - refletindo - ensinando.

Para Bordenave (1990), o Estado, com efeito tem a obrigação de criar as condições para uma vida saudável, o que inclui os serviços públicos de saúde, gratuitos, acessíveis e de boa qualidade. As comunidades, por sua parte, assumem a responsabilidade de prevenção e fomento da própria saúde, adotando estilos e hábitos de vida que contribuam para este fim.

O referido autor descreve as muitas conseqüências do novo conceito de saúde e da formação dos profissionais de saúde uma vez fora dos locais artificiais onde antes era realizada. Destacando oito itens:

- 1) O Estado deverá adequar de acordo com a realidade social, cultural, geográfica e econômica, assumindo tarefas em conjunto com as comunidades para manter e melhorar a saúde das pessoas nas distintas localidades do país;**

O modelo proposto vem ao encontro de algumas propostas em nível Estadual e Federal. Há alguns anos vem sendo desenvolvidas estratégias adotadas para incentivar a prática do aleitamento materno, tanto em nível Federal como em nível Estadual. Estão sendo formados grupos de “Apoio e incentivo” para a prática de aleitar. Em se tratando de município, Florianópolis, este já conta com duas maternidades “Amigas da Criança”.

- 2) Cada setor ou grupo apresentam problemas próprios, sendo indispensável conhecer as necessidades dos diversos setores sociais, nas distintas comunidades;**

Na Comunidade deste trabalho existem dois grupos sociais bem distintos, de um lado uma classe social média-alta e, de outro lado, uma classe social pobre, paupérrima, vivendo em situações de miserabilidade.

Minha vivência profissional permite fazer comparações entre ambas as classes sociais, no que diz respeito ao aleitamento materno. Em pesquisas realizadas na comunidade mais carente, a prática do aleitar predominou por mais de seis meses. Já na classe média/alta, muitas desmamaram os seus filhos, por diversas razões, não estabelecendo um só diagnóstico/situação, porém inúmeros, como o tempo, a exclusividade e outros itens que se referem ao aleitamento materno.

- 3) Somente com a participação ativa das comunidades organizadas é que podemos conhecer as necessidades de saúde dos setores da população, visto serem elas as que conhecem melhor a sua própria realidade. Neste modelo proponho-me estimular a formação de grupos (gestantes e puérperas), para discutirmos a prática do aleitamento materno na comunidade, reconhecendo cada necessidade sentida/vivenciada, acreditando que este é o foco central, o aprendizado através do ensinar-refletir-ensinar. Muitas vezes o método proposto para implantação deste projeto, será viabilizado através de depoimentos, práticas, ensinamentos das próprias mulheres que fazem parte deste contexto.**

- 4) Outro fator importante será a participação dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e pesquisadores), indispensável na identificação dos problemas e de suas causas, bem como na busca de soluções aos problemas identificados;**

A participação do pesquisador será de grande importância, pois ele norteará a(s) puérpera(s)/grupos a delimitaram o(s) problema(s), entendendo o porquê, o real motivo, incentivando na busca de soluções aos problemas levantados.

Por meio da interação, o pesquisador trabalhará o modelo pedagógico buscando a reflexão das nutrízes, respeitando seus conhecimentos/crenças/ valores, fazendo com que experienciem o aleitar, praticando/vivenciando.

- 5) A associação de dois conhecimentos importantes: o que possui a comunidade e o que possuem os profissionais de saúde, aumentarão o nível de conhecimento em saúde. Neste encontro de saberes, a comunidade poderá ampliar seus conhecimentos e adquirir hábitos e condutas mais saudáveis e os membros da equipe técnica de saúde, poderão compreender melhor as causas sociais, os aspectos culturais, os fatores ecológicos, entre outros, que existem nos processos de saúde-enfermidade, vivenciadas por esta população.**

Na medida em que desenvolver-se-à a associação destes dois conhecimentos importantes: o da pesquisadora e o das nutrízes, haverá uma transformação tanto o nível individual, quanto ao coletivo. A profissional facilitará, em conjunto com as puérperas um melhor nível de compreensão da realidade, tornando esse conhecimento raciocinado/aprendido, podendo refletir num grande estímulo aos demais participantes da comunidade.

- 6) A partir daí surge um processo mútuo de ensinar e aprender no próprio trabalho de construir a saúde comunitária. Nesta etapa o conhecimento deve ser construído conjuntamente, através da adoção de uma pedagogia do diálogo e da participação.**

Quando há uma discussão coletiva, onde ambas as partes se colocam de maneira igualitária, ocorre naturalmente a troca de experiências/ conhecimentos/hábitos. Em se tratando de aleitamento materno, neste processo a construção do conhecimento será através da própria realidade sentida/vivida do aleitar.

- 7) **A aplicação do chamado “Planejamento Participativo de Ações Comunitárias de Saúde”, seria a ampliação desta pedagogia, necessitando da colaboração das comunidades, com os técnicos do Estado em geral.**

Uma visão mais ampla desta pedagogia seria a aplicação desta pesquisa envolvendo técnicos competentes do Estado e da Prefeitura e líderes comunitários. Em virtude do fator tempo da realização deste, não será incluído este passo, porém pretende-se implementá-la em fases posteriores.

- 8) **Em síntese, os enfermeiros atuarão como agentes mediadores utilizando suas ferramentas operativas: comunicação, educação, participação e planejamento, para além da competência científica e técnica de sua profissão, devendo, também, aprender a manejar processos e técnicas sociais, nos campos da utilização de suas ferramentas.**

Proponho, neste modelo pedagógico a utilização das ferramentas da comunicação, educação e planejamento em nível local e individual, podendo se estender a pequenos grupos de nutrízes, atuando de maneira competente por meio da utilização do conhecimento técnico/científico da profissão no adequar do processo de ensinar – aprendendo – ensinando.

Bordenave (1986), explica que no processo educativo, a vivência de experiências é o centro de mudança e, porque, não dizer “viver a amamentação”, viver experiências suficientemente intensas, ou seja, praticando o ato de aleitar, possibilitando a outras pessoas a observação de tal prática, objetivando a mudança.

No processo educativo proposto, não será possível realizar o envolvimento de todos os órgãos responsáveis em virtude do tempo disponível para a realização deste estudo. Limitaremos nossas atividades ao nível individual e coletivo. Mas acreditamos que para alcançar os objetivos da educação, de fazer o ser humano mudar, progredir, crescer, na atual era do desenvolvimento, o grande ideal da humanidade é criar uma sociedade sustentável, uma sociedade capaz de explorar os seus recursos naturais para a produção do bem-estar sem sacrificar o bem-estar das gerações futuras (Bordenave, 1986).

Proponho utilizar no processo educativo um conjunto que Bordenave denomina de metodologia de ensino-aprendizagem, objeto da didática por ele proposto.

O primeiro é a **motivação**, descrito pelo autor como de criação de incentivos.

Torna-se necessário conhecer quais são as necessidades da aprendiz/ puérpera. Por isso estabelecemos que nossa intervenção iniciar-se-à; reconhecendo que na prática as maiores dúvidas acerca do aleitamento materno, ocorrem dias após o parto, podendo ser um momento considerado como incentivador. Uma vez a puérpera manifestando a vontade de aprender, de trocar experiências e de criar, iniciaremos a aplicação da metodologia problematizadora.

O segundo é a criação de **situações de aprendizagem**, que Bordenave descreve como sendo a criação de circunstâncias físicas, sociais e psicológicas onde possam ser vivenciadas as experiências adequadas. Nesta etapa não será necessário criar uma situação especial, mas trabalharemos no contexto da situação natural, vivenciada, que se apresenta na realidade.

O terceiro elemento descrito por Bordenave é o fornecimento de **conteúdos** às nutrizes, por meio da comunicação.

No processo educativo os conteúdos constituem-se na matéria prima, devendo ser adequados, despertando nas mulheres nutrizes, estímulos para o processo de pensar e aprender.

Para tal a pesquisadora deverá selecionar, de acordo com o interesse e necessidade da puérpera, os conteúdos utilizados como teorização.

Essa matéria prima no modelo tradicional era tão caracterizada em dar as informações, que muitas vezes podemos até reconhecer as pessoas que frequentam grupos ou atividades padronizadas através dos seus relatos. Já no modelo proposto, utilizando uma pedagogia participativa, as nutrizes não repetem os conhecimentos, mas sim constroem juntas, os conteúdos que tem significado para elas, de uma forma crítica e consciente.

Bordenave descreve um quarto elemento a **realimentação da aprendizagem**.

Esta etapa constitui-se em saber se a puérpera está aprendendo ou não e se o que aprende a aproxima do objetivo ou não.

A avaliação deste processo será realizada por meio da observação da pesquisadora, analisando a realidade, desde o primeiro momento, facilitando as puérperas o desenvolvimento da capacidade de exploração, através da utilização dos recursos naturais para a produção do seu bem-estar e do bem-estar do seu recém-nascido.

Esta metodologia coloca a realidade como um ingrediente ativo do processo. Se colocarmos a puérpera como protagonista central, a educação consistirá na ação da solução de seus problemas. Chama-se problematizadora, porque parte do princípio, de que a realidade nunca é satisfatória, sempre pode ser vista como um problema ainda a ser resolvido.

Na medida em que as puérperas experienciam a prática do aleitar por vontade própria, a realidade poderá ser ampliada pela observação de outras mulheres que amamentam, pela troca de conhecimentos, sendo ela a responsável por sua própria aprendizagem, e também pelo processo de mudança.

Se a mudança ocorrer e se a mulher tiver a oportunidade de fazer a sua escolha de forma consciente e livre, parte do objetivo será alcançado, podendo refletir na transformação da realidade.

A teoria da Problematização sustenta que, em um mundo de mudanças rápidas, o importante não são os conhecimentos ou idéias, nem os comportamentos corretos e fáceis que se espera, mas sim o aumento da capacidade do participante, para detectar os problemas reais e buscar para eles soluções originais e criativas (Bordenave, 1986).

A opção de trabalhar com puérperas, deu-se por experienciar que a prática de aleitar ou não ocorre rapidamente, quando a nutriz vivencia, nos primeiros dias de puerpério, o tipo de alimentação oferecida ao seu filho. Justamente neste período surgem várias dúvidas/questionamentos, sendo um fator motivacional importante para o desencadeamento da problematização. Neste momento o uso desta metodologia, favorece o ambiente acolhedor, estimula as puérperas a realizarem perguntas e detectarem seus problemas e, principalmente, de buscarem soluções “conscientes”.

A metodologia da educação problematizadora será melhor representada através do Método do Arco de Charles Maguerez, citado por Bordenave, 1986.



A metodologia da problematização tem por princípio que, num mundo de transformações rápidas e profundas, o importante é a capacitação dos indivíduos para detectarem os problemas e buscarem soluções originais e criativas para sua situação de saúde e de vida. Isto diverge dos modos de comportamentos corretos e fiéis ao esperado, enfatizados por outras pedagogias menos progressistas.

Para esta metodologia, inicialmente, o que deve ser valorizado é a experiência, neste caso, das puérperas e acompanhantes, dos profissionais de saúde e dos integrantes da comunidade circundante, em observar a própria realidade, permitindo-lhes expressar suas idéias, valores e crenças.

O diálogo e a participação são sumamente importantes nas ações transformadoras das condições de vida e de saúde.

Na pedagogia problematizadora a primeira coisa a se fazer é a **observação da realidade**, no caso o problema relacionado ao processo do aleitamento materno (1ª etapa).

Ao observar a realidade, a vivência do aleitamento materno, as mulheres nutrizas poderão expressar suas percepções, oportunizando neste momento o início de um diálogo, expressando suas idéias, valores, crenças e dúvidas. O processo de ensinar e aprender inicia-se desta forma, fazendo uma primeira leitura da situação concreta.

O **segundo momento** é a identificação dos **pontos chaves** do problema. Esta etapa da problematização constitui uma das razões mais importantes desta pedagogia, pois busca o entendimento do porquê do problema, à luz da vivência da própria mulher que, modificado, modifica a realidade (2ª etapa).

Podemos problematizar com as puérperas como é a realidade relativa a prática do aleitamento materno na família e na comunidade, perguntando-lhes se foram amamentadas e sobre como as suas mães descrevem esta prática, dentre outros itens. Esta realidade é parte da problematização que as puérperas percebem como problema. O **terceiro momento** é descrito como a **teorização do problema**. A fase de teorização consiste na busca de conhecimentos relacionados aos problemas identificados em análise. Assim, as participantes por meio de suas próprias abstrações passam a compreender o problema, podendo a participante, utilizar este mesmo esquema para a solução de outros problemas observados na realidade (3ª etapa).

Nesta etapa o enfermeiro será o facilitador, estimulando as puérperas a realizarem perguntas para entenderem o porquê das coisas. Nesta fase recorre-se aos conhecimentos científicos que auxiliam o raciocínio das pessoas na compreensão do problema e não somente em suas manifestações empíricas, mas nos princípios teóricos que o explicam.

Com o confronto entre a realidade observada e a teorização, as puérperas se vêem naturalmente movidas a formular **hipóteses de solução** para o problema em estudo. Esta fase deve ainda permitir a análise da viabilidade das ações propostas. É dada às puérperas a oportunidade de decidir, priorizar, planejar as propostas e visualizar o seu efeito (4ª etapa).

Na última etapa, a **aplicação da realidade**, os participantes deste processo compreendem e praticam as soluções que consideram viáveis e aplicáveis à sua realidade, preocupando-se em mudar a sua forma de agir, seja individual ou coletivamente, contribuindo para a solução do problema. Aprendem a generalizar, ter discernimento para saber em quais situações pode aplicar as soluções encontradas, decidindo sobre o uso ou não de conhecimento científico em suas vidas (5ª etapa).

2.3 O Caminho Metodológico

A proposta iniciou-se com o desenvolvimento de um exercício pedagógico, com puérperas do 7º até o 32º dia de puerpério, com alguns acompanhantes (esposos), com os seus recém-nascidos e com uma enfermeira do C. S. II Balneário. Sua aplicação prática deu-se no C. S. II Balneário, Florianópolis, nos meses de novembro e dezembro de 1998.

Com o intuito de procurar desvelar o processo ensino-aprendizagem da assistência de enfermagem, enfocando o aleitamento materno, procurei desenvolver uma prática assistencial educativa, objetivando incentivar a ação, a consciência crítica, a reflexão das puérperas sobre a realidade vivenciada.

A escolha do caminho metodológico de Bordenave deu-se pela proposta transformadora que ele contém. Tal opção, a metodologia problematizadora, indica/favorece um outro modo de pensar para decidir. Isto inclui teorizações, e práticas, objetivando estimular as nutrizes a realizarem perguntas e a encontrarem respostas para as suas situações problemas ou pelo menos entendê-las.

Neste percurso metodológico, descreverei o caminho percorrido utilizando, por ocasião dos encontros realizados com as puérperas individual ou coletivamente.

Operacionalização do caminho metodológico

Momentos do processo educativo	Ações conjuntas	Ações de enfermagem
1º Momento	Início do conhecimento da situação problema em conjunto com as puérperas, destacando os pontos-chaves, as teorizações, as hipóteses de solução do problema, bem como as suas aplicações práticas.	Para os 1º encontros com a pesquisadora, foram marcados previamente, na maternidade, as consultas, de acordo com a autorização das mulheres que se encontravam entre o 7º e 10º dia de puerpério. Foram documentados os diálogos sob forma de registro escrito ou uso do gravador de acordo com a autorização das nutrizes. Iniciava-se os encontros à luz da metodologia problematizadora, no C.S.II Balneário.
2º Momento	Após o 1º encontro com as nutrizes e/ou seus esposos, eram definidos conjuntamente os outros momentos, podendo ser no C.S.II Balneário ou em seus domicílios. De acordo com a necessidade e participação das puérperas, continuava-se a aplicação do Arco.	Continuação dos encontros, caso fosse necessário e de interesse das puérperas, no C.S.II Balneário.
3º Momento	Continuação da aplicação do Arco da problematização, conforme a participação das puérperas.	Previsto a possibilidade da visita domiciliar pela pesquisadora, de acordo com a situação problema e do interesse das nutrizes.
4º Momento	Continuação da aplicação do Arco da problematização, conforme a necessidade das puérperas.	Realização de uma atividade grupal, conforme a necessidade e interesse da puérpera.
5º Momento	Continuação da aplicação do Arco da problematização, conforme a necessidade das puérperas e o tempo previsto para a sua aplicabilidade.	Análise dos encontros, visita domiciliar e atividade grupal à luz da metodologia problematizadora.

Agenda dos encontros:

Violeta: realizados dois atendimentos no C.S.II Balneário, uma visita domiciliar e um encaminhamento à equipe do C.S.II Balneário.

Rosa/Cravo: realizado um atendimento no C.S.II Balneário e uma atividade grupal, com a participação de Rosa e o seu encaminhamento à equipe do C.S.II Balneário.

Orquídea: realizado um atendimento no C.S.II Balneário, uma atividade grupal e um encaminhamento à equipe do C.S.II Balneário.

Jasmim: realizado um atendimento no C.S.II Balneário, uma atividade grupal e um encaminhamento à equipe do C.S.II Balneário.

Margarida/Xaxim: realizado um atendimento e um encaminhamento à equipe do C.S.II Balneário.

Aspectos éticos da pesquisa

Neste estudo respeitar-se-à alguns componentes éticos, que são essenciais à aplicação deste estudo. Destacando:

- tratar com dignidade as puérperas, seus esposos, bem como os participantes deste estudo;
- respeitar a autonomia das nutrizes e seus maridos;
- garantir a privacidade, confidencialidade e proteção da imagem das pessoas envolvidas neste estudo;
- respeitar os valores sociais, morais, religiosos e éticos;
- garantir às nutrizes e seus esposos o acesso às informações colhidas durante os encontros e/ou gravações e/ou na finalização deste estudo.

2.3.1 Descrevendo o local da pesquisa: características gerais e demográficas do Município de Florianópolis

Florianópolis tornou-se capital da província, hoje Estado de Santa Catarina, em 1823 e, a partir daí, passou a desenvolver-se com a aplicação de recursos federais até o advento da República em 1889, quando as resistências locais ao novo regime provocaram a diminuição destes investimentos.

Ao ingressar no século XX a cidade observou profundas transformações, passando a ter na construção civil um dos seus suportes econômicos. Neste século, o desenvolvimento econômico do estado como um todo vem repercutindo na capital, que passou a ampliar seus organismos governamentais e de serviços, expandindo as possibilidades de emprego, notadamente no setor terciário.

Possui 451 Km² de área total, subdividida na parte continental, que conta com 12,1 Km² e limita-se com o município de São José, na parte constituída pela Ilha de Santa Catarina, sua área é de 438 Km². Possui forma alongada e contorno irregular, compondo baías, pontas e

enseadas. As belezas naturais da Ilha, especialmente suas praias, associadas a alguns recentes investimentos na melhoria do acesso e desenvolvimento de serviços, tem proporcionado condições para que a cidade venha se firmando como polo turístico. A população do município está estimada em aproximadamente 297.126 habitantes (1997)¹. A população feminina se sobrepõe levemente à masculina, contando com 52% da população. Nos meses de verão, de dezembro a fevereiro, em decorrência do turismo, ocorre significativa mudança demográfica; o aumento populacional médio pode alcançar até 50% ou mais sobre a população normal.

Em relação à população residente, observou-se entre as décadas de 60 e 90 um aumento considerável na população urbana (de 42% para 94%).

Num ritmo decrescente encontra-se a taxa anual de crescimento populacional, observada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 1991 em 2,81%. Já a densidade demográfica aumentou de 221 hab/Km² na década de 60 para 577 hab/Km² no início da década de 90, sendo o Centro da cidade e o Continente as regiões mais densamente povoadas (IBGE, 1992).

A distribuição da população em termos de faixa etária, também vem apresentando modificações em relação às décadas anteriores. Ocorre um estreitamento entre as faixas etárias de cinco a 14 anos para ambos os sexos na década de 80, produto da redução da natalidade nas duas décadas anteriores. Em contrapartida, nas faixas etárias superiores, a partir dos 15 até os 34 anos há um espaçamento também por ambos os sexos e novamente ocorre aumento populacional entre 40 e 59 anos. Disto deduz-se que o município ingressou no processo de transição demográfica, com diminuição da participação da população jovem e aumento progressivo da população na faixa etária produtiva. Este “envelhecimento” da população, produto da queda da taxa da natalidade e mortalidade, determina o aumento da expectativa de vida ao nascer.

Na década de 80, cada Florianopolitano tinha uma expectativa de vida média de 69 anos, superando aquelas encontradas nas décadas anteriores. O censo de 90 registra um ganho de mais seis anos, elevando estes dados para 75 anos de idade, compatível com o de países desenvolvidos.

No que diz respeito à origem da população do município, no início constituída por colonização basicamente açoriana, passa a obter novo perfil de composição pelo aumento da

¹ Estimativa da Gerência de Informática da Secretaria de Estado de Saúde para 1997 com base no censo de 1991. Estimativas da SSDS alcançam um total aproximado de 301.050 habitantes para o mesmo ano.

imigração a partir da década de 70, o que influencia o ritmo do crescimento demográfico de Florianópolis. Naquela década cerca de 22,3% da população total era de imigrantes. Na década de 80 os imigrantes já perfaziam 35,7%, significando mais de 1/3 da população. Destes, 69,8% eram provenientes de outros municípios do Estado e 30,2% de outros Estados. O fato relaciona-se com eventos de ordem sócio-político-econômica. Observa-se aí o desenvolvimento de aparato administrativo, inerente à condição de capital, aliado à concentração de serviços especializados nas áreas de educação e saúde, o que vem fortalecer a atividade econômica do município voltada ao setor terciário. A partir da década de 70 a cidade também passa a se desenvolver como pólo turístico regional da área do Mercado do Cone Sul (MERCOSUL), considerando a tendência econômica já em curso pela descentralização da economia nas áreas de indústria, mineração e de atividade agro-pastoril para outras regiões do Estado. Havendo esta desconcentração, espera-se que a migração ocorra de forma mais equilibrada por todo o Estado, em virtude da existência de melhor distribuição na oferta de empregos.

Entretanto, o desenvolvimento na área de serviços mais especializados somado às condições ambientais da cidade, de beleza natural e qualidade de vida reconhecidas, tem exercido magnetismo sobre um grupo de imigrantes caracterizado por possuir bom poder aquisitivo e qualificação profissional. Um outro grupo de imigrantes, cuja população encontra-se estimada em torno de 40.000 pessoas, vem sendo atraída nos últimos dez anos pela expectativa de melhores condições de vida e qualquer emprego que substitua a marginalização decorrente de uma política agrária nacional inadequada. Este contingente populacional provém, na sua maior parte, do Oeste e meio Oeste do Estado que chegando a Capital, não lhe resta muito senão engrossar as áreas de favelas.

Segundo o levantamento realizado pelo Instituto de Planejamento Urbano de Florianópolis (IPUF), já em 1992 haviam instalado 46 núcleos de população com estas características, vivendo em condições precárias. Destes 46 núcleos, 28 estão situados na Ilha e 18 no Continente.

O total da população imigrante está estimado em mais de 100.000 habitantes para 1997.

A distribuição da população total segundo renda familiar definida pelos dados dos Censos Demográficos de 1980 e 1991 faz observar aumento de 22,4% (1980) para 31,0% (1991), no número de famílias que vivem com rendimento mensal de até dois salários mínimos. Sendo o salário mínimo brasileiro irrisório, quando comparado ao de outros países, este aumento significa que aproximadamente 1.600 das 5.000 crianças que irão nascer em 1997 estarão inseridas num contexto de pobreza absoluta ou de miséria.

Na Capital a taxa de analfabetismo encontra-se em torno de 6% na população acima de 15 anos.

Nas últimas décadas registra-se crescimento da População Economicamente Ativa (PEA) (pessoas entre 15 e 65 anos). Em 1970 a PEA representava 30% da população total e em 1980 passou a 38%. Em 1995 a população de trabalhadores oficialmente cadastrada. Segundo o Sistema Nacional de Empregos (SINE), era de 102.992 pessoas, mas o número não reflete a realidade da população de trabalhadores, em virtude da grande parcela representada pela economia informal, cujos dados são desconhecidos.

A distribuição da população, economicamente ativa por setor de atividade econômica, encontra-se concentrada, como era de se esperar, no setor terciário, principalmente na prestação de serviços, atividades sociais, administração pública e comércio, com 63,5% dos trabalhadores. Na seqüência, a indústria (principalmente de transformação e construção) absorve 18% da PEA e as atividades do setor primário - agrupecuária, extração vegetal e pesca apenas 2,62% (IBGE,1992).

O presente estudo foi realizado no Centro de Saúde II Balneário, localizado na Avenida Santa Catarina, no Bairro Estreito, Florianópolis.

A direção do C.S. II é ocupada por um profissional de nível superior eleito pelos funcionários do referido centro, estando subordinados a este profissional (coordenador) todos os trabalhadores ligados às atividades burocráticas e todos os outros profissionais de saúde: médicos,odontólogos, enfermeiro, equipe de nível médio e elementar.

Conta com uma área de abrangência de aproximadamente 11.000 habitantes, sendo na sua grande maioria os de classe média alta, tendo como classe de menores condições sócio-econômicas, aproximadamente 60 famílias (Ponta do Leal).

Tem o seu horário de funcionamento das 07:00 às 19:00 horas, de segunda a sexta-feira e dispõe para o atendimento as atividades de clínica-geral, pediatria, ginecologia/obstetrícia, enfermagem, odontologia e serviços básicos de enfermagem.

Entre as ações programáticas em saúde, desenvolve as atividades voltadas à atenção da saúde da:

- mulher: pré-natal, exame preventivo de câncer cérvico-uterino e de mamas, planejamento familiar, atendimento odontológico;
- criança: Programa Capital Criança que desenvolve ações de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, vacinação, teste do pezinho e atendimento odontológico;

- adulto: na atenção às doenças crônico-degenerativas (diabetes, hipertensão arterial sistêmica) e atendimento odontológico.

Presta ainda, atividades de acompanhamento nutricional à crianças desnutridas, além de procedimentos básicos de enfermagem (curativos, nebulizações, dispensa de medicamentos, coleta de amostras para exames laboratoriais e visitas domiciliares).

Para estas atividades, dispõe dos seguintes profissionais:

- 03 médicos; 01 clínico-geral; 01 pediatra; e um ginecologista-obstetra;
- 01 enfermeira;
- 01 odontóloga;
- 02 auxiliares de enfermagem;
- 05 técnicos de enfermagem;
- 03 auxiliares administrativos;
- 02 auxiliares de serviços gerais.

Atualmente, a atividade médica do Centro de Saúde, consiste em oferecer consultas médicas individualizadas e orientadas em parte para o atendimento da demanda espontânea e marcação de retornos do “Programa Capital Criança”. O “Programa Capital Criança” teve seu início no ano de 1997, tendo como prioridades a atenção voltada à Saúde da Mulher e da Criança. Ambos com direito a marcação e agendamento de consultas.

Na Prefeitura Municipal de Florianópolis os servidores são admitidos mediante concurso público e para a Secretaria da Saúde e Desenvolvimento Social, os profissionais médicos, enfermeiros e odontólogos, tem a opção de estabelecer contratos de trabalho de 20 horas ou 40 horas semanais, com a disponibilidade para a dedicação exclusiva. Uma das portarias desta instituição, normatiza o atendimento médico e odontológico segundo o contrato de trabalho destes profissionais. Para os profissionais com contrato de 40 horas semanais; clínicos gerais e pediatras prevê 04 consultas/hora; ginecologista/obstetras 03 consultas/hora e odontólogos 02 consultas/hora.

Ainda em função dos baixos salários, a Prefeitura Municipal instituiu a redução da carga horária diária para 06 horas, apesar do contrato de trabalho preconizar 08 horas e, conseqüentemente, redução, para 03 horas diárias para os profissionais com 20 horas semanais.

Ao enfermeiro cabe, além das ações diretas sobre o cliente da demanda espontânea, que se encaixam no rol dos serviços ofertados, como:

- Programa Capital Criança, incluindo consultas à gestante, criança e puérpera;
- Exame preventivo de câncer cérvico uterino e de mama;
- Planejamento familiar;
- Programas de hipertensos e diabéticos;
- Grupo de gestantes;
- Atividades de pré e pós-consulta médica e procedimentos como: curativos, injeções, coleta de material para exames, etc.

É responsável, também, pelas atividades de controle administrativo do instrumental técnico e burocrático da Unidade e, também, pela supervisão das atividades dos demais profissionais de sua categoria e dos auxiliares de serviços gerais.

A escolha desta instituição para este tipo de estudo deu-se devido ao fato de ter trabalhado durante quase quatro anos neste Centro de Saúde.

2.3.2 A população alvo

O estudo foi realizado com seis mulheres, que haviam iniciado o aleitamento materno, sendo identificadas como: Rosa, Violeta, Jasmim, Orquídea, Bromélia, Margarida. e 02 esposos denominados de Cravo e Xaxim.

Participaram deste estudo a enfermeira e a pediatra do Centro de Saúde II Balneário.

Cabe ressaltar que a enfermeira estava grávida contribuindo para o estabelecimento de relações de confiança entre as puérperas e entre estas e a pesquisadora. Sendo que a enfermeira dará continuidade aos atendimentos sempre que se fizer necessário, finalizando alguns atendimentos. A mesma contribuiu muito para o desenvolvimento desta pesquisa auxiliando na estruturação deste estudo.

Optou-se em registrar os diálogos utilizando um gravador, quando consentido pelos participantes e puérperas, ou do registro imediato, logo após o diálogo, pela própria pesquisadora, nos casos de constrangimento expressos ao uso do gravador.

2.2 Apresentando os encontros à luz da Metodologia Problematizadora

1º encontro com Violeta

Jovem de 19 anos aqui representada como Violeta, encontrava-se no 7º dia de puerpério, adolescente, primípara, de gravidez não planejada, que vive com os seus pais, é trabalhadora, estando em licença gestacional, retorno agendado no Centro de Saúde II Balneário para uma consulta de enfermagem.

Participantes: pesquisadora.

Descrição do diálogo:

- Pesquisadora: Bom dia!
- **Violeta: Bom dia.**
- Pesquisadora: Como está o seu bebê?
- **Violeta: Agora ela está bem.**
- Pesquisadora: Porquê você diz agora?
- **Violeta: É que à noite ela não dorme muito, chora o tempo todo, eu não sei mais o que eu faço. Minha mãe diz que é cólica, o meu pai e o meu irmão dizem que é fome, eu não sei.**
- Pesquisadora: Deixe-me ver a sua filha, que linda! Você está amamentando?
- **Violeta: Ai, estou, mas não sei, acho que ela tem fome. Eu só pude sair da maternidade depois que ela mamou. Foi tão difícil, no começo ela nem sabia pegar o meu peito, não sabia mamar. Eu fui ficando nervosa e aí é que tudo piorava, ela chorava muito, minha mãe dizia que era de fome e a enfermeira me ajudava a colocar a "boca dela" no meu peito, mas aí ela não agüentava e chorava muito. Até que depois de tanto tempo ela conseguiu pegar no seio, mas quase não mamou.**
- Pesquisadora: E o quê você sentiu?
- **Violeta: Naquele momento de nervosismo eu só pensava em ver a minha filhinha quietinha, mas senti umas fisgadinhas na barriga do tipo contração de parto.**
- Pesquisadora: Você tem vontade de amamentar?
- **Violeta: Há! Eu quero sim; mas não sei, acho que o meu leite é fraco.**
- Pesquisadora: Porquê você acha o seu leite fraco?
- **Violeta: Porque ela chora demais.**
- Pesquisadora: Você já viu/observou algum recém-nascido que não chora?
- **Violeta: Não, acho que todos choram né!**

Pesquisadora: No início a criança precisa se adaptar aqui no mundo, fora da sua barriga. Antes a sua filha não precisava se esforçar para respirar, para mamar, para urinar, para fazer cocô, abrir os olhos, enfim, dentro da sua barriga ela já recebia tudo pronto, agora ela precisa se adaptar e aprender também como satisfazer as suas necessidades. Às vezes a criança chora porquê sente frio, cólica, saudade do cheiro da mãe, de ouvir o coração da mãe batendo, de saudade das pessoas que conversavam com ela quando ainda estava no seu ventre, mas também ela chora de fome. No início a criança necessita receber pequena quantidade de alimento só que mais vezes, para que o seu corpo se acostume também, por isso recomenda-se oferecer o peito sempre que a criança quiser.

- **Violeta: Mas quando ela chora eu não sei o que é, como vou saber se é fome ou não?**
- **Pesquisadora:** Dia-após-dia vocês vão se conhecendo melhor, no início é difícil mas depois você já vai saber quando é choro de fome, choro de cólica, choro de saudade e assim em diante.

Neste momento o bebê que estava dormindo, acordou, começou a chorar.

- **Violeta: E agora? O que será?**
- **Pesquisadora:** Vamos ver. Tente dar-lhe o peito, posso ajudá-la?
- **Violeta: Claro!**
- **Pesquisadora:** Existem algumas coisas que facilitam a amamentação, como: pegar a criança sem mantas, lençóis, cobertor, colocar a barriga dela bem próxima a sua barriga, assim.

Houve neste momento a demonstração prática.

- **Pesquisadora:** Você está vendo como ela já está procurando o seu seio.

A criança fazia movimento com a cabeça, abria a boca, tentando encontrar o seio da mãe.

Violeta colocou o mamilo entre os seus dedos indicador e médio e observei neste momento que a criança não abocanhou todo o mamilo, observei também expressões de dor manifestadas pela puérpera. através do franzido da testa, de gemidos; pude perceber que algo não estava bem.

- **Pesquisadora:** Posso ajudá-la?
- **Violeta: Pode, por favor.**
- **Pesquisadora:** Coloque o seu dedo indicador na boca da sua filha de modo que ela largue/solte o seu bico do seio.
- **Violeta: Assim!**

- Pesquisadora: Agora com estes dois dedos (o polegar e o indicador) você faz uma prega e tente colocar a auréola (parte escura do seio que fica ao redor do bico) dentro da boca da sua filha.

Este momento foi difícil, pois a sua mama apresentava-se com início de fissura mamilar e pouco ingurgitada; associando-se ao choro intenso do bebê.

- **Violeta: É assim a noite toda, ela chora pra comer.**

• Pesquisadora: Calma! Vamos tentar novamente, procure conversar com ela.

- **Violeta: Você me ajuda! Às vezes me dá medo.**

• Pesquisadora: Sim eu lhe ajudo, pois nós precisamos ensiná-la e às vezes não aprendemos na primeira tentativa.

Iniciamos a tentativa de fazer com que a criança conseguisse abocanhar o seio, foi complicado pois além de estar com fome, ela estava nervosa. Mas, enfim ela conseguiu abocanhar todo o mamilo. Após um silêncio ...

- **Violeta: Nossa! Ela nunca tinha mamado assim antes.**

• Pesquisadora: Assim como?

- **Violeta: Quietinha, parece que ela está bem, olha ela parou.**

• Pesquisadora: Às vezes é necessário acordar o bebê para que ele continue mamando, mexer na orelha, nos pés, ajuda, tente.

Violeta mexeu na orelha da criança e logo em seguida ela continuou a mamar.

Enquanto a criança estava mamando perguntei-lhe se sabia que era importante oferecer as duas mamas durante uma mesma mamada, começando a amamentar de novo sempre na última mama oferecida.

Perguntei o que ela sabia sobre o aleitamento materno, se achava importante amamentar.

- **Violeta: Eu quero amamentar mas às vezes acho que o meu leite é fraco, como eu te disse antes, porque ela chora muito.**

• Pesquisadora: A melhor maneira que nós temos para acreditar/confirmar que o leite materno é forte é através da curva de peso da criança. Aproveitei para abrir a caderneta da criança na página da curva do peso. Preenchi o peso ao nascer: 2.540 Kg e coloquei na curva. Conforme a curva o peso da criança ficou na linha inferior demonstrando que o bebê não é tão gordinho.

• Veja, sua filha já nasceu com um peso dentro do normal, porém ela não é um bebê gordo, se ela apresentasse ao nascer 4 Kg ela já estaria quase próxima a esta outra linha.

- Na realidade estas duas linhas nos informa que, se o bebê estiver no meio com o seu peso entre a linha inferior e a superior, ela está bem. Significa também que o leite materno é forte.
- **Violeta: Agora eu vou trocar de seio, espera aí. Com muito cuidado, carinho, atenção, ela ofereceu o outro seio e desta vez, para a nossa surpresa, com as manobras da mãe, a criança abocanhou o seio com muita, mas muita vontade.**

A expressão de felicidade estava estampada na face da puérpera.

- **Violeta: Viu só, ela é inteligente, aprendeu rapidinho.**
- Pesquisadora: O que você gostaria de saber sobre a amamentação.
- **Violeta: Minha mãe me disse que eu tenho que evitar refrigerante, comida temperada, que eu tenho que tomar canja de galinha pra não azedar o leite.**
- Pesquisadora: Como você está produzindo o leite e é através dos alimentos que você come que pode causar transtornos para o bebê como as cólicas. Assim no início quando a criança é novinha você deverá evitar estes alimentos que a sua mãe fala, é importante também você tomar bastante água para poder produzir o leite.
- **Violeta: Há nem precisa dizer, quando ela mama dá uma sede!**
- Pesquisadora: Com o passar do tempo/dos dias você vai experimentando comer certos alimentos aos poucos, um de cada vez, até a criança poder se acostumar.
- Observamos que o bebê não mais mamava, havia largado o seio, logo a mãe colocou-a para arrotar. Você sente dor ao dar de mamar?
- **Violeta: Sinto sim, minha mãe diz que é “calor de figo”.**
- Pesquisadora: O que você está fazendo para melhorar esta situação?
- **Violeta: Nada. Tem alguma coisa para fazer?**
- Pesquisadora: Expor as mamas ao sol, durante 5 minutos, mas não no sol depois das 10:00 horas até as 15:00 horas.
- **Violeta: Eu tenho vergonha, lá em casa tem muito vizinho, isso eu não faço não.**
- Pesquisadora: Na sua casa, dentro do quarto, sala, ou outra parte da casa, não bate sol?
- **Violeta: Bate no quarto da mãe.**
- Pesquisadora: Se você deitar no chão e deixar que o sol bata no seu seio, alguém poderá lhe ver.
- **Violeta: Não sei, posso tentar.**
- Pesquisadora: Caso você não ache um jeito de pegar sol, você também pode realizar “banho de luz”, quer dizer, colocar as mamas expostas à luz de uma lâmpada, abajur, etc ...
- **Violeta: Uma vizinha me disse que tem uma pomada que é boa para isso.**
- Pesquisadora: Hoje em dia nós aconselhamos o banho de sol porque ele é cicatrizante, mas você pode utilizar outros métodos como: lavar o mamilo com o próprio leite materno, colocar suco de laranja, suco de folha de alface, já a pomada fica muito fixa no mamilo podendo atrapalhar a cicatrização, e além do mais o bebê pode mamar o leite com a pomada, o que você acha?
- **Violeta: É acho que você está certa.**
- Pesquisadora: Algo mais lhe preocupa.

- **Violeta: Não, quando tenho que voltar.**
- Pesquisadora: Se você tiver alguma dúvida/problema pode entrar em contato com o Centro de Saúde que eu lhe atendo, mas vamos nos ver semana que vem!
- **Violeta: Tudo bem, quarta-feira, pode ser?**
- Pesquisadora: Sim, as 09:00 horas?
- **Violeta: Está bem. Tchau.**
- Pesquisadora: Tchau.

Finalizando o encontro, encaminhei o bebê para a consulta pediátrica e orientei a puérpera quanto aos cuidados no puerpério, retorno ao ginecologista, quanto ao teste do pezinho e a vacinação.

Agendamos nova consulta para a próxima semana.

Analisando este encontro com Violeta

Em relação ao atendimento realizado à puérpera percebo que não tive habilidade para desenvolver o método da problematização. Tal fato, talvez esteja relacionado com a minha formação profissional, que foi centrado na pedagogia tradicional.

Neste modelo proposto por Bordenave (1982), o grande desafio é o da mudança também da profissional, transformando a realidade existente e ajudando, propiciando um melhor aprendizado.

No início do diálogo Violeta descreve algumas dificuldades com o seu recém-nascido, destacando:

- criança dorme pouco a noite;
- choro intenso;
- diferentes formas da família interpretar o choro do recém-nascido com a cólica ou a fome;
- acha que o bebê tem fome;
- acha o seu leite fraco, relacionando o choro com a fome.

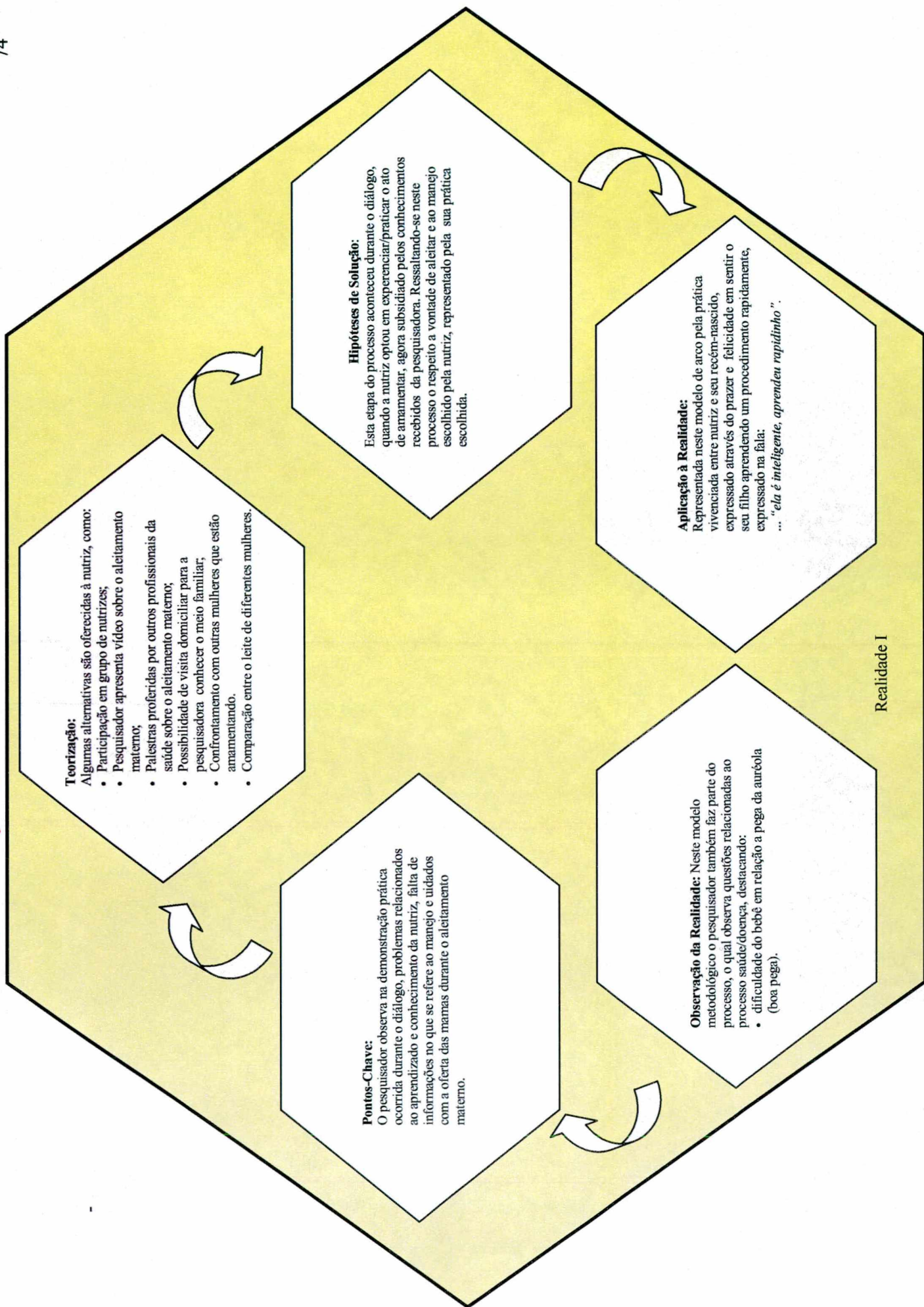
Após a análise do diálogo pude perceber que o atendimento realizado por mim, não fora diferente daqueles de minha rotina, ou seja, a minha intervenção foi de orientar, explicar o porquê dos problemas.

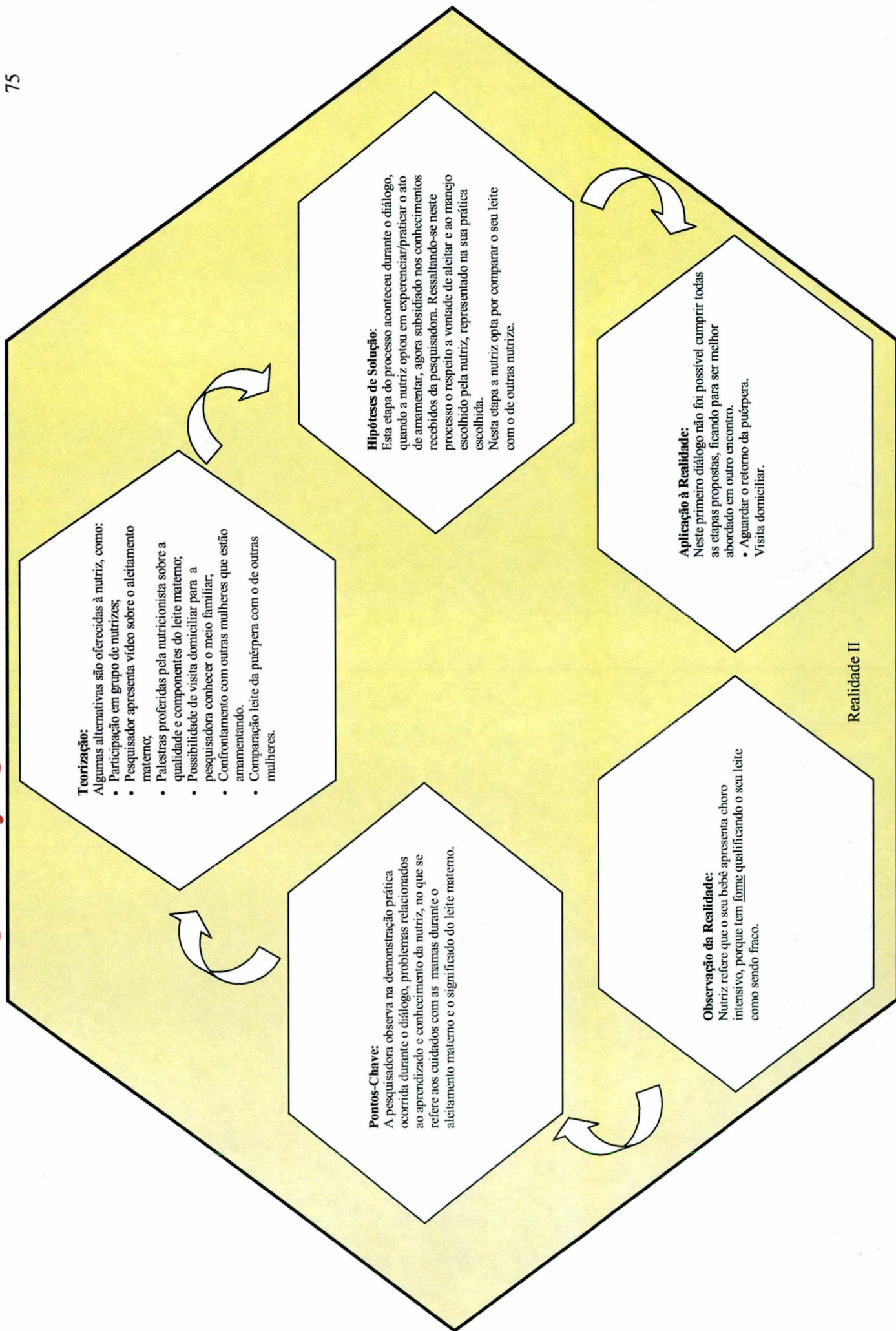
Percebo minha falha, pois neste processo eu não exercitei a aprendizagem com as puérperas, mas sim apliquei os passos da pedagogia tradicional, a da transmissão de conhecimentos. Questiono-me: será que a puérpera aprendeu?

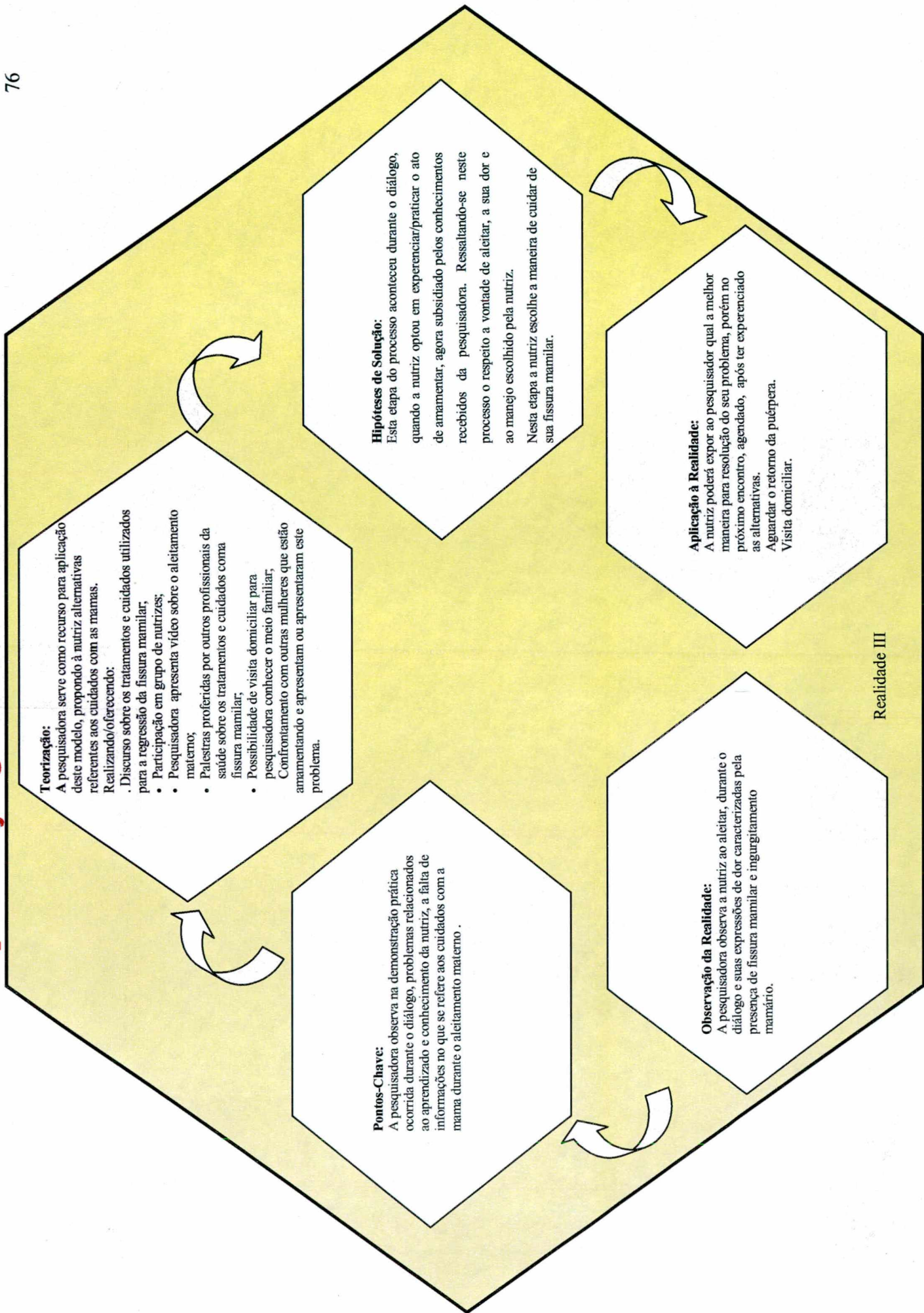
Infelizmente, vários autores, descrevem que apenas uma pequena parte das explicações verbais, são assimiladas, sendo na maioria das vezes considerado como tempo perdido, ficar horas explicando um determinado assunto, nem sempre do interesse da cliente.

Por isso nesta tentativa de buscar a aplicação de um modelo de pedagogia libertadora, muitas vezes, eu como profissional também necessito de intervenção. Retornando várias vezes até encontrar o caminho certo, oportunizando o meu crescimento profissional e conseqüentemente a satisfação das necessidades das puérperas.

Destaco ainda que optei por apresentar este encontro sob a forma de três arcos, distintos, buscando descrever compreensivamente os problemas observados na realidade vivenciada pela nutriz, sendo: dificuldade do bebê em relação a pega, leite fraco e a presença de fissura mamilar, objetivando o meu próprio aprendizado.







2º encontro com Violeta

Iniciamos nosso diálogo, mas neste momento minha maior preocupação era a de respeitar as crenças/valores/hábitos/culturas da nutriz, favorecendo seu aprendizado.

- Pesquisadora: Bom dia!
- **Violeta: Bom dia!**
- Pesquisadora: Como vão vocês?
- **Violeta: Vamos bem.**
- Pesquisadora: Na última conversa nossa, você me falou que sua filha chorava muito.
- **Violeta: É, ela chora bastante, a médica disse que ela tem problema de refluxo, porque ela vomita muito.**
- Pesquisadora: O que você está fazendo em relação ao refluxo?
- **Violeta: Estou fazendo como a médica disse, colocando ela para dormir com a cabeceira mais alta do que o corpo, fazendo ela arrotar depois que mama.**
- Pesquisadora: Você está observando alguma melhora?
- **Violeta: Ainda não, ela chora demais, lá em casa ninguém mais dorme a noite.**
- Pesquisadora: O que você acha que está acontecendo?
- **Violeta: Não sei, às vezes acho que ela chora porque tem cólica, a barriguinha dela chega a ficar dura, mas, às vezes ela acaba de mamar e continua chorando, aí eu acho que é fome.**
- Pesquisadora: O que você faz nesta situação?
- **Violeta: Eu a pego no colo e fico com ela nos meus braços até ela acalmar. E quando a coloco no berço é aquela choradeira. Já estou cansada, desde que ela nasceu eu não durmo direito, não sei mais o que eu faço. A médica me disse que é para eu só dar o peito, mas minha mãe acha que devo dar mamadeira, porque ela tem fome.**
- Pesquisadora: O que você acha?
- **Violeta: Não sei.**
- Pesquisadora: Você já observou outro recém-nascido, como é o comportamento, se chora muito ou não.
- **Violeta: Não.**
- Pesquisadora: Na sua família teve alguém que amamentou até os 6 meses?
- **Violeta: Que eu lembre não.**
- Pesquisadora: Você tem vontade de amamentar?
- **Violeta: Eu quero sim.**
- Pesquisadora: Porquê você quer amamentar?
- **Violeta: Porque é bom!**
- Pesquisadora: Bom! Em que sentido, explique-me melhor?
- **Violeta: Porque a criança precisa comer.**

- Pesquisadora: Mas existem outras formas de dar comida para o bebê, porquê você escolheu amamentar?
- **Violeta: A médica dela disse que a amamentação é o melhor alimento para a minha filha, que era tudo o que ela precisava para crescer.**
- Pesquisadora: O que você acha?
- **Violeta: Acho que ela tem razão.**
- Pesquisadora: Mas então porquê a sua filha chora?
- **Violeta: Pode ser que ela chora de cólica, de dor porque tem refluxo e até de fome. É normal a criança chorar, pois ela não fala.**
- Pesquisadora: Você acha que o seu leite é bom!
- **Violeta: Acho o meu leite fraco, ele é ralinho, por isso é que ela chora de fome, às vezes.**
- Pesquisadora: Você já viu o leite materno de outra mulher.
- **Violeta: Já.**
- Pesquisadora: Você já comparou o leite materno de outras mulheres com o seu?
- **Violeta: Comparar assim de colocar um cara-a-cara com o outro, não.**
- Pesquisadora: Você gostaria de ver o leite materno de outras mulheres.
- **Violeta: Sim, gostaria.**

No CS II Balneário, todos os dias no período matutino, ocorre o atendimento realizado pelo pediatra e por coincidência haviam no corredor do Centro, duas nutrizes amamentando os seus bebês.

Conversei com ambas, explicando sobre o meu trabalho e quanto às dúvidas de uma puérpera que eu estava atendendo, em relação ao seu leite.

Perguntei se elas gostariam de colocar suas experiências sobre o aleitamento materno, já que as duas amamentaram exclusivamente até o 6º mês e continuam amamentando, sendo que uma criança tem 09 meses e a outra 1 ano e três meses.

Nos encaminhamos até o consultório onde estava Violeta, acomodamos todas na sala e iniciamos o diálogo.

Deixei a conversa entre elas fluir, de forma livre, observando dados relevantes ao problema: choro intenso do bebê relacionado ao leite fraco.

Neste momento pude perceber que o Método do Arco, proposto por Charles Magueres, citado por Bordenave (1982), estava se desenvolvendo.

Após 30 minutos de conversa/diálogo entre as puérperas, observei um clima de tranqüilidade, não só por evidenciar todas as três amamentando os seus filhos, mas principalmente por perceber que Violeta encontrava-se mais segura.

Continuamos o diálogo, nós quatro.

- Pesquisadora: Violeta, você observou as outras mulheres amamentando?
- **Violeta: Sim.**
- Pesquisadora: Observaste alguma diferença entre o leite delas e o seu?
- **Violeta: Não, são todos branquinhos.**
- Pesquisadora: Você acha que o seu leite é forte?
- **Violeta: Sim, eu acho.**
- Pesquisadora: O que você aprendeu com elas?
- **Violeta: Elas me disseram que no início os seus filhos choravam muito, mas que era assim mesmo, depois eles crescem e aí melhora tudo.**
- Pesquisadora: Vamos combinar da seguinte forma, você experimenta continuar amamentando e observando outras crianças que estão sendo amamentadas. Semana que vem, quarta-feira nós voltaremos a conversar.
- **Violeta: Tudo bem! Tchau! Obrigado por tudo.**

Teorização:

Algumas alternativas são oferecidas à nutriz, como:

- Participação em grupo de nutrízes;
- Pesquisadora apresenta vídeo sobre o aleitamento materno;
- Palestras proferidas por outros profissionais da saúde sobre o aleitamento materno;
- Possibilidade de visita domiciliar para pesquisadora conhecer o meio familiar;
- Troca de experiências com outras mulheres que estão amamentando.
- Comparação entre o leite de diferentes mulheres.
- Explicações fornecidas pela pesquisadora e pelas nutrízes;
- Orientações sobre o manejo de dar o peito;
- Demonstrações práticas de como dar o peito;
- Orientações sobre a importância de uma boa-pegada.

Pontos-Chave:

Permeiam neste processo questões relacionadas à crenças, valores, hábitos, das pessoas que circundam a nutriz.

Destacada na fala da puérpera:

... "Minha mãe acha que eu devo dar mamadeira, porque ela

tem fome".

Puérpera descreve, relata dúvidas quanto à qualidade do leite:

... "acho o meu leite ralinho, ...fraco ... por isso ela chora de

fome".

A pesquisadora observa durante a demonstração prática, os problemas relacionados ao aprendizado e conhecimento da nutriz e a falta de informações, no que se refere a qualidade do leite.

Hipóteses de Solução:

A puérpera opta por conversar/trocar experiências com outras nutrízes, observando, vendo, ouvindo falar sobre a qualidade do leite. A pesquisadora, neste momento, utilizou como recurso a formação de um grupo, marcado no momento da dúvida, de forma natural, espontânea.

A puérpera comparou o seu leite com o de outras mulheres e evidenciou na prática que não havia diferenças.

A puérpera trocou experiências com outras nutrízes.nutrízes.

Aplicação à Realidade:

A puérpera vivencia uma prática representada por outras nutrízes que optaram por amamentar.

Oportunidade de trocar experiências/dúvidas referentes à prática do aleitamento.

Marcado novo encontro para conversarmos sobre a qualidade do leite materno.

Realizar visita domiciliar caso a puérpera não retorne em 10 dias.

Observação da Realidade:

Persiste a mesma realidade descrita pela puérpera na primeira consulta, relatando que sua filha continua chorando muito, na fala:

... "ela chora demais, lá em casa ninguém mais dorme".

Atribui ao leite fraco o fato da criança chorar.

Realidade IV

Continuando a análise dos encontros com Violeta

Analisando o meu segundo encontro pude perceber com satisfação uma melhora na minha forma de conduzir o diálogo.

Ao realizar o processo do “arco”, uma das etapas é a observação da realidade em diferentes momentos de interação profissional/cliente. Percebi que esta realidade, ainda estava articulada aos pontos-chaves das realidades I, II e III.

Nesta etapa, de acordo com o diálogo, foram emergindo vários questionamentos acerca da realidade. Uma delas foi a explicitação de Violeta sobre a qualidade de seu leite, referida na fala: “... **acho que o meu leite é fraco**”.

Para problematizarmos, necessitei fazer uso de conhecimentos acerca da realidade, tal e qual ela se apresenta. Tendo em vista este ponto de partida “a qualidade do leite”, o que precisaríamos era conhecer, desvelar o que poderia estar por detrás desta atribuição da qualidade “fraca” do leite materno.

Emergiram vários questionamentos:

- Porquê ela considera o seu leite fraco?
- Será que só o seu leite é fraco?
- O que é para ela leite fraco?
- O que significa produzir um leite fraco?
- Porquê ela relaciona o leite fraco com o choro intenso do seu filho?
- Será que todos os leites são fracos?
- Será que toda vez que a criança chora é porquê ela tem fome?

Nesta primeira intervenção predominou a utilização de meus conhecimentos, a observação da realidade e o reconhecimento do problema do ponto de vista da cliente.

Voltando a analisar a minha proposta de trabalho, numa metodologia alternativa, percebo que muito ainda me falta, para desvincular minha prática profissional da tradicional. Necessito também experienciar/sentir este processo de transformação, pois o que me proponho a fazer só terá sentido se for compartilhado com outras pessoas.

É difícil saber qual é o momento certo para intervir, pois na prática os acontecimentos são rápidos demais.

Minha primeira experiência utilizando este referencial teórico mostrou que o desafio é grande. Havia uma necessidade de intervir sentida por mim e a partir da fala da puérpera, como segue:

“... é assim a noite toda, ela chora para comer”.

“... acho que meu leite é fraco, porquê ela chora demais”.

“... sinto dor ao dar de mamar ...”.

Deste diálogo emergem duas questões relacionadas à observação da realidade:

- de um lado a relação da puérpera quanto à qualidade de seu leite;
- de outro lado a observação da pesquisadora na hora em que a puérpera oferece o seio à criança e esta não consegue abocanhar todo o mamilo.

Surgem dois encaminhamentos, um como sendo o de demonstrar, ensinar, orientar, explicar o manejo adequado para o aleitamento materno e o outro, o mais difícil, o de descobrir, desvelar o quê poderá estar relacionado ao fato da nutriz relacionar o seu leite como sendo fraco e ainda com o choro do bebê.

Após a identificação da primeira etapa do “arco”, a situação problema, lembro que neste processo de diálogo muitas vezes existem mais de um processo/arco a serem desenvolvidos.

A realidade observada, na demonstração prática do aleitar, ocorre quando a puérpera oferece o seu seio ao seu filho, como forma de alimento. Nesta observação evidencio dificuldades no “manejo de dar o peito”, observando a inquietação da criança, as dificuldades do bebê em abocanhar o mamilo, as dificuldades da puérpera em segurar o seu filho durante a amamentação e em oferecer o seio para a criança mamar.

O problema que emerge dessas observações é: “dificuldade demonstrada pela puérpera durante a prática do aleitar”.

O que será que poderá interferir de forma coerente como contribuinte para a dificuldade na prática do aleitar?

Haverá necessidade de transmissão de conhecimentos sobre o manejo da amamentação?

Faz-se importante e necessário uma demonstração prática sobre como “dar o peito”? Qual a melhor posição para o bebê e para a puérpera? Como acontece a descida e saída do leite? O que significa “uma boa pega”?

Selecionando - Teorização:

- Orientações sobre o manejo de “dar o peito”.

- Demonstrações práticas de como “dar o peito”.
- Orientações sobre a importância de uma “boa pega”.

Talvez o ponto chave esteja relacionado à dificuldade da puérpera na prática do manejo adequado do aleitar e da “boa pega”, relatada no primeiro encontro, realidade I.

Como hipótese de solução realizei um diálogo, de forma participativa, permitindo que a nutriz colocasse em prática meus ensinamentos, cabendo-lhe optar em utilizar ou não esse conhecimento.

Consequentemente a aplicação à realidade, aconteceu quase que imediatamente após a intervenção. Foi um processo muito rápido, pois estavam diante de mim dois seres, apresentando uma situação problema: de um lado um recém-nascido faminto e de outro lado uma puérpera desejando alimentar o seu filho com o seu leite.

O exercício praticado pela puérpera como experiência vivida do aleitar, de forma a testar e validar o seu ato, resignificando o próprio ato e o conhecimento adquirido numa nova prática manifestada por Violeta, quando evidencia uma resposta do seu recém-nascido: **“Viu só, ela é inteligente, aprendeu rapidinho”**.

Desta forma num único encontro, já utilizei todas as etapas do “método do arco”, para a solução de um dos problemas levantados, emergindo uma nova situação problema.

A situação relatada pela puérpera “relacionando a qualidade do seu leite com o choro de seu filho, destacada na fala: **“... acho que o meu leite é fraco ... porquê ele chora demais”**”.

Quando a puérpera revelou sua percepção acerca da qualidade do seu leite, imediatamente, como se fora um reflexo iniciei as explicações sobre o aleitamento materno, informando-lhe que não existe leite fraco. Foi um diálogo/ação tradicional, pois minha prática profissional está fortemente determinada pelo modelo tradicional de transmissão de conhecimentos.

Consegui no entanto, reverter a situação criada por mim quando oportuneizei a observação de outras puérperas na mesma situação. Resultou desta experiência a confirmação do espaço comum desta problemática, na vivência de outras puérperas.

Reconheço que ainda necessito incorporar melhor esta nova prática na qual acredito e defendo. Se ao invés de despejar-lhe os conhecimentos eu procurasse perguntar/questionar/descobrir o quê poderia estar por detrás desta expressão “leite fraco”, certamente teria obtido melhores resultados. Este é o grande avanço que espero conseguir, a

percepção de que não existem “coisas acabadas” e “prontas”, e que o ser humano apresenta-se em contínua transformação.

No primeiro diálogo, não houve a oportunidade da puérpera participar de forma igualitária, pois “ainda” predominava em mim a relação ensino-aprendizagem tradicional.

Outra situação/problema fora observada por mim e também descrita pela puérpera ao ser questionada em relação à dor na mama, durante o aleitamento materno, representada na fala: **“... minha mãe diz que é calor de figo”**, e que caracteriza um problema comum na prática do aleitar, a fissura mamilar.

Muitas vezes a fissura mamilar é ocasionada pela má pega da aréola, no ato de amamentar, como aconteceu com Violeta.

Nesta nova intervenção, consegui promover uma troca de questionamentos/orientações acerca do problema, dos cuidados com este problema e proceder também a teorização de algumas possibilidades referentes aos cuidados com as mamas.

Como o diálogo foi dirigido para orientações sugeridas pela pesquisadora, a puérpera ainda não fez parte da construção do conhecimento das realidades I, II e III, mas sim da realidade IV.

Realizei o agendamento para o prazo de uma semana, e para minha própria surpresa e alegria, a puérpera chegou no dia e hora marcados.

No diálogo ainda persistia a mesma situação/problema descrita anteriormente: “choro intenso do bebê e a relação que a puérpera faz com a qualidade de seu leite, atribuindo ao choro a característica de que seu leite é fraco”.

Mesmo apresentando pouca habilidade ainda, em conduzir um diálogo participativo, minha tentativa foi de favorecer a comparação do seu leite com o de outras nutrizes. Nesta oportunidade, tive certeza do meu sucesso nesta iniciativa conjunta, quando, com a que essência de Violeta, consegui com outras duas puérperas para partilharem desta experiência conjunta do aleitamento materno dos seus respectivos recém-nascidos.

A puérpera mostrou interesse e curiosidade em comparar a maneira de proceder a amamentação e a comparação de seu leite com o leite de outras mulheres. Esta troca de experiências, saneou as dúvidas da Violeta acerca desta prática vivenciada do aleitamento materno, como podemos compreender nas seguintes falas:

“... são todos branquinhos..., eu acho o meu leite forte”.

“... no início os ... filhos choram muito, mas que era assim mesmo, depois eles crescem e aí melhora tudo”.

Compreendi neste momento a riqueza da minha vivência neste caminhar, onde conseguindo abdicar do meu poder interventivo, pude visualizar e ouvir o resultado de uma construção empírica e coletiva de conhecimento sobre a prática do aleitamento materno.

Como estava previsto, realizei uma visita domiciliar uma semana depois.

Descrição da 1ª visita domiciliar realizada à Violeta

Participantes: Violeta e a sua mãe e a pesquisadora.

Local: Violeta reside no Bairro do Balneário, próximo ao C.S. II Balneário. Sua casa é de madeira, com 04 cômodos e um banheiro. Habitada por Violeta, seu cônjuge, sua filha, seus pais e um irmão.

Transcrevo o diálogo em sua residência:

- Pesquisadora: Bom dia!
- **Violeta: Bom dia! Entre, faz favor! Pode sentar. Mãe, essa é a enfermeira do Posto, foi ela quem me atendeu lá, na semana passada.**
- *Mãe: Oi! Quer um cafezinho.*
- Pesquisadora: Sim, aceito.
- **Violeta: Minha filha está ótima.**
- Pesquisadora: Posso vê-la!
- **Violeta: Claro, venha, ela está no meu quarto.**
- Pesquisadora: Ela está dormindo, parece que já engordou.
- **Violeta: É ela está mamando como uma “loba”.**
- Pesquisadora: Nos nossos outros encontros você me disse que ela chorava muito, como está o choro agora?
- **Violeta: Há melhorou muito. Foi como aquelas mulheres disseram lá no posto, com o tempo melhora, mas também, melhorou porque ela agora está mamando mais tempo. Antes ela mamava um pouco e dormia, quando acordava era aquela choradeira. Outra coisa que eu aprendi com as mulheres, foi a fazer massagem na barriga dela e colocar pano quente, para melhorar a cólica.**
- Pesquisadora: Nas nossas conversas você me dizia que o seu leite era fraco. Você continua percebendo assim?
- **Violeta. Há! Quando a gente não tem experiência, tudo ajuda, aqui em casa todo mundo me mandava dar mamadeira, porque o leite do peito não sustentava, se não fosse a senhora eu não teria nem amamentado, porquê eu não sabia nem que a cor do leite do peito era branco claro, achava que o meu leite era fraco porquê era ralinho. Quando eu vi o leite das outras**

mulheres, lá no posto, que amamentam, eu vi que o meu leite era igual ao delas. Daí eu vim para casa e disse para todo mundo que o meu leite era bom e forte. Só assim eu consegui amamentar. Porquê eu quis, não é fácil não, a maioria das pessoas te dizem para dar mamadeira, mas depois que eu vi os bebês lá no posto, fortes e que só mamam eu passei a acreditar em mim.

- Pesquisadora: Como você está se sentindo?
- Mãe: *Olha o cafezinho! Quer com açúcar?*
- Pesquisadora: Sim, obrigada.
- Mãe: *Ela é teimosa, sempre foi assim, desde pequena. Quando quer uma coisa, vai até o fim. Por isso está amamentando. Fazia muito tempo que não tínhamos criança aqui em casa, e ela (a neta) chorava demais. E a primeira coisa que vem na cabeça da gente é que a neném está com fome. No dia em que Violeta veio do posto, ela me disse que o seu leite era igual ao de outras mulheres, e que se ela amamentasse, a sua filha teria mais saúde, porque as mulheres lá mostraram os seus filhos bem saudáveis, falaram que o peito passa através do leite defesas contra doenças.*
- Violeta: **É se não fossem vocês, nem sei, acho que eu não estaria amamentando. A gente deveria receber mais informações no Pré-Natal e acompanhamento após o parto, do tipo que você está fazendo. Porquê é logo após o parto que surgem as dúvidas.**
- Pesquisadora: O meu trabalho é poder auxiliá-la na melhor escolha do alimento, para a sua filha; é poder desenvolver junto com vocês essa consciência crítica, questionadora, oportunizando o aprendizado.
- Violeta: **Olha ela está acordando, está na hora dela mamar, você quer ver como ela mama bem?**
- Pesquisadora: Sim, quero.
- Violeta: **Olha os meus seios estão cheios de leite, pega filha. Viu só, como ela pegou todo o mamilo?**
- Pesquisadora: O que você está sentindo neste momento?
- Violeta: **Há! Nem dá para explicar, a felicidade é tanta, ver que a gente pode ajudar na criação, alimentação dos filhos.**

Após um longo período de silêncio, em que observava o binômio mãe/filho, despedi-me de todos, colocando-me a disposição para qualquer eventualidade ligada a alimentação do bebê.

Foi uma visita muito acolhedora, pois já havia estabelecido o vínculo no C.S.II Balneário.

Pude constatar que as etapas do arco se completam na medida em que as nutrizes aprendem de forma crítica e questionadora.

Em detrimento da realidade observada desde o primeiro encontro e que persistiu no segundo encontro: a relação da nutriz com o choro da criança à sua qualidade do leite.

Na visita domiciliar foram esclarecidas as minhas dúvidas relacionadas aos pontos-chaves. Como pude constatar o problema estava relacionado ao aprendizado, a falta de informações sobre a prática do aleitamento materno.

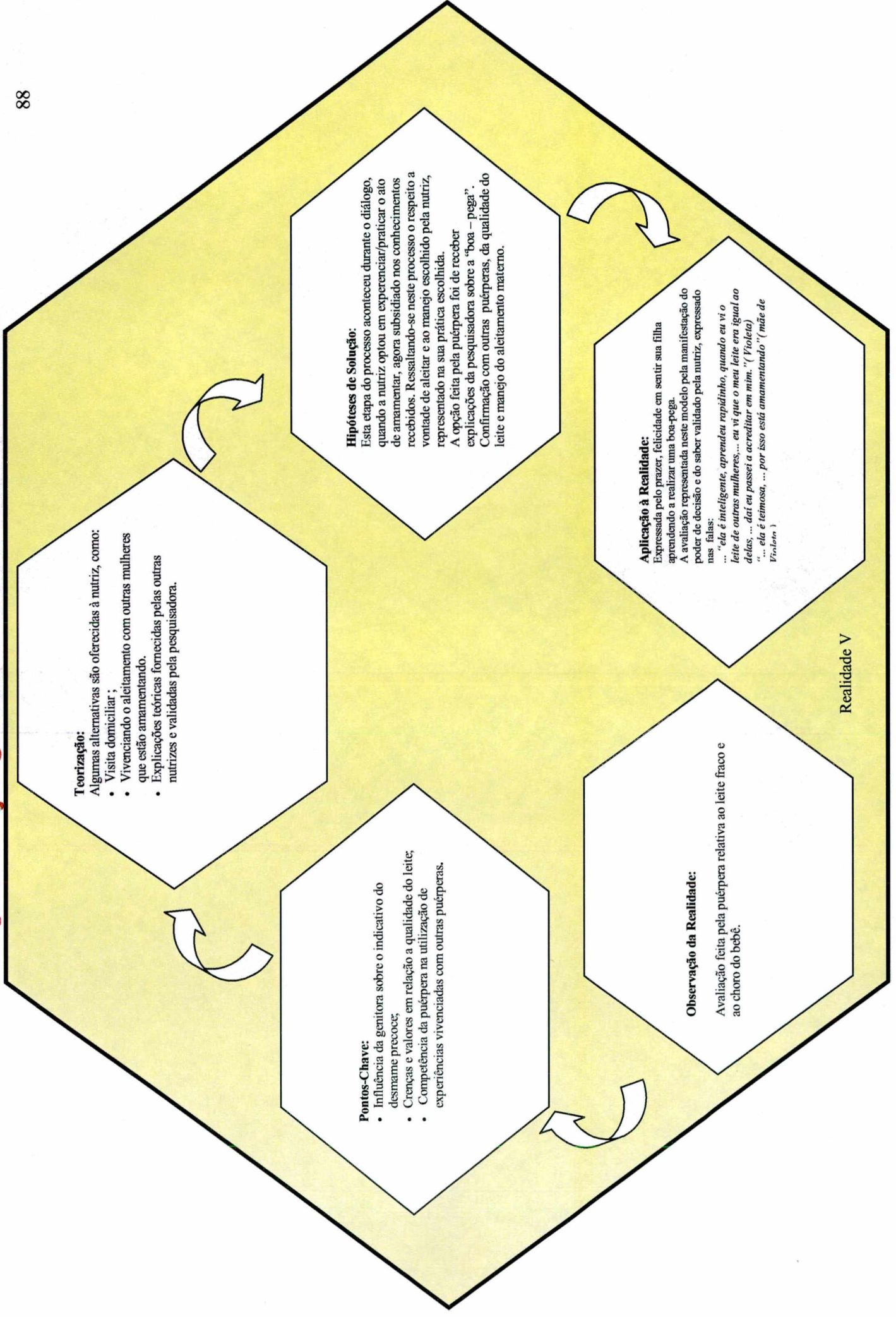
Com a teorização buscamos o confronto e a comparação do leite materno com o de outras nutrizes e com suas próprias experiências; juntamente com explicações fornecidas pela pesquisadora e identificadas pela puérpera como sendo as de hipóteses de solução para o seu problema.

A aplicação à realidade é uma etapa que continuará por algum tempo ainda, mas que já pode ser inserida neste trabalho quando observei o domínio conhecimento e a segurança da puérpera sobre a alimentação da sua filha, aplicando os conhecimentos adquiridos; representada nas falas:

- **“... a felicidade é tanta, ver que a gente pode ajudar na criação, na alimentação dos filhos” (Violeta).**
- **“...no dia em que a Violeta veio do Posto ela me disse que o seu leite era igual ao de outras mulheres, e que se ela amamentasse, a sua filha teria mais saúde ”(mãe de Violeta).**
- **“...depois que eu vi os bebês lá no posto ..., eu passei a acreditar em mim ”(Violeta).**
- **“... quando ela põe uma coisa na cabeça ninguém tira ... por isso está amamentando”(mãe de Violeta).**

E quando salienta a importância desta abordagem, na fala:

- **“... se não fossem vocês, nem sei, acho que eu não estaria amamentando” (Violeta).**



Teorização:

Algumas alternativas são oferecidas à nutriz, como:

- Visita domiciliar;
- Vivenciando o aleitamento com outras mulheres que estão amamentando.
- Explicações teóricas fornecidas pelas outras nutriz e validadas pela pesquisadora.

Pontos-Chave:

- Influência da genitora sobre o indicativo do desmame precoce;
- Crenças e valores em relação a qualidade do leite;
- Competência da puérpera na utilização de experiências vivenciadas com outras puérperas.

Observação da Realidade:

Avaliação feita pela puérpera relativa ao leite fraco e ao choro do bebê.

Aplicação à Realidade:

Expressada pelo prazer, felicidade em sentir sua filha aprendendo a realizar uma boa-pegua.
 A avaliação representada neste modelo pela manifestação do poder de decisão e do saber validado pela nutriz, expressado nas falas:
 ... *"ela é inteligente, aprendeu rapidinho, quando eu vi o leite de outras mulheres... eu vi que o meu leite era igual ao delas, ... daí eu passei a acreditar em mim. (Vióleta)*
 ... *ela é teimosa, ... por isso está amamentando"* (mãe de Vióleta)

Hipóteses de Solução:

Esta etapa do processo aconteceu durante o diálogo, quando a nutriz optou por experienciar/praticar o ato de amamentar, agora subsidiado nos conhecimentos recebidos. Ressaltando-se neste processo o respeito a vontade de aleitar e ao manejo escolhido pela nutriz, representado na sua prática escolhida.
 A opção feita pela puérpera foi de receber explicações da pesquisadora sobre a "boa - pega".
 Confirmação com outras puérperas, da qualidade do leite e manejo do aleitamento materno.

Realidade V

1º encontro com Rosa e Cravo

Jovem de 22 anos aqui representada como Rosa, múltipara, de gravidez planejada, encontrava-se no 10º dia de puerpério, que vive com o seu esposo. É trabalhadora, estando em licença gestacional., retornando ao Centro de Saúde II Balneário para uma consulta de enfermagem.

Participantes: Rosa e marido (Cravo), pesquisadora, marido e enfermeira do C.S.II Balneário.

Relato do Diálogo:

Para esta interação, respeitando os preceitos éticos denominarei a puérpera de “Rosa”, o seu esposo de “Cravo”, e a enfermeira do CS-II Balneário de “Cris” e eu de “Pesquisadora”.

- Pesquisadora: Bom dia! Meu nome é Vanessa, sou enfermeira e pesquisadora do aleitamento materno, gostaria de saber se vocês concordam em participar da minha pesquisa fornecendo-me dados em relação à gestação, parto, puerpério, amamentação e outros.
- Cravo: *Sim, não vejo nenhum problema.*
- Rosa: Tudo bem.
- Cris: Eu sou a enfermeira responsável por este Centro de Saúde e realizarei o registro de nossa conversa.
- Pesquisadora: Como vai o bebê?
- Rosa: Vai muito bem.
- Pesquisadora: Qual o seu nome?
- Rosa: Ela se chama “M”.
- Pesquisadora: Como está sendo a experiência de amamentar?
- Cravo: *No início o seio dela rachou no bico, agora está melhorando.*
- Pesquisadora: O que foi feito para melhorar esta situação?
- Cravo: *Já na Maternidade fizeram banho de luz e compressas quentes, em casa continuamos a fazer banho de sol e compressas quentes, por isso melhorou.*
- Pesquisadora: Como você Rosa, está sentindo está prática de amamentar?
- Rosa: Eu ainda sinto muita dor no bico do seio, agora está melhor, no início doía muito, era uma dor sem explicação, precisa de muita força de vontade para amamentar.
- Pesquisadora: Mas vocês desejam amamentar?
- Cravo: *Sim, o primeiro filho não foi amamentado porque o seio dela empedrou, rachou, e não sabíamos o que fazer.*
- Pesquisadora: Vocês realizaram o pré-natal na primeira gravidez?

- *Cravo: Sim, mas não nos disseram nada sobre o aleitamento materno. O médico quando viu o seio dela empedrar logo indicou a mamadeira.*
- Pesquisadora: E vocês desejam amamentá-la?
- *Cravo: Sim, porque ainda não conseguiram fabricar um leite igual ou superior ao aleitamento materno, o leite materno tem, além dos nutrientes que a criança necessita, os anticorpos que a mulher passa através do leite, as defesas contra doenças.*
- Pesquisadora: E você Rosa o que você acha?
- Rosa: Eu concordo com o meu marido, não inventaram nada que substitua o leite materno.
- Pesquisadora: E o que você sente quando amamenta?
- Rosa: Eu vejo que esta criança, tão indefesa, precisa de mim, do meu leite, do meu carinho, é bom.
- Pesquisadora: E você Cravo?
- *Cravo: Eu me sinto mais seguro, sabendo que estamos ajudando nossa filha, protegendo-a contra doenças, dando-lhe um alimento natural. Um alimento que está disponível toda hora, sempre pronto, não precisa de mamadeira, fogão, etc ...*
- Rosa: É verdade, na hora que ela quer comer, o leite já está pronto, na temperatura certa, é muito mais prático. Com meu primeiro filho, era mais difícil, tínhamos que preparar a mamadeira, quando saíamos, levávamos um monte de coisas, como água, chá, leite, mamadeira. Com o aleitamento materno é fácil, basta eu ir junto com a minha filha, que o leite está pronto.
- Pesquisadora: Vocês me disseram que o primeiro filho não foi amamentado, porque o leite “empedrou”. Vocês receberam alguma informação sobre o aleitamento materno no pré-natal?
- *Cravo: Sempre com o primeiro filho tudo é mais difícil, complicado, desta vez nós lemos bastante sobre os cuidados com o recém-nascido, o seu melhor alimento, além dos médicos incentivarem também o aleitamento materno. A Maternidade também contribuiu muito, orientando-nos acerca do que fazer.*
- Rosa: Na Maternidade, quando o meu seio começou a rachar, a enfermeira logo me levou para colocar os seios no banho de luz e também fez compressas quentes. Ao sairmos da Maternidade Carmela Dutra nos orientaram sobre o que fazer para melhorar essa rachadura no seio. E graças a Deus está melhorando.
- Pesquisadora: Vocês observaram ou observam esta prática do aleitamento materno nas suas famílias?
- *Cravo: Na nossa família temos duas cunhadas que amamentaram, uma a criança mamou pouco, uns dois meses, porque o leite dela secou, e a outra amamentou até hoje, o seu bebê tem ± 1 ano e meio.*
- Pesquisadora: Você Cravo foi amamentado.
- *Cravo: Acho que sim.*
- Rosa: Não, acho que não, porque a sua mãe falou que ela foi internada logo após o seu nascimento para tratar de uma pneumonia.
- *Cravo: É verdade.*
- Rosa: Eu não sei, minha mãe é falecida.
- Pesquisadora: Vocês tem alguma dúvida em relação a prática do aleitamento materno.

- Rosa: Eu quero amamentar, tenho muito leite, tomo bastante água porque tenho muita sede, mas fico preocupada se ela mama demais.
- Pesquisadora: O que você acha?
- Rosa: Ela é um pouco manhosa, só dorme mamando, e como eu tenho muito leite e ela é muito dorminhoca eu acho que ela mama demais.
- Pesquisadora: E você cravo?
- Cravo: *Realmente ela só dorme se for colocada no peito, quando ela está no berço ou no meu colo ela fica procurando o seio, então a Rosa lhe oferece o seio e ela dorme em seguida.*
- Rosa: Sinto que quando ela está com sono, ela está satisfeita, mas fica mamando e deixando o leite escorrer pela boca, e quando eu vou tirar o peito dela, ela já procura de novo.
- Pesquisadora: O que você acha.
- Rosa: Acho que pode ser fome, ou necessidade de carinho.
- Pesquisadora: E você Cravo.
- Cravo: *Acho que é necessidade de carinho.*
- Rosa: Mas ela é dorminhoca, só dorme e come, queria que ela ficasse mais acordada. Todo recém-nascido dorme assim?
- Pesquisadora: O que vocês acham?
- Cravo: *Acho que é normal.*
- Rosa: Não sei.
- Pesquisadora: Procure perguntar para alguém que tem filhos como é? Lá fora, no corredor existem várias mulheres com bebês, conversem com elas, troquem suas experiências.
- Rosa: Tudo bem. Acho que ela é calma, não sente dor de barriga, não incomoda com cólica.

Neste momento a Rosa ofereceu o seu seio para a sua filha mamar. Observei que a criança só pegava o bico do seio, mas Rosa, ajudava-a com os dedos, fazendo com que abocanhasse todo o seio.

- Pesquisadora: Porquê você está ajudando ela a mamar?
- Rosa: Porque ela só pega no bico, e dói, ela é um pouco preguiçosa eu tenho que ajudar. Se ela pegar só no bico aí ele racha, além da dor, assim fica melhor.
- Pesquisadora: Como você aprendeu isso?
- Rosa: Na Maternidade eles ensinaram sobre a “boa pega”, e é verdade, eu sinto que a dor diminui quando ela abocanha todo o seio.
- Pesquisadora: O que vocês sentem quando observam está prática da amamentação?
- Rosa: O que eu sinto quando amamento é que é muito bom colocar uma coizinha assim no mundo. Já tenho um filho de 9 anos e hoje acontece tudo de novo.
- Cravo: *É muito gratificante poder criar um ser tão indefeso.*
- Pesquisadora: Qual foi a diferença existente no nascimento do primeiro filho e desta em relação ao aleitamento materno?

- *Cravo: No primeiro filho faltou informação.*
- Rosa: Não consegui amamentar, não sabia como fazer. Agora é diferente.
- Pesquisadora: Eu me coloco à disposição de vocês, em todas as quartas-feiras pela manhã estarei aqui, caso vocês precisem, porém gostaria de lhes convidar para participar de um grupo de discussão sobre o aleitamento materno, na Quarta – feira, às 08:30 h.
- *Cravo: Sim, obrigado, mas infelizmente eu não vou poder e você Rosa?*
- Rosa: Eu posso sim, gostaria muito.
- Enfermeira: Vou deixar a enfermeira terminar a avaliação com você Rosa e você Cravo, se quiser pode levar a nené para realizar as vacinas e o teste do pezinho na primeira sala do Posto ao lado do balcão.
- *Cravo: Obrigado por sua atenção, gostei muito, se todo o lugar fosse assim, muitos problemas seriam evitados porque é nestas horas que aparecem as maiores dúvidas.*
- Rosa: Obrigada, foi muito bom falar com vocês.
- Pesquisadora: Tchau!

Assim, aguardei o retorno de Rosa para completar a problematização, porém encaminhei o recém – nascido à pediatra, para consulta e posteriormente realizar o teste do pezinho e as vacinas.

Teorização:

Algumas alternativas são oferecidas à nutriz e esposo, como:

- Participação em grupo de nutrizes;
- Pesquisador apresenta vídeo, cartazes, panfletos e álbum sobre o aleitamento materno;
- Palestras proferidas por outros profissionais da saúde sobre o aleitamento materno;
- Possibilidade de visita domiciliar para pesquisador conhecer o meio familiar;
- Orientações dadas ao casal sobre fissura mamilar;
- Comparação com outras mulheres que apresentam ou apresentaram problemas semelhantes;
- Praticar os cuidados com a fissura mamilar.

Pontos-Chave:

- Uso incorreto das técnicas de orientação aos problemas com as mamas
- Conhecimentos teóricos adquiridos no pré-natal e maternidade foram insuficientes.

Hipóteses de Solução:

- Puérpera e esposo experenciam na prática, que os conhecimentos adquiridos no pré-natal, na maternidade são adequados aos problemas identificados, optando em continuar a aplicá-los, de forma correta.
- A puérpera e esposo experenciarão em casa a aplicação dos conhecimentos obtidos.

Aplicação à Realidade:

Ao observarmos a nutriz amamentando, seu conhecimento sobre a importância do aleitamento materno e sua vontade em amamentar, nas falas da nutriz e esposo:

"Eu quero amamentar" (Rossa).

"Ainda não conseguiram fabricar um leite igual ou superior ao leite materno..." (Cravo).

Predominam neste processo o desejo, a vontade do "trintão" - mãe-pai-filho à amamentação.

- A puérpera experencia em seu domicílio as técnicas orientadas para o tratamento da fissura mamilar.
- Marcado retorno para 07 dias, no grupo de puérperas. Visita domiciliar se não comparecer em 08 dias.

Observação da Realidade:

Presença de problema nas mamas: fissura mamilar, decorrente de ingurgitamento mamário.

Realidade I

Analizando o 1º encontro com Rosa e Cravo

A primeira etapa do arco: “a observação da realidade” define-se como a situação/problema, aqui representada pela presença de fissura mamilar.

Ao iniciar o diálogo com o casal destacava-se a vontade da puérpera e seu esposo de “querer amamentar”.

Esta é uma situação que merece respeito, pois a mulher tem o poder de decidir qual o alimento que deseja oferecer ao seu filho. A contribuição do marido muitas vezes também interfere nesta opção.

Mas, a situação descrita neste encontro é a presença de “fissura mamilar”, expressada pela nutriz, na fala “... **sinto muita dor ao amamentar**” e de seu esposo, “... **desde o início do aleitamento materno o seio dela rachou ...**” e também na observação da pesquisadora em evidenciar o problema nas mamas.

Como identificar os pontos-chaves desta situação, fissura mamilar decorrente do ingurgitamento mamário torna-se muitas vezes difícil, porém alguns pontos merecem ser considerados como:

- o casal refere ter realizado todo o pré-natal, conforme a rotina do período gestacional; fato comprovado pelos conhecimentos expressos pelo pai;
- referem ter recebido orientações referentes aos cuidados com as mamas;
- referem ter recebido orientações quanto ao tratamento das fissuras mamilares.

Levando-me a realizar os seguintes questionamentos:

- o casal utilizou as orientações de forma correta e no tempo/situação da fissura mamilar?
- o casal compreendeu estas informações de modo a modificar esta situação?

Partindo para a teorização desta situação, foram discutidas algumas possibilidades/alternativas para resolução dos problemas, como:

- a pesquisadora disponibiliza o uso de materiais educativos (vídeo, cartazes, panfletos, álbum) referentes aos cuidados/problemas com as mamas;
- a pesquisadora disponibiliza informações sobre cuidados com as mamas;
- possibilidade da pesquisadora realizar uma visita domiciliar para contribuir na resolução desta situação/problema;

- oportunidade de participação de um grupo de puérperas;
- comparação entre outras puérperas que apresentam e/ou apresentaram problemas com as mamas.
- praticar os cuidados com fissura mamilar.

O casal optou em praticar a realização dos cuidados com fissura mamilar, juntamente com a orientação sobre a fissura mamilar.

O casal necessita de um certo tempo para poder executar/aprender/ entender o que ocasionou o problema, com as mamas, definir qual a melhor solução para este problema e para a manutenção do aleitamento materno.

Sendo agendado para próxima semana uma atividade grupal, descrita posteriormente.

1º encontro com Orquídea

Mulher de 40 anos aqui representada como Orquídea, múltipara, de gravidez não planejada, que vive com os seus filhos e seu esposo, encontrava-se no 9º dia de puerpério, retornando ao Centro de Saúde II Balneário para uma consulta de enfermagem.

Participantes: Orquídea, pesquisadora e enfermeira do C.S. II Balneário.

Para esta interação denominarei a puérpera de Orquídea.

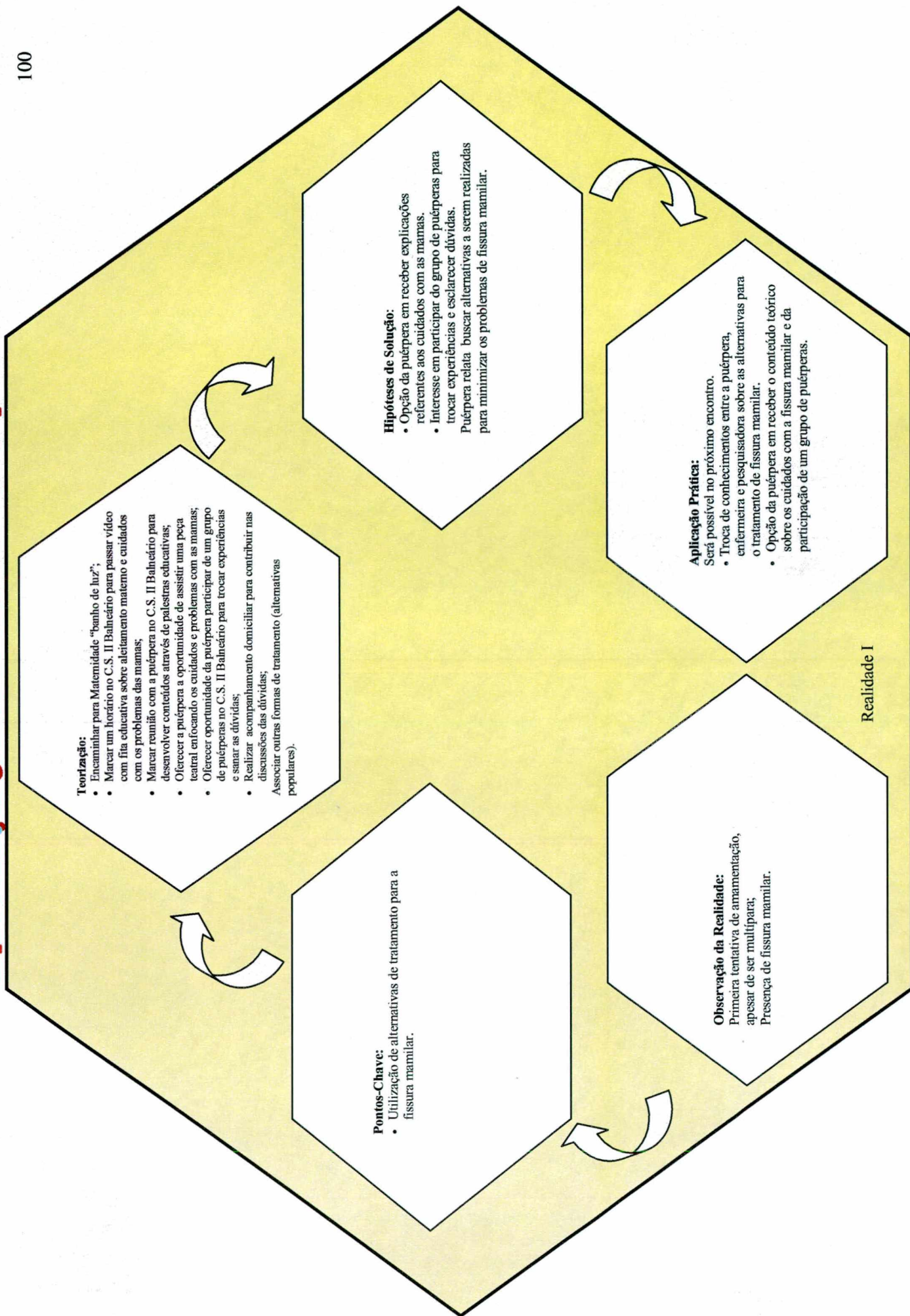
- Pesquisadora: Bom dia! Meu nome é Vanessa, sou enfermeira e estudante do Mestrado da UFSC, estou desenvolvendo um trabalho de pesquisa referente ao aleitamento materno. Como foi a sua gravidez?
- Orquídea: Foi normal, apesar de dizerem que eu era gestante de risco.
- Pesquisadora: Porquê você foi considerada gestante de risco?
- Orquídea: Porque eu tinha 40 anos e a minha pressão aumentou e as varizes nas pernas também.
- Pesquisadora: Como você está agora?
- Orquídea: Agora a P.A. está controlada. As varizes nas pernas eu estou tratando com um vascular, porquê no pré-natal o médico não tratou, me deixou sentir muita dor nas pernas e não fazia nada. Agora estou tomando o Lexane, você conhece?
- Pesquisadora: Sim, e como você está se sentindo?
- Orquídea: Agora não sinto mais dores nas pernas, porquê eu tenho é varizes interna.
- Pesquisadora: Você está amamentando? Qual o tipo de alimento que você está oferecendo ao seu filho?
- Orquídea: Sim, os outros filhos eu não amamenteei, só 15 dias, porquê rachou o bico do seio, deu "calor de figo". Desta vez só rachou um pouco, daí coloquei manteiga de cacau, passei fralda úmida.
- Pesquisadora: Você percebe que está melhorando esta rachadura no seu seio? Você notou diferença depois deste cuidado?
- Orquídea: Está um pouco melhor.
- Pesquisadora: Você está preocupada com alguma coisa?
- Orquídea: Estou preocupada porque ela mama pouco e dorme muito. Acho que ela é muito dorminhoca, o médico da Maternidade Carlos Corrêa me disse para amamentá-la de 2/2 horas.
- Pesquisadora: O que você acha? Como você amamenta? Conte-me.
- Orquídea: Não dá certo, às vezes ela quer mamar antes de completar 2 horas e às vezes passa de 2 horas e ela ainda está dormindo.
- Pesquisadora: O que você faz?
- Orquídea: Eu estou seguindo as orientações do médico, mas estou preocupada se ela está mamando o suficiente.
- Pesquisadora: O que você pensa a respeito?

- Orquídea: Não sei, tenho dúvidas. Vocês da área da saúde não saberiam me dizer?
- Pesquisadora: Sim. No início a criança dorme muito mesmo e como é o sono dela à noite?
- Orquídea: Às vezes ela dorme bem, e às vezes ela acorda. Mas quanto que ela precisa mamar? As vezes eu acho que ela já está de barriga cheia, mas às vezes eu acho que ela mama pouco e logo tem fome. Vocês não sabem me dizer como é?
- Pesquisadora: Como você oferece o peito?
- Orquídea: Eu estou seguindo as orientações do médico, dando o peito de 2/2 horas, mas já lhe disse que eu tenho dúvidas.
- Pesquisadora: Você oferece as duas mamas?
- Orquídea: Sim, mas às vezes ela já dorme na primeira mama.
- Pesquisadora: Você já ouviu falar na importância da criança mamar os dois seios?
- Orquídea: Não. Como eu faço?
- Pesquisadora: Existem de uma maneira geral, dois tipos de leite, o leite de frente/anterior ou o primeiro leite que é aquele que a criança mama quando o seio está bem cheio, e o leite de trás ou posterior, que é o leite que a criança mama até esvaziar a mama. O leite de frente é rico em vitaminas, sais minerais e outros ingredientes, ele é importante para a saúde do bebê, mas já o leite posterior é aquele rico em gorduras, é ele que deixa a criança mais satisfeita, e engorda.
- Como você faz para que ela mame estes dois tipos de leite?
- Orquídea: Acho que ela só mama o leite da frente, porque ela mama sempre, parece que nunca está satisfeita. Eu ofereço uns 15 minutos este seio direito e depois o esquerdo mas os dois seios estão sempre cheios de leite? O que eu faço?
- Pesquisadora: Experimente oferecer o seio direito e depois o esquerdo durante uma mamada. Após algumas horas ofereça novamente o seio esquerdo, me conte depois se você notou diferença.
- Orquídea: Então eu ofereço este (direito), depois este (esquerdo) e quando eu for dar de mamar de novo eu dou este (esquerdo). Há assim ela vai mamar o leite de trás, porque repete o seio, o mesmo que eu termino é o mesmo que eu vou começar depois.
- Pesquisadora: Qual foi o motivo da não amamentação dos outros seus filhos?
- Orquídea: O bico do meu seio rachou, deu “calor de figo”, foi horrível. Antes a gente não tinha nenhuma orientação. No pré-natal dela, eu preparei minha mama, usei a escovinha de dentes, esfregava com toalha o mamilo, daí não foi tão ruim, rachou o peito mas só um pouco.
- Enfermeira: Como você usava a escova de dentes? Me ensina. Eu estou grávida.
- Orquídea: Na hora do banho você esfrega a escova de dentes no mamilo. É bom você cuidar do seu bico do seio desde já; porque mesmo cuidando às vezes ele ainda racha.
- Pesquisadora: Porquê o bico do seio racha?
- Orquídea: Acho que é porque o seio tem uma pele fina, sensível, e quando a criança pega ele fica mais sensível e daí racha.
- Pesquisadora: Você já observou se todas as mulheres que amamentam os bicos de seus seios racham?
- Orquídea: Acho que não. Tem alguma coisa que vocês sabem para evitar isso? Me digam?
- Pesquisadora: Nós temos aqui no Centro de Saúde:

- uma TV e um vídeo com fitas educativas sobre os cuidados com as mamas, importância do aleitamento materno, vantagens e desvantagens de outros tipos de alimentos oferecidos ao recém-nascido;
- há também o desenvolvimento de atividades de grupo, com grupo de mulheres pós-parto, grupo de gestantes e outros;
- desenvolvemos palestras educativas;
- temos uma peça teatral sobre os problemas com as mamas;
- nos colocamos à disposição também para realizar um “apoio domiciliar”, visitando as mulheres que apresentam dificuldades referentes à alimentação de seus filhos.
- Diante do exposto, quais as alternativas você quer escolher?
- Orquídea: Eu gostaria que vocês me explicassem agora, se vocês soubessem, mas também estou interessada em participar de um grupo de mulheres pós-parto. É muito bom a gente poder ouvir outras mulheres.
- Pesquisadora: Quanto à participação no grupo vamos agendá-la para o próximo dia 16/12 às 8:30 horas, dia do grupo de “puérperas” ou melhor de mulheres que pariram.
- Mas você nos perguntou sobre as explicações referentes ao seu problemas na mamas: a fissura mamilar.
- Gostaria de saber o que você está fazendo para resolver este problema no seu seio?
- Orquídea: Eu estou colocando ele no sol.
- Pesquisadora: Como? Quanto tempo? Explique-me.
- Orquídea: No início da manhã, no primeiro sol eu aproveito para dar banho de sol “nela” e no meu seio também e às vezes eu repito no final da tarde depois das 16 horas, durante uns 5’ a 10’.
- Pesquisadora: Você tem observado alguma melhora?
- Orquídea: Sim, no início eu estava bem pior, agora já está melhorando.
- Pesquisadora: Quanto tempo você acha que ocorre a cicatrização da fissura mamilar?
- Orquídea: Leva alguns dias, pois quando nós temos uma ferida leva tempo para cicatrizá-la, com o seio deve ser a mesma coisa.
- Pesquisadora: Além do sol você conhece outros métodos que auxiliam na cicatrização deste problema?
- Orquídea: Uma vizinha minha me ensinou suco de folhas de alface, mas eu não sei, acho perigoso colocar qualquer coisa no seio, eu gosto de consultar sempre as pessoas da área da saúde, o que você acha?
- Pesquisadora: Acho importante a senhora ter esta consciência, mas às vezes existem descobertas feitas nas comunidades que as mulheres sabem que funcionam, mas os profissionais da saúde desconhecem.
- Orquídea: Então o que devo fazer?
- Pesquisadora: Às vezes é necessário experimentar, usar, questionar e tirar nossas próprias conclusões.
- Orquídea: Entendi. Só que tem coisas que a gente já sabe que pode fazer mal, mas tem outras que podemos tentar. Então vou experimentar usar o suco de folha de alface, depois eu lhes falo.

- Pesquisadora: Tudo bem, é muito importante que você troque sua experiência conosco, assim aprendemos juntas.
- Orquídea: Então eu vou indo que ainda tenho que fazer as vacinas nela. Semana que vem eu venho aqui lhes dizer como foi. Mas eu queria agradecer, foi a primeira vez que eu fui atendida assim, com calma, com tempo para conversar. Se todos os lugares fossem assim, seria muito bom. Obrigada.
- Pesquisadora: Obrigada também por sua contribuição. Você gostaria de participar de um grupo de puérperas, para trocar experiências sobre o aleitamento materno?
- Orquídea: Sim, gostaria muito, quando vai ser?
- Pesquisadora: Será na Quarta – feira que vem, às 08:00 h.
- Orquídea: Eu virei. Tchau!
- Cris: Tchau! Valeu o “toque de usar a escovinha de dentes” no seio.
- Pesquisadora: Até semana que vem.

Após ter sido marcado o retorno da puérpera para a atividade em grupo, encaminhei a criança para a consulta pediátrica, realização do teste do pezinho e início do esquema vacinal. A atividade em grupo será apresentada posteriormente.



Analisando o encontro com Orquídea

Durante o diálogo, pude perceber a realidade/ situação problema, de que era a primeira tentativa de amamentação de Orquídea, apesar de ser múltipara. Existia uma vontade em querer amamentar, porém a presença de fissura mamilar destacava-se também como sendo parte da primeira etapa do arco. Representada na fala: “... **desta vez só rachou um pouco...**”.

Ao identificar os pontos-chaves, após o reconhecimento da realidade, levou-me ao questionamento se a nutriz fazia uso de alternativas para o tratamento da fissura mamilar.

Em conjunto com Orquídea, foram teorizadas algumas alternativas para a solução dos problemas, como:

- encaminhar para Maternidade “banho de luz”;
- marcar um horário no C.S. II Balneário para passar vídeo com fita educativa sobre aleitamento materno e cuidados com os problemas das mamas;
- marcar reunião com a puérpera no C.S. II Balneário para desenvolver conteúdos através de palestras educativas;
- oferecer a puérpera a oportunidade de assistir uma peça teatral enfocando os cuidados e problemas com as mamas;
- oferecer oportunidade da puérpera participar de um grupo de puérperas no C.S. II Balneário para trocar experiências e sanar as dúvidas;
- realizar acompanhamento domiciliar para contribuir nas discussões das dúvidas;

Orquídea optou pela seguinte hipótese de solução:

- em receber explicações referentes aos cuidados com as mamas;
- demonstrou interesse em participar do grupo de puérperas para trocar experiências e esclarecer dúvidas;
- buscar alternativas a serem realizadas para minimizar o problema de fissura mamilar.
- associar outras formas de tratamento (alternativas populares).

A aplicação prática será praticada no domicílio da nutriz, porém só será descrita no próximo encontro, em grupo.

Houve a oportunidade da participação da enfermeira do C.S.II Balneário, ajudando, contribuindo para a continuidade desta pesquisa.

1º encontro com Jasmim

Mulher de 35 anos aqui representada como Jasmim, múltipara de gravidez não planejada, que vive com os seus filhos e marido, encontrava-se no 10º dia de puerpério, retornando ao Centro de Saúde II Balneário para uma consulta de enfermagem.

Participantes: Jasmim, pesquisadora e a pediatra do C.S. II Balneário.

Neste diálogo denominarei a nutriz de Jasmim.

- Pesquisadora: Bom dia!
- Jasmim: Bom dia.
- Pesquisadora: Meu nome é V, sou enfermeira, estou realizando um trabalho de pesquisa na área de aleitamento materno, gostaria de saber se você poderia me auxiliar, relatando-me sua experiência nesta prática.
- Jasmim: Sim, tudo bem.
- Pesquisadora: Qual o alimento que você está oferecendo a seu filho?
- Jasmim: Só o peito.
- Pesquisadora: Quanto tempo você amamentou os outros filhos?
- Jasmim: Uns dois meses.
- Pesquisadora: Porquê motivo você não amamentou mais tempo?
- Jasmim: Eles eram muito "chorões", e assim que eu comecei a dar mingau eles pararam de chorar.
- Pesquisadora: Como você me falou, com seu filho você está amamentando. O que você sabe sobre o aleitamento materno? Como está sendo esta experiência?
- Jasmim: Que é bom, né!
- Pesquisadora: Se o aleitamento materno é considerado bom, porquê você só amamentou por 2 meses os outros seus filhos?
- Jasmim: Porque eles choravam demais.
- Pesquisadora: Você acha que o chora está relacionado com a fome do bebê?
- Jasmim: Há, com os outros estava sim, este por enquanto é bonzinho aí eu vou dando de mamar. Mas se ele me incomodar, eu dou um prato de mingau.
- Pesquisadora: No local onde você mora tem alguma mulher que ganhou bebê, tem crianças?
- Jasmim: Tem, mas são poucas, tem mais é adulto.
- Pesquisadora: Estas mulheres amamentaram quanto tempo?
- Jasmim: A maioria amamentou só 2 ou 3 meses como eu.
- Pesquisadora: Você fez pré-natal?
- Jasmim: Eu até que tentei, mas toda vez que eu tinha consulta o médico faltava, aí eu não fui mais.
- Pesquisadora: Você já ouviu alguém falando sobre o aleitamento materno?
- Jasmim: Já.

Neste momento a Pediatra do C.S. pediu licença para entrar na sala e participar do diálogo, pois já havia atendido o recém-nascido de Jasmim.

- *Pediatra: Como nós podemos lhe ajudar para que você possa decidir em qual a melhor maneira de alimentar o seu filho?*
- Jasmim: Há esse eu quero amamentar.
- *Pediatra: Mas os outros seus filhos apesar de você querer você só amamentou uns dois meses. Como você pretende fazer com este seu filho?*
- Jasmim: Se ele for bonzinho eu amamento até quando ele quiser.
- Pesquisadora: O que é ser "bonzinho", me explique.
- Jasmim: Se ele não chorar muito. Este parece ser mais calmo do que os outros, é diferente desde que nasceu. Quase não chora.
- Pesquisadora: Você gostaria de participar de um grupo de mulheres que estão amamentando e de gestantes?
- Jasmim: Sim.
- Pesquisadora: Sua experiência seria muito importante, pois você já teve 4 filhos.
- Jasmim: É eu já estou "calejada".
- Pesquisadora: Você poderia explicar as outras mulheres como você está amamentando, pois várias delas apresentam dificuldades.
- Jasmim: Eu posso ensiná-las sim, eu já sei, tive 4 filhos.
- Pesquisadora: Podemos marcar nossa reunião para quarta-feira que vem? As 08:30 horas?
- Jasmim: Sim, tudo bem, eu venho sim.
- Pesquisadora: Até semana que vem!
- Jasmim: Tchau!
- *Pediatra: Tchau.*

Logo após a saída de Jasmim da Sala, eu e a pediatra conversamos a respeito deste diálogo. A pediatra colocou-me que era muito difícil conseguir colher alguma informação desta nutriz, pois já havia atendido a mesma e os outros seus filhos e apesar de todo o esforço, a nutriz desmamou seus filhos precocemente.

Como pesquisadora percebi nesta interação/diálogo que permeavam questões sócio-culturais, associadas à crenças, valores sobre a prática do aleitar e do uso de outros substitutos do leite humano.

A nutriz tem o direito de optar por qual alimento que ela deseja oferecer ao seu filho, mas minha opção/propósito é poder tornar esta opção uma forma justa, fazendo com que ela mesma experencie qual é o melhor alimento tanto para ela como para o seu filho.

Agendei o retorno para o grupo de puérperas, mas já prevendo neste modelo uma visita domiciliar, pois Jasmim faltou ao grupo. A visita domiciliar será relata da posteriormente.

Analisando o 1º encontro com Jasmim

Analisando este diálogo percebo que já no início do mesmo entrei na questão do aleitamento materno relacionado ao tempo.

Quando perguntei sobre o tempo que Jasmim amamentou os outros filhos.

Poderia ter perguntado diretamente sobre a experiência da nutriz referente a amamentação, pois a abordagem anterior neste momento, deveria ficar em segundo plano.

Tenho que novamente voltar a realizar uma reflexão teórica acerca da minha proposta de trabalho, pois busco desenvolver uma consciência crítica e questionadora, com o intuito de tornar possível as nutrizes realizarem a opção de alimentarem os seus filhos da maneira que acharem melhor e adequada.

É importante ressaltar, o conhecimento prévio puérpera pela pesquisadora.

No ano de 1997 foi realizada uma pesquisa na Comunidade chamada Ponta do Leal, esta pesquisa tinha por objetivo identificar, relatar a prática do aleitamento materno expressada pelos entrevistados. Jasmim fez parte desta pesquisa, sendo visitada pela pesquisadora, estabelecendo desta forma uma relação mais próxima.

Jasmim sempre procurava o Centro de Saúde (C.S.) II Balneário para resolver os seus problemas de saúde, porém apresentava dificuldades para entender, compreender certas “coisas” do cotidiano.

Explicando melhor, os profissionais do referido C.S. buscavam uma aproximação maior com a Comunidade por ser qualificada com a que mais necessitava de atenção. Sempre que íamos visitá-la em seu domicílio, percebíamos uma barreira importante m relação ao nosso acesso.

Entendendo um pouco mais a pedagogia problematizadora percebo sua grande diferença, a de capacitar/tornar os indivíduos questionadores, críticos capazes de realizarem opções em determinadas situações.

Afirmo e justifico por experiência própria, que utilizando os métodos tradicionais de ensino, fazendo palestras, discursando, dizendo o que era certo ou errado, às pessoas, nós não

tínhamos avanços significativos, ou seja a realidade, situação/problema continuava sempre a mesma.

Com Jasmim houve a oportunidade de se fazer uma reflexão: E se a puérpera optar em não amamentar?

De nada adianta em demonstrar conhecimentos, passá-los às mulheres nutrizas, transmitir a importância do aleitamento materno, se os resultados não estão sendo modificados.

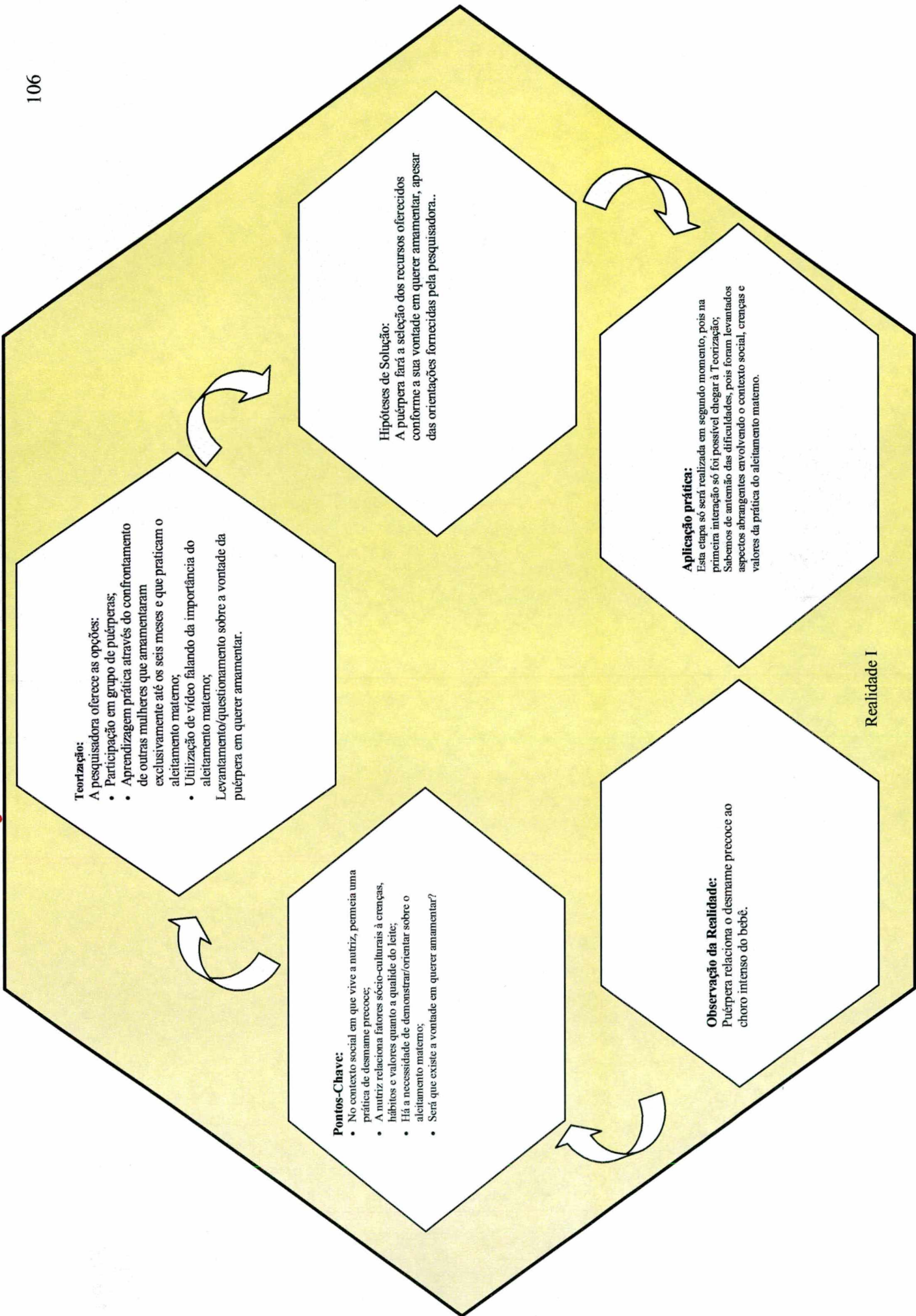
Por conhecer Jasmim, saber onde mora, como vive, e com quem vive, tornou-se mais fácil o levantamento da situação problema: “possibilidade de desmame precoce”.

Identifiquei esta possibilidade por conhecer a sua preferência na utilização de mingau de farinha para alimentar os seus filhos, já no segundo mês.

Mas, sabendo que Jasmim optou em desmamar os seus filhos com apenas dois meses de vida, e das conseqüências em relação a saúde deles, tornou-se necessário oferecer-lhe a oportunidade de experimentar outras opções.

Descrevendo o diálogo de Jasmim, convidei-a à participar do grupo de puérperas, sem analisar o fato dela não ter tido sucesso no aleitamento materno dos seus outros filhos, e sendo uma forte candidata ao desmame precoce, podendo influenciar de maneira negativa o grupo, pois objetivamos o incentivo ao aleitamento materno. Por outro lado, o fato dela estar amamentando e o recém-nato não estar apresentando choro intenso, levava a puérpera a não ter motivo justificável para manter o desmame precoce, podendo receber reforço do grupo para manter a amamentação.

Jasmim não compareceu ao dia do grupo, sendo portanto, necessário uma visita domiciliar, prevista no modelo proposto.



1ª Visita domiciliar à Jasmim

Já quase com 30 dias de puerpério, realizei a visita no domicílio de Jasmim.

Jasmim encontrava-se em casa, juntamente com os seus filhos, pedi licença para entrar e a mesma mostrou satisfação em me ver.

Logo de imediato levou-me até o seu bebê, mostrando-me como estava “gordinho”.

Perguntei-lhe sobre a alimentação, tipo, quantidade, outros. Jasmim respondeu-me que estava amamentando e dando “papinha de mingau”.

Já era esperado por mim que Jasmim tivesse esse comportamento, pois os outros seus filhos não foram amamentados.

Antes de utilizar essas estratégias da pedagogia problematizadora, oportunizando a troca de conhecimentos e principalmente a livre escolha, porém de forma consciente e crítica, pensava em rapidamente intervir, com discursos, “sermões”, “impondo” à nutriz a necessidade da exclusividade do leite materno.

Agora, um pouco mais “amadurecida”, e depois de utilizar várias vezes uma abordagem diferente, iniciei os questionamentos em forma de “arco de Charlez Magueréz”.

Formulando a 1ª situação problema:

Potencialidades para o desmame precoce.

O mais difícil para mim era identificar quais eram os pontos-chaves, sendo que necessitava conhecer a “realidade”, observá-la de forma “ingênuu”.

O fato de nos conhecermos (pesquisadora e Jasmim), facilitou a etapa de conhecimento e adaptação.

Durante a visita domiciliar conversamos sobre vários assuntos, e um me chamou atenção. Jasmim contou-me que seus pais eram pescadores, sua mãe a deixava com os seus irmãos, desde pequena. Eram uma família de 15 pessoas, as crianças começavam a trabalhar desde os 06 anos de idade.

Jasmim foi criada pela irmã mais velha, com “mingau de maizena”, de “trigo”, “de farinha”, e sempre teve “saúde”, referia sua mãe.

Aprofundando um pouco mais o nosso diálogo, perguntei onde moravam seus pais, irmãos e Jasmim respondeu-me que eles são dali mesmo, da “praia”.

Jasmim relata que sempre quem cuida do seu “resguardo” é sua mãe e às vezes suas irmãs.

Conhecendo um pouco mais a realidade/situação problema, podemos elaborar os pontos-chaves, sugerindo:

- No contexto social/familiar em que vive Jasmim, permeiam práticas de substitutos do leite materno.
- Será que existe a vontade em querer amamentar?
- Resistência da puérpera em receber “ajuda”.

Desde o nosso primeiro encontro, após o seu parto, Jasmim refere que “só amamentará se o seu filho for “bonzinho”, não chorar”. Os outros seus filhos não foram amamentados, e este bebê já está recebendo complemento alimentar. Eis aqui um grande desafio, esta reflexão me mostra que essa trajetória é longa. Que para mudar hábitos, atitudes, comportamentos, necessitamos mudar a consciência.

Mas, apesar de tudo, estava diante de mim uma puérpera com o seu bebê, ambos vivendo em “sua harmonia”. Perguntei a Jasmim sobre a sua vontade em amamentar. Jasmim respondeu-me que já criou 04 filhos, e com “esta seria a mesma coisa”, já ia “dar mingau” para “crescer forte” e “gordinha”.

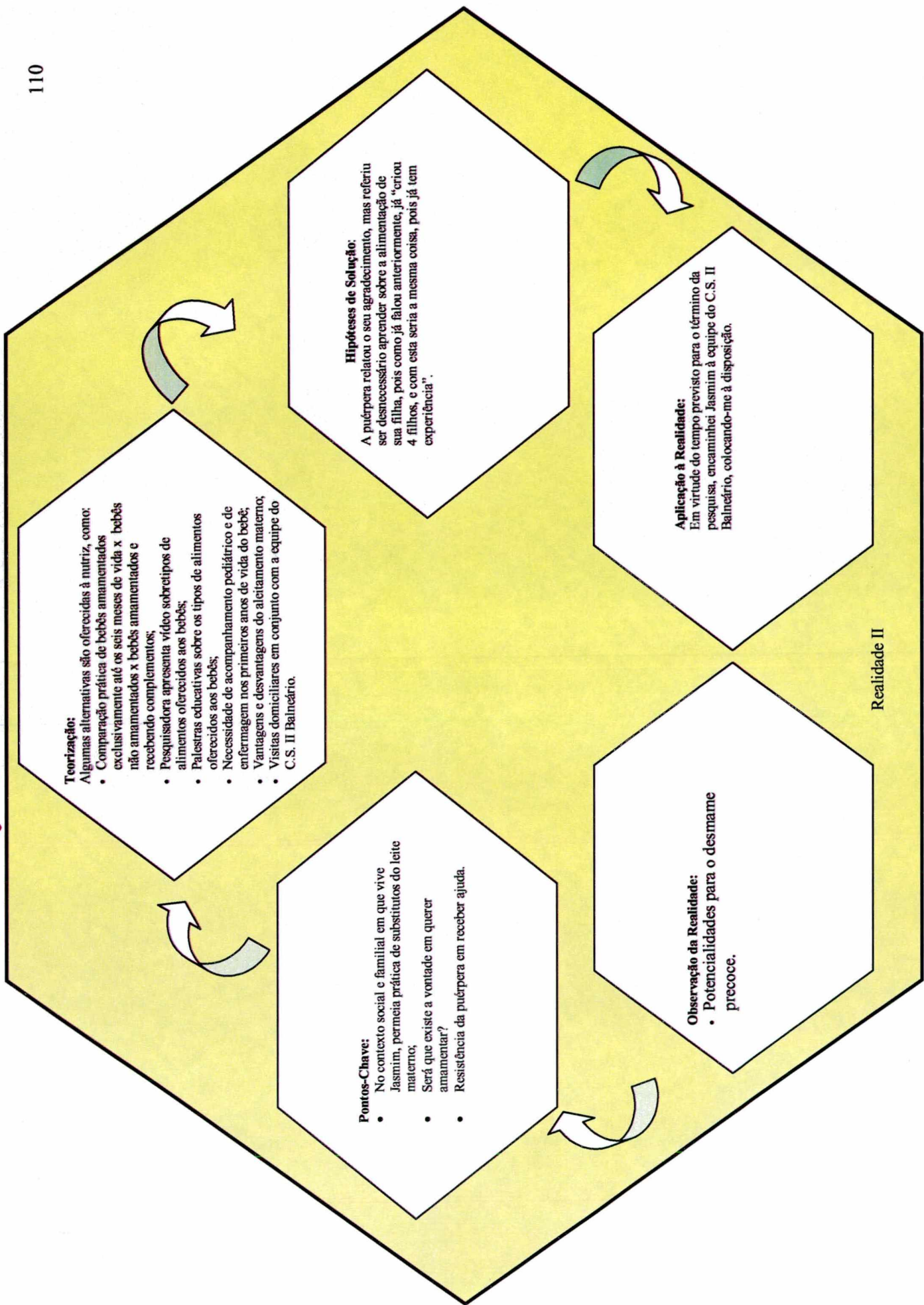
Ainda permeia neste lar a cultura do bebê gordinho relacionado ao bebê saudável.

Ofereci algumas opções de Teorizações à Jasmim, sendo:

- Comparação prática de bebês amamentados exclusivamente até os 6 meses de vida X bebês não amamentados X bebês amamentados e recebendo complementos alimentares.
- Utilização de vídeo sobre tipos de alimentos oferecidos aos bebês.
- Necessidade de acompanhamento pediátrico e de enfermagem nos primeiros anos de vida do bebê.
- Palestras educativas sobre os tipos de alimentos oferecidos aos recém-nascidos.
- Vantagens e desvantagens do aleitamento materno.
- Visitas domiciliares em conjunto com a equipe do C.S. II Balneário.

Na etapa descrita como hipóteses de solução, Jasmim mostrou-se feliz com a minha visita, mas relatou ser “desnecessário” aprender sobre a alimentação de sua filha, pois como já me falou anteriormente, já “criou 04 filhos”, e com esta seria a mesma coisa, pois já tem experiência”.

Como aplicação à realidade, em virtude do tempo previsto para terminar a minha aplicação prática, encaminhei este “caso” à equipe do C.S. II Balneário, colocando-me a disposição.



1º encontro com Bromélia

Jovem de 29 anos aqui representada como Bromélia, primípara, de gravidez planejada, que vive com o seu esposo e o seu filho. É trabalhadora, estando em licença gestacional, encontrando-se no 10º dia de puerpério, retornando ao Centro de Saúde II Balneário para uma consulta de enfermagem.

Participantes: Bromélia e pesquisadora .

Neste diálogo denominarei a nutriz de Bromélia.

- Pesquisadora: Bom dia! Meu nome é V., sou enfermeira e estudante da Pós-Graduação em Enfermagem, estou realizando um trabalho de pesquisa na área do aleitamento materno. Gostaria de saber se você concordaria em participar desta pesquisa.
- Bromélia: Sim, tudo bem.
- Pesquisadora: Qual o alimento que você está oferecendo ao seu filho?
- Bromélia: O leite materno.
- Pesquisadora: Conte-me como é amamentar.
- Bromélia: Não sei lhe explicar, é um sentimento tão lindo, saber que somos responsáveis em alimentar um indefeso. Você já amamentou? Tem filhos?
- Pesquisadora: Não, ainda não tenho filhos
- Bromélia: Quantos tempo você está casada?
- Pesquisadora: Cinco anos.
- Bromélia: Há já está na hora de arrumar um né!
- Pesquisadora: Quem sabe no ano que vem. Mas me diga uma coisa, você fez o pré-natal aqui, e recebeu algumas orientações sobre a alimentação do recém-nascido, durante a gestação você já sabia qual o tipo de alimento que daria ao seu filho?
- Bromélia: Eu sempre quis amamentar, a outra minha filha eu amamentei até os 3 anos e esta eu vou amamentar até quando ela quiser, porque o leite materno é o melhor alimento para o recém-nascido, mas eu estou com um problema.
- Pesquisadora: Conte-me!
- Bromélia: O meu seio está ficando vermelho, acho que é uma alergia.
- Pesquisadora: Você pode me mostrar?
- Bromélia: Olha, começou já na maternidade logo que eu comecei a amamentar.
- Pesquisador: O que você está fazendo para melhorar?
- Bromélia: Estou usando uma pomada que o farmacêutico me receitou.
- Pesquisadora: Você está apresentando melhora com o uso da pomada?
- Bromélia: Ainda não, dói muito quando dou de mamar; quando ela pega no bico do meu seio, eu vejo estrelinhas.

- Pesquisadora: Durante o pré-natal foram dadas algumas orientações sobre os cuidados com os problemas nas mamas. Na Maternidade lhe falaram sobre os tratamentos utilizados para este problema?
- Bromélia: Pois é! No pré-natal vocês ensinaram a lavar o seio com o leite materno e expor as mamas ao sol. Mas como o meu amigo trabalha na farmácia lá perto de casa, ele me disse que esta pomada é boa, mas estou vendo que não está resolvendo. O que eu posso fazer para melhorar essa alergia?
- Pesquisadora: Eu posso lhe sugerir várias alternativas como:
 - Fazer uma exposição teórico/prática sobre os problemas mais comuns nas mamas, durante o aleitamento materno;
 - Realizar uma palestra explicativa utilizando material educativo (cartazes, folders);
 - Comparar esta situação vivenciada com a de outras mulheres com o mesmo problema;
 - Encaminhar à Maternidade Carmela Dutra, setor de Banco de Leite, para esclarecimentos;
 - Apresentar vídeo com fitas educativas sobre os problemas comuns na mama.
- Bromélia: Eu queria resolver este problema hoje, mas sei que não é assim, do jeito que nós queremos, mas me fale o que tu achas que eu poderia fazer?
- Pesquisadora: A maioria das mulheres estão sendo orientadas a lavarem a mama utilizando o próprio leite, expor as mamas 5' a 10' no sol da manhã até, no máximo, às 10:00 horas e repetir a exposição à tarde após às 16:00 horas.
- Além destes cuidados há a possibilidade de você realizar o tratamento das suas mamas no Banco de Leite da Maternidade Carmela Dutra, através da utilização de banho de luz, porém você pode realizar o banho de luz em casa também, basta colocar uma lâmpada acesa + 50 cm de distância da sua mama, durante 5', cada seio. Diante destas sugestões quais a senhora acha melhor, acessível, de fácil execução?
- Bromélia: Eu vou fazer o banho de luz em casa, porque lá em casa não tem um lugar para que eu possa tomar banho de sol. Tem muitos vizinhos, por isso é que eu não coloquei o seio ao sol, e resolvi usar a pomada. Mas, lá na Maternidade, já fiz o banho de luz e achei bom, melhorou bastante e por isso vou fazer ele em casa. Será que eu posso usar a lâmpada com o abajur?
- Pesquisadora: Sim, só tome cuidado com a distância entre a lâmpada e o seu seio, mantenha mais ou menos uns 02 palmos de sua mão.
- Bromélia: Então eu vou fazer um teste para ver se a luz funciona mesmo, porque com a pomada eu estava achando complicado ter que limpar a mama sempre que eu ia amamentar, além da dor enorme que dava.
- Obrigada por sua orientação, às vezes as pessoas falam para a gente fazer as coisas, mas nem perguntam se dá para fazer. Como eu te disse, se desse eu bem que colocava o seio ao sol, acho que o sol cicatriza tudo, mas lá em casa tem muitos vizinhos, não dá.
- Pesquisadora: Você experimenta fazer o banho de luz em casa, como foi de sua opção. Semana que vem, quarta-feira nós podemos nos encontrar de novo?
- Bromélia: Sim tudo bem, quando?
- Pesquisadora: Quarta-feira dia 17/12/98, as 08:00 horas pode ser?

- Bromélia: Pode, tudo bem! Tchau!
- Pesquisadora: Tchau! Obrigada por participar de minha pesquisa.

Encaminhei o seu bebê para a consulta pediátrica, realização das vacinas e do teste do pezinho, bem como o agendamento da puérpera ao ginecologista.

Este atendimento terminou com uma atividade grupal que será descrita posteriormente.

Teorização:

Oferecido à puérpera as alternativas abaixo descritas:

- Comparação da sua situação vivenciada com a de outras mulheres com o mesmo problema;
- Realizar uma exposição teórico/prática, através do diálogo, sobre os problemas mais comuns apresentados nas mamães durante a amamentação;
- Realizar uma palestra educativa através da utilização de cartazes;
- Encaminhá-la à Maternidade Carmela Dutra, setor de Banco de Leite, para tratamento e esclarecimento;
- Passar um vídeo com filias educativas sobre os problemas comuns nas mamas.

Pontos-Chave:

- Rever condutas de tratamento.
 1. Métodos alternativos.

Hipóteses de Solução:

- A puérpera optou em receber orientações no momento do diálogo/atendimento sobre qual a melhor maneira de resolver o seu problema. Após a escolha da puérpera em receber o conhecimento teórico da pesquisadora, sobre cuidados com os problemas mamilares, a nutriz optou em praticar em seu domicílio a utilização de banho de luz como resolução de seu problema, visto ser difícil a utilização do sol em sua casa.

Observação da Realidade:

- Durante o diálogo a puérpera expôs que suas mamas apresentavam problemas do "tipo alergia no bico do seio". A pesquisadora fez sua observação, após o consentimento da puérpera, nas mamas, e constatou problemas com as mamas, do tipo "hiperemia mamilar".

Aplicação à Realidade:

- Marcado novo encontro uma semana após para discussão da aplicação prática escolhida: "uso de banho de luz".
- Participação de um grupo de puérperas.

Realidade I

Analisando o encontro com Bromélia

Percebo que a identificação das etapas do processo do arco, da pedagogia problematizadora, acontecem de forma clara ao exercitar o uso desta pedagogia.

A maneira de abordar as nutrizes fica diferenciada, mais abrangente, permitindo a participação e o diálogo.

Permeava neste encontro, o problema descrito pela nutriz, como sendo “alergia no bico do seio”.

Questionei junto à Bromélia, quais os pontos-chaves para esta situação problema, questionando-me:

- os tratamentos recomendados por outros profissionais foram seguidos?
- há a necessidade de utilizar métodos alternativos?
- será que com a adequação do tratamento o problema desaparecerá?
- destacando como pontos-chaves:
- rever condutas de tratamento,
- utilização de métodos alternativos.

Em conjunto com Bromélia, foram discutidos algumas alternativas para a solução deste problema, como:

- a puérpera optou em receber orientações no momento do diálogo/atendimento sobre qual a melhor maneira de resolver o seu problema.

Após a escolha da puérpera em receber o conhecimento teórico da pesquisadora, sobre cuidados com os problemas mamilares, a nutriz optou em praticar em seu domicílio a utilização de banho de luz como resolução de seu problema, considerando a dificuldade de se expor aos raios solares em sua casa, visto ser esta a sua aplicação prática, incluindo o agendamento para o grupo de puérperas.

1º encontro com Margarida e Xaxim

Jovem de 32 anos aqui representada como Margarida, primípara, de gravidez planejada, que vive com o seu esposo e o seu filho. É trabalhadora, estando em licença gestacional, encontrava-se no 10º dia de puerpério, retornando ao Centro de Saúde II Balneário para uma consulta de enfermagem.

Participantes: Margarida e o seu esposo(Xaxim) e pesquisadora.

Realizado atendimento a puérpera no 10º dia de puerpério. Gesta I Para I, estando acompanhada de seu esposo. Neste diálogo denominarei a puérpera de Margarida e o seu esposo de Xaxim.

- Pesquisadora: Bom dia! Meu nome é V., sou enfermeira e estou realizando uma pesquisa na área do aleitamento materno, gostaria de saber se vocês concordariam em contribuir para esta pesquisa.
- **Xaxim: Sim, tudo bem!**
- *Margarida: Sim.*
- Pesquisadora: Qual o alimento que o seu filho está recebendo?
- *Margarida: Só o leite materno.*
- Pesquisadora: Porquê vocês optaram em amamentá-lo?
- **Xaxim: Porque o leite materno é o melhor alimento, ele já vem pronto, na temperatura certa.**
- *Margarida: É e além de tudo isso, nós passamos através de leite, defesas contra algumas doenças para o nosso filho.*
- Pesquisadora: Eu gostaria de saber como é amamentar.
- *Margarida: Há é a melhor coisa que existe no mundo, é você poder dar além do alimento, carinho, amor.*
- **Xaxim: Eu me emociono cada vez que vejo ela mamando, mesmo sendo prematura, ela mama bastante.**
- *Margarida: Como ela é a nossa primeira filha e nós levamos algum tempo para tê-la, queremos dar o melhor, e o melhor alimento é o leite materno.*
- Pesquisadora: Porquê vocês chegaram a esta conclusão, quem lhes falou sobre amamentação?
- *Margarida: Eu fiz o pré-natal desde que eu soube que estava grávida.*
- **Xaxim: Eu também acompanhei, junto.**
- *Margarida: No pré-natal nós aprendemos sobre a importância da amamentação, da diferença entre o leite comum, em pó e o leite materno, na Maternidade recebemos palestras, as enfermeiras explicaram sobre as vantagens que o bebê tem quando é amamentado.*
- **Xaxim: É, nós agradecemos muito ao pessoal da Maternidade Carmela Dutra, eles foram bem atenciosos, nos explicaram várias coisas.**

- *Margarida: No início o meu seio rachou, na Maternidade e se não fossem as enfermeiras eu nem sei.*
- **Xaxim: É ela tem muito leite e a nossa filha não consegue mamar tudo, aí os peitos dela vão ficando cheios e o bico do seio rachou.**
- *Margarida: Mas lá elas nos ensinaram a tirar o leite e mesmo a nossa filha ficando no berçário eu ia lá amamentar, mais ou menos de 2/2 horas.*
- **Xaxim: Ela foi prematura pois a pressão dela (esposa) aumentou muito.**
- *Margarida: Eu tive início de paralisia facial, foi induzido o parto, porque eu corria risco de vida.*

No pré-natal o médico mandou eu controlar a pressão, mas no 7º mês eu comecei a passar mal, foi onde eu fui à maternidade.

- **Xaxim: Ela ficou internada dois dias e depois nasceu ela (a filha).**
- Pesquisadora: O que está preocupando vocês neste momento?
- *Margarida: Eu queria saber se ela está bem, se está tudo certinho. Eu acho que ela já engordou, pois ela mama bastante.*
- **Xaxim: É, ela está com as bochechas cheinhas.**
- Pesquisadora: Vocês já a levaram ao Pediatra hoje?
- **Xaxim: Não, a médica ainda vai nos chamar.**
- Pesquisadora: Então quando a pediatra atender vocês ela irá pesar, medir e examinar a criança, neste momento vocês devem perguntar tudo a ela.
- **Xaxim: Está certo.**
- *Margarida: Posso perguntar uma coisa.*
- Pesquisadora: Claro.
- *Margarida: É normal a criança ter soluços?*
- Pesquisadora: Ela tem muito soluço?
- *Margarida: As vezes, depois que ela mama ela começa com soluço.*
- Pesquisadora: O que vocês fazem para melhorar o soluço?
- **Xaxim: Nós ficamos observando, vendo se ela não está se afogando.**
- *Margarida: Eu a levanto um pouco, assim: colocou o bebê com a cabeça mais elevada do que os membros inferiores.*
- Pesquisadora: Você percebe que melhora?
- *Margarida: As vezes demora a passar, é normal?*
- Pesquisadora: Sim, você há ouvido falar que é bom colocar uma penugem vermelha na testa da criança?
- *Margarida: É mesmo.*
- Pesquisadora: Então, é comum na maioria das crianças a presença de soluço. Vocês sabem o que pode ocasionar o soluço?
- **Xaxim: Não.**
- *Margarida: Não. O quê?*

- Pesquisadora: As vezes um simples “ventinho encanado”.
- *Margarida: Há! Pode ser, ela fica tão suada quando mama. Obrigada pela explicação, eu estava com medo de que fosse algum problema.*

Neste momento o bebê acordou e Margarida colocou-lhe para mamar.

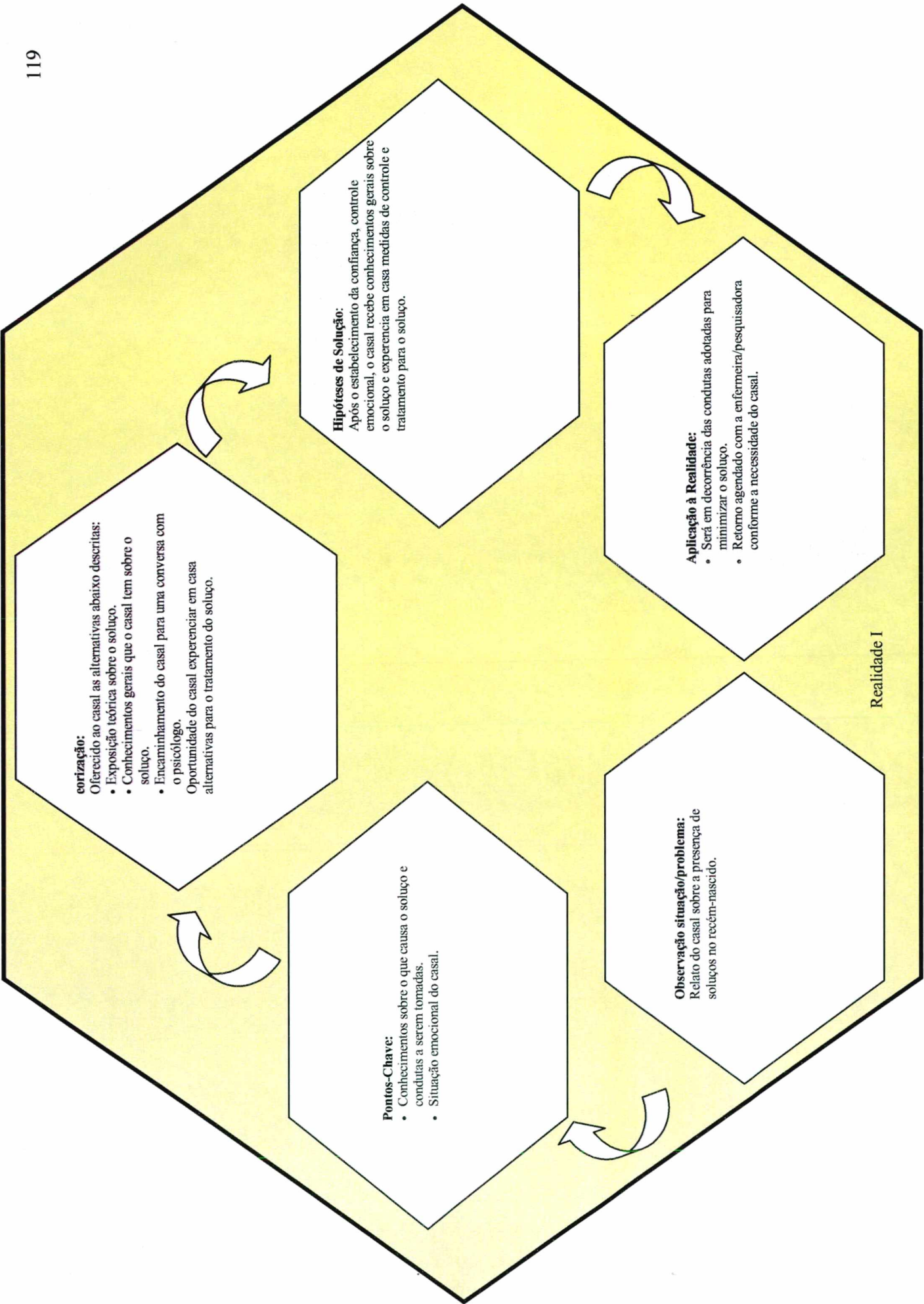
Fiquei admirando a felicidade do casal e a fome do bebê que apesar de ter apenas 1.990 Kg mamava com muita “vontade”.

Conclui o atendimento marcando o retorno a puérpera com o ginecologista, conforme a rotina do Centro de Saúde, sendo que encamenhei a criança para a consulta pediátrica, bem como a realização do teste do pezinho e o início das vacinas. Expliquei ao casal a importância de realizarem o acompanhamento pediátrico mensalmente.

- Pesquisadora: Estou a disposição de vocês, em todas as quartas-feiras pela manhã, aqui, se precisarem conversar, tirar dúvidas, trocar experiências, me procurem.
- **Xaxim: Obrigado.**
- *Margarida: Muito obrigada.*
- Pesquisadora: Tchau!
- **Xaxim e Margarida: Tchau!**

Encaminhei logo após o nosso diálogo, o bebê para realizar a consulta pediátrica, as vacinas e o teste do pezinho, bem como agendei o retorno da puérpera com o ginecologista.

Este atendimento fora posteriormente encaminhado à enfermeira do C.S.II Balneário para acompanhamento.



Analisando o encontro com Margarida e Xaxim

Nos diálogos com Margarida e Xaxim, pude constatar que tratava-se de uma gravidez planejada, oriunda de um laço afetivo, permeando a vontade do casal em amamentar o recém-nato.

Mesmo não identificando nenhuma situação problema relacionada ao aleitamento materno, identifiquei nos relatos do casal a presença de soluços no recém-nascido. Fato que estava preocupando o casal.

Observei também que o casal estava emocionalmente abalados, por ser o primeiro filho, e por desejar dar todos os cuidados necessários ao seu bebê. Porém necessitavam de conhecimentos sobre a causa e o tratamento do soluço, identificando conjuntamente os pontos-chaves.

Como teorização, foi oferecido e discutido com o casal alguns aspectos, a considerar:

- exposição teórica sobre o soluço,
- conhecimentos gerais que o casal tem sobre o soluço,
- encaminhamento do casal para uma conversa com o psicólogo,
- oportunidade do casal experimentar em casa alternativas para o tratamento do soluço.

O casal optou em receber orientações sobre o soluço e também em aplicar em casa, as medidas de controle e tratamento do soluço, como sendo as de hipótese de solução.

A aplicação prática à realidade será realizada no próprio domicílio de Margarida e Xaxim, ao adotarem as medidas para minimizar o problema.

Atividade em grupo

Este atendimento foi realizado em grupo, participando as puérperas denominadas Rosa, Orquídea, Bromélia, a Enfermeira do C.S. II Balneário e eu Pesquisadora. Vale ressaltar que as puérperas estavam acompanhadas de seus bebês. O agendamento foi feito na última consulta das puérperas, sendo que todas concordaram em participar do grupo.

Iniciamos a conversa realizando uma dinâmica de apresentação em dupla. Posteriormente distribuimos papel e caneta, seio cobaia, materiais educativos, recortes de

revistas relacionados à amamentação dos bebês. Elaboramos algumas perguntas e escrevemos no mural. Destacando:

- Rosa: Como tratar as fissuras mamilares?
- Orquídea: O quê fazer para melhorar as fissuras mamilares?
- Bromélia: O quê fazer para tratar a “alergia nos mamilos”?
- Enfermeira: Cuidados com as mamas.
- Pesquisadora: Quais os tratamentos sobre os problemas nas mamas?

Como o tema central ficou em “torno da mama”, nosso diálogo centrou-se nos cuidados, problemas e tratamento das mamas durante a amamentação.

As questões relacionadas aos pontos-chaves foram:

- Uso incorreto de técnicas/conhecimentos sobre os cuidados com as mamas/
- Alternativas para o tratamento das mamas.
- Nossa teorização desenvolveu-se nos conteúdos:
 - Anatomia e fisiologia da mama.
 - Demonstração prática da “boa pega”, ordenha manual para extração de leite materno.
 - Alternativas para prevenção de problemas nas mamas durante a amamentação.
 - Alternativas para o tratamento das mamas com problemas durante a amamentação.
 - Comparação das alternativas de tratamento dos problemas com as mamas das nutrizes e suas experiências práticas.
 - Uso de materiais educativos sobre problemas nas mamas.
 - Atividade de grupo para debates.

Nosso diálogo teve seu início às 9:00 horas e terminou às 11:15 horas, e desenvolvemos uma dramatização, pois todas estavam muito inibidas.

Nosso cenário era o quarto do hospital, ala das puérperas. Me propus a ser a narradora e a enfermeira assumiu o papel da enfermeira da maternidade, e as demais foram as próprias puérperas.

- Narrador: Era de manhã, uma manhã muito ensolarada, o céu estava todo encoberto de azul. A enfermeira estava passando a sua visita nos quartos, quando ...
- Rosa: Moça! Estou com muita dor, preciso de ajuda.
- Enfermeira: Eu sou a enfermeira responsável, conte-me o que você está sentindo.

- Rosa: Eu sinto muita dor nos meus seios, quando minha filha mama, parece que ela está tirando a minha alma, dói demais, é muito sofrimento ...
- Enfermeira: Quando começou? É a primeira vez que você está sentindo essa dor?
- Rosa: Começou hoje de manhã, da outra vez que eu amamenteei foi a mesma coisa, meu seio inchou demais, rachou e ficou com infecção. Desta vez eu quero evitar que dê infecção, porque é horrível.
- Enfermeira: Posso ver as suas mamas?
- Rosa: Pode.
- Enfermeira: Então relaxe, deite-se. Abra a sua camisola. Vou tocar bem devagar.
- Narrador: A enfermeira faz o exame de "toque nas mamas" através da palpação e inspeciona os mamilos.
- Enfermeira: Coloque a sua mão aqui, na sua mama e a outra sua mão na outra sua mama. Toque nas suas mamas, sinta, perceba suas diferenças.
- Rosa: Esta daqui (a direita) está mais inchada do que esta (a esquerda), além de mais vermelha e o bico do seio rachado.
- Narrador: As outras puérperas estavam escutando ao lado e se interessaram pelo assunto se aproximando.
- Bromélia: As minhas mamas estão com assaduras, o que eu faço?
- Orquídea: E as minhas estão com o bico do seio rachados.
- Enfermeira: Rosa, você permite que realizemos nossa discussão em grupo?
- Rosa: Tudo bem!
- Enfermeira: Então vamos nos sentar, aqui tem cadeiras. Agora conte-me como vocês estão?
- Orquídea: Desde ontem eu não consigo amamentar muito bem, dói muito.
- Bromélia: Eu acho que estou com "alergia" nos seios, dói também quando ela mama.
- Rosa: O meu bico está duro, inchado, e o bico do seio rachado.
- Enfermeira: Orquídea, você está fazendo alguma coisa para melhorar o seio.
- Orquídea: Não.
- Rosa: Também, não.
- Enfermeira: E você Bromélia?
- Bromélia: Eu estou esperando o meu marido chegar para ver se eu poderia usar uma pomada que o farmacêutico amigo meu vai mandar.
- Enfermeira: Você já mostrou o seu problema para mim, ou para o médico?
- Bromélia: Não.
- Enfermeira: Posso ver as suas mamas?
- Bromélia: Sim.
- Enfermeira: Todas vocês podem mostrar as suas mamas, assim umas examinam os seios das outras.
- Narrador: No momento em que as puérperas olham, que não são as únicas a apresentarem problemas com as mamas, surge um interesse maior, o de compartilhar os problemas. A enfermeira

sai da sala durante este período em que uma nutriz examina o seio da outra, para trazer ao grupo materiais sobre a teorização.

- Enfermeira: Vocês já viram um seio por dentro?
- Rosa: Sim, no pré-natal, eu vi, a enfermeira me mostrou, ela trouxe uma couve-flor e disse que o nosso seio era parecido com uma couve-flor.
- Enfermeira: Isso mesmo, que ótimo exemplo. Todas vocês conhecem a couve-flor.
- Narrador: Todas responderam que sim.
- Enfermeira: O leite fica armazenado nas partes dos alvéolos da couve-flor e sai através dos ductos indo até a aréola.
- Narrador: A enfermeira trouxe desenhos sobre a anatomia das mamas e um seio cobaia.
- Enfermeira: Agora imaginem o que está acontecendo com vocês, seus seios estão inchados, cheios de leite.
- Rosa: Pode empedrar.
- Orquídea: Pode rachar o bico do seio, pode dar infecção.
- Enfermeira: Sim, é exatamente isso que ocorre.
- Bromélia: Mas o que fazer?
- Enfermeira: Devemos retirar o excesso de leite. Alguém sabe tirar leite do seio.
- Rosa: Acho que é assim.
- Narrador: Rosa exteriorizou o seio e com os dedos indicador e anular de ambas as mãos espremeu o seio na sua parte mediana; fez várias vezes o mesmo movimento, sentindo um pouco de dor e quase sem conseguir extrair o leite.
- Enfermeira: Deixe-me tentar.
- Narrador: Utilizando os dedos indicador e polegar a enfermeira realizou a expressão do mamilo e logo de imediato saiu leite. Com o auxílio de um copo de plástico realizou a manobra várias vezes, depositando no copo as gotas de leite.
- Enfermeira: Façam vocês, tentem, eu lhes dou um copo de plástico.
- Narrador: Todas tentaram, uma conseguiu ordenhar na primeira tentativa e outras após várias tentativas.

Ao término da ordenha, logo veio a explanação:

- Rosa: Eu sinto que aliviou a dor.
- Bromélia: Eu sinto muita dor para ordenhar, mas depois que sai o leite dá um alívio.
- Enfermeira: Agora tentem amamentar os seus bebês?

Sintam a diferença.

- Bromélia: Dói menos.
- Rosa: É verdade.

- Orquídea: Assim é melhor.
- Narrador: Após a amamentação retomamos a discussão para os tratamentos dos problemas ocasionados às mamas.

A enfermeira utilizou uma fita educativa sobre os problemas com as mamas e seu tratamento, após abriu-se um espaço para questionamentos.

- Rosa: Quer dizer que é bom colocar os seios no sol?
- Bromélia: Pode ser “banho de luz”?
- Enfermeira: Sim. Na maternidade usamos a luz infra-vermelha, mas em casa, caso não possam expor as mamas ao sol, podem utilizar a lâmpada um abajur uns 02 palmos de distância do seio, durante 5’.
- Orquídea: Me ensinaram suco de cenoura, de alface e o próprio leite materno.
- Enfermeira: Todos estes métodos são utilizados e resolvem, pois ajudam na cicatrização dos tecidos.
- Narrador: Após o diálogo elaboramos um painel contemplando o método do arco.

Após a atividade grupal as puérperas marcaram visitas entre elas nos seus próprios domicílios, sendo que a enfermeira do C.S. II Balneário colocou-se à disposição para realizar todos os acompanhamentos, garantindo a continuidade desta pesquisa.

Análise da atividade em grupo

1ª Etapa - Levantamento da(s) situações problemas:

- Problemas relacionados as mamas durante a amamentação.

2ª Etapa - Pontos Chave:

- Problemas relacionados ao aprendizado e conhecimento das nutrizes.
- Falta de informações.
- Uso incorreto dos conhecimentos teóricos ministrados no pré-natal.
- Alternativas para o tratamento das mamas.

3ª Etapa - Teorização:

- Utilização de materiais didáticos/pedagógicos para explicação da anatomia e fisiologia da mama.
- Demonstração da “boa pega” e ordenha manual para extração do leite materno.
- Uso de métodos alternativos para o tratamento das mamas.
- Uso de fitas educativas sobre problemas com as mamas.
- Comparação das alternativas de tratamento dos problemas durante a amamentação.
- Uso de medidas de prevenção para os problemas com as mamas.
- Atividades de grupo para debates e demonstrações práticas.
- Visitas domiciliares para acompanhamento das puérperas uma com as outras e com a pesquisadora, caso haja necessidade.
- Dramatização.

4ª Etapa - Hipóteses de Solução:

Durante a dinâmica em grupo elaboramos um roteiro, para que as puérperas participassem do cenário. Na dramatização houve a oportunidade das nutrízes escolherem várias teorizações, sendo colocado em segundo momento a visita domiciliar.

Dentre as teorizações escolhidas, destacaram-se as comparações práticas entre os problemas com as mamas, a utilização de materiais didáticos/pedagógicos e o exemplo prático da couve-flor, para explicação da anatomia e fisiologia da mama. Realizaram a ordenha manual e após a “boa pega”. Assistiram uma fita educativa sobre os problemas com as mamas e discutiram sobre os métodos alternativos para tratamento das mamas.

5ª Etapa - Aplicação à Realidade:

A verificação desta etapa dar-se-à somente em períodos posteriores no Centro de Saúde II Balneário, conforme a solicitação das participantes e a continuidade do acompanhamento pela enfermeira do referido C. S..

Foram também marcadas visitas domiciliares entre as puérperas e destas com a pesquisadora, caso haja necessidade.

Foi a primeira vez na minha experiência cotidiana, com grupos, que os próprios membros tiveram a iniciativa de realizarem visitas nos seus domicílios, propiciando a ajuda , a troca de conhecimentos e experiências.

Teorização:

- Desenvolvimento dos conteúdos de anatomia e fisiologia da mama;
- Demonstração prática da "boa pega", ordenha manual para extração do leite materno;
- Alternativas para prevenção de problemas nas mamas durante a amamentação;
- Comparação das alternativas de tratamento dos problemas com as mamas das nutrizes e suas experiências práticas;
- Uso de materiais educativos sobre problemas nas mamas;
- Dramatização;
- Visitas domiciliares entre as puérperas;
- Acompanhamento no C.S. II Balneário pela enfermeira.

Hipóteses de Solução:

Durante a dinâmica em grupo elaboramos um roteiro, para que as puérperas participassem do cenário. Na dramatização houve a oportunidade das nutrizes escolherem várias teorizações, sendo colocado em segundo momento a visita domiciliar.

Dentre as teorizações escolhidas, destacaram-se as comparações práticas entre os problemas com as mamas, a utilização de materiais didáticos/pedagógicos e o exemplo prático da couve-flor, para explicação da anatomia e fisiologia da mama. Realizaram a ordenha manual e após a "boa pega". Assistiram uma fita educativa sobre os problemas com as mamas e discutiram sobre os métodos alternativos para tratamento das mamas

Aplicação à Realidade:

A verificação desta etapa dar-se-á somente em períodos posteriores no Centro de Saúde II Balneário, conforme a solicitação das participantes e a continuidade do acompanhamento pela enfermeira do referido C. S. Foram também marcadas visitas domiciliares entre as puérperas e destas com a pesquisadora, caso haja necessidade.

Pontos-Chave:

- Falta de informações;
- Problemas relacionados ao aprendizado e conhecimento das nutrizes.
- Alternativas para o tratamento das mamas.
- Uso incorreto dos conhecimentos teóricos ministrados no pré-natal.

Observação da Realidade:

- Problemas relacionados as mamas durante a amamentação:
- Rosa e Orquídea: presença de fissura mamilar.
- Bromélia: presença de alergia nos mamilos
- Enfermeira: cuidados com as mamas
- Pesquisadora: Tratamentos sobre os problemas com as mamas.

Realidade I

3 DESCOBRINDO O SABER/FAZER PROFISSIONAL À LUZ DA METODOLOGIA PROBLEMATIZADORA

Ao realizar os atendimentos individuais, visita domiciliar e atividade grupal à luz da pedagogia problematizadora, percebi o grande desafio deste estudo. O desafio da mudança de hábitos, atitudes e comportamentos, tanto por parte das puérperas como por parte da pesquisadora. Salientando ainda a grande essência desta metodologia: o desenvolvimento de uma consciência crítica, questionadora, por parte dos atores.

No início foi difícil utilizar esta metodologia, também chamada de libertária, pois permeava em mim, como objeto de minha formação pessoal, a postura de domínio de conhecimento, oriunda da pedagogia tradicional.

Percebia dia-após-dia, durante os atendimentos realizados às puérperas, à luz da metodologia problematizadora, que não eram suficientes os conteúdos e conhecimentos previamente adquiridos durante a minha formação profissional, visto que foram repassados por meio da pedagogia tradicional, que exigia o domínio de técnicas e de conhecimentos estanques, que, davam uma receita pronta e acabada determinando-me o quê e como fazer.

Antes de utilizar essa abordagem, muito me preocupava em transmitir conhecimentos, porém ficava muito insatisfeita com os resultados.

Os resultados que promovem a mudança de comportamentos, o raciocínio, o desenvolvimento da consciência crítica. Pois o que almejo é incentivar a prática do aleitamento materno, de forma justa e igualitária.

Hoje, vemos o predomínio de incentivadores dos substitutos do leite materno, representados pelas multinacionais, com suas propagandas belíssimas, seus produtos sofisticados e promoções que seduzem muitas nutrizes a interromperem a amamentação.

Neste estudo cabe ressaltar o fato de uma puérpera optar pela não amamentação, mesmo após toda a minha intervenção. Mostrando-me o grande desafio: que para mudarmos hábitos, atitudes, comportamentos, necessitamos antes mudarmos as nossas consciências.

Tenho clareza que não são alguns encontros que irão fazer esta “mágica”, a transformação, mas o que me deixa mais animada, forte, é a vontade de querer mudar.

Mudar exige tempo, exige sabedoria, paciência e sobretudo vontade.

Esta caminhada, utilizando o referencial teórico de Bordenave, propiciou o conhecimento, o entendimento dos “porquês”, elaborados pelas puérperas, que orientam o

problema. Porquê desmamou? Porquê rachou o mamilo? Porquê o seu leite é fraco? Porquê? Porquê? Porquê?

Agora compreendo a grande diferença da metodologia tradicional para a problematizadora, a transformação à consciência crítica e questionadora.

Mas toda transformação é inerente ao ser humano, e eu lhes pergunto transformar para quê? Será que é da vontade das pessoas esta transformação ou será que preferem os incrementos da tecnologia que cada dia que passa invade os lares das pessoas e as seduzem com belíssimas colocações e exposições. Será justa e igualitária esta caminhada pela enfermagem no seu exercício pleno ou será que muitas vezes o discurso crítico e questionador é engolido pelas multinacionais?

Com o exercício pleno de nossa cidadania, buscando a melhoria contínua das nossas condições de saúde, favorecendo o aprendizado, oportunizando o crescimento mútuo, e descobrindo e redescobrimo o saber/fazer enfermagem visando a mudança.

4 REPENSANDO A POSSIBILIDADE DO USO DA PEDAGOGIA PROBLEMATIZADORA CONTEXTUALIZADA NAS ATUAIS POLÍTICAS PÚBLICAS DO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS

O município de Florianópolis, atualmente desenvolve suas atividades ligadas à área de atenção à saúde da mulher e da criança através do Programa Capital Criança.

O Programa Capital Criança visa promover o acompanhamento de enfermagem, ginecologia, pediatria e odontologia às gestantes e puérperas, bem como, as crianças menores de dois anos.

Atualmente existe a proposta de ampliação das equipes de saúde da família, com o intuito de se desenvolver estratégias para a prevenção e promoção da saúde. Porém, na prática, ainda permeiam as ações de caráter curativo.

O atendimento realizado às puérperas, pelos enfermeiros ainda está em processo de discussão e avaliação, mas, em sua maioria, as atividades educativas desenvolve-se com base na pedagogia tradicional. A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (INHAC) foi idealizada em 1990 pelo fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno. Seu objetivo é o de mobilização de funcionários dos estabelecimentos de saúde para a mudança de condutas e rotinas, responsáveis pelos elevados índices de desmame precoce.. Esta iniciativa promoveu dez passos a serem rigorosamente cumpridos pelas instituições hospitalares, como sendo os dez passos para promoção do aleitamento materno.

Observa-se que esta tradicional forma de “despejar conhecimentos” tem contribuído pouco com o incentivo da prática do aleitamento materno. Tal fato se concretiza ao realizarmos o atendimento às puérperas durante uma consulta de enfermagem ou de encontros grupais, quando as mesmas chegam com muitas dúvidas acerca das recomendações das Maternidades, no que diz respeito ao aleitamento materno.

São repassados nas Maternidades, conhecimentos rotinizados, padronizados, muitas vezes identificados nos depoimentos das puérperas e/ou acompanhantes, durante as consultas de enfermagem realizadas à nível de saúde pública. Percebe-se a utilização da pedagogia tradicional, que pouco tem modificado a realidade das puérperas em seu cotidiano. Não se constrói um conhecimento, não se respeitam as crenças e valores, nem tão pouco a própria vontade da mulher em querer e poder amamentar.

Nos atendimentos realizados às puérperas à luz da metodologia problematizadora, percebi a grande diferença: De uma consciência passiva e sem questionamentos para uma consciência crítica e questionadora.

Se o município trabalhasse em conjunto às maternidades utilizando a metodologia problematizadora talvez mudasse a nossa realidade, pois de um lado está a informação para a decisão e de outro lado está a desinformação, que trás consequências desastrosas, como a desnutrição, as diarréias e até a morte de crianças que poderiam ser amamentadas ao seio.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste estudo foi descrever a utilização das práticas educativas de incentivo ao aleitamento materno, junto às puérperas, à luz da pedagogia problematizadora.

Não considero ter encerrado ou concluído esta discussão, quando me propus desvelar o desenvolvimento da consciência crítica e questionadora das puérperas com o intuito de incentivar a prática do aleitamento materno. Isto a meu ver, seria contraditório às concepções de Paulo Freire, pois o homem necessita em seu espaço, criar e recriar continuamente, uma vez que o conhecimento é dinâmico.

Já na concepção de Bordenave, o importante é ter a capacidade para detectar problemas, buscando soluções originais e criativas para resolvê-los adequadamente.

Vejo que este estudo veio ao encontro de muitos anseios, com relação ao incentivo ao aleitamento materno. Foi difícil, mas prazeroso e de suma importância, uma vez que destas discussões com as mulheres e seus esposos, que resultaram no descobrimento do processo de transformação, da relação profissional/cliente, podendo contribuir para o processo e educação de enfermeiras, mais dinâmico, crítico e criativo.

Este estudo possibilitou também a identificação dos principais problemas e a sua discussão pelos membros, a fim de propor soluções adequadas para a prática de incentivo ao aleitamento materno e ao cotidiano da nutriz.

Resgato, portanto, alguns achados obtidos da análise do uso desta metodologia, de acordo com o método do Arco, proposto por Charlez Maguerez.

1ª etapa do arco: situação problema:

O descobrimento da situação problema, de forma “ingênua”, simples, levou-me a relacionar a **1ª etapa do Arco: situação problema**, representada nas falas:

“...acho o meu leite fraco,...porque ela chora demais” (Violeta).

“...presença de fissura mamilar, engurgitamento mamário e má pega mamilo-areolar” (observação da pesquisadora).

“...no início o seio dela rachou o bico” (Cravo, esposo de Rosa).

“...o bico do meu seio rachou”(Orquídea).

“... este enquanto é bonzinho eu vou dar de mamar, mas se ele incomodar eu dou um prato de mingau”(Jasmim).

“...o meu seio está ficando vermelho,...acho que é uma alergia”(Bromélia).

“...às vezes depois que ela mama ela começa com soluços”(Margarida).

Predominou a presença da fissura mamilar, problema que poderia ser resolvido com ações educativas de caráter preventivo, se fosse utilizado essa abordagem no atendimento às gestantes, durante as consultas no período pré-natal.

Porém percebi que a vontade em querer amamentar superou os obstáculos, fazendo-me refletir se as atividades de incentivo ao aleitamento materno não deveriam ser iniciadas já na infância, promovendo a mudança de comportamentos, hábitos e atitudes.

2ª etapa do arco: pontos chaves:

Na **2ª etapa do Arco**: refere-se aos **pontos-chaves**. Estes, foram identificados a partir da observação da realidade e análise e discussão com as nutrizes. É o ponto central do processo como um todo, proposto por Bordenave, visto que ao se proceder a sua identificação, constitui na fase da metodologia problematizadora principal. Assim destaquei os seguintes pontos-chaves, em conjunto com as mulheres:

“... problemas relacionados ao aprendizado e conhecimento da nutriz, falta de informações no que se refere aos cuidados com as mamas durante o aleitamento materno e do manejo adequado à prática do aleitar ao peito” (2ª etapa do arco de Violeta).

“... permeiam neste processo questões ligadas às crenças, valores e hábitos das pessoas que circundam a nutriz” (2ª etapa do arco de Violeta).

“... uso incorreto das técnicas de orientação aos problemas de fissura mamilar,...conhecimentos teóricos no pré-natal e maternidades insuficientes” (2ª etapa do arco de Rosa).

“... alternativas para o tratamento de fissura mamilar” (2ª etapa do arco de Orquídea).

“... no contexto social em que vive a nutriz, permeia uma prática de desmame precoce;...a nutriz relaciona fatores sócio-culturais à crenças, hábitos e valores quanto a qualidade do leite;...há a necessidade de demonstrar/orientar sobre o aleitamento materno;...será que a nutriz recebeu orientações no pré-natal sobre aleitamento materno;...existe a vontade em querer amamentar” (2ª etapa do arco de Jasmim).

“... rever condutas de tratamento,...métodos alternativos” (2ª etapa do arco de Bromélia).

“... conhecimentos sobre a causa do soluço e condutas a serem tomadas;...situação emocional; do casal” (2ª etapa do arco de Margarida).

No entanto, Jasmim, com sua experiência sedimentada pela criação de seus irmãos e quatro filhos, com “mingau de maizen”, manteve sua posição de não amamentar ao seio. Este fato reforça a necessidade de proceder uma abordagem questionadora o mais precocemente possível.

3ª etapa do arco: Teorização:

Na **3ª etapa do Arco**, a **Teorização**, buscando entender e responder aos porquês dos problemas, junto às nutrizes, centrei os conteúdos, explicações e demonstrações nos seguintes aspectos:

“... anatomia e fisiologia da mama;...demonstração prática da “boa pega”, ordenha manual para extração de leite materno;...alternativas para prevenção de problemas nas mamas durante a amamentação;...alternativas para o tratamento das mamas com problemas durante a amamentação;...comparação das alternativas de tratamento dos problemas com as mamas das nutrizes e suas experiências práticas;...uso de materiais educativos sobre problemas nas mamas; ... atividade de grupo para debates” (3ª etapa do arco do grupo de gestantes).

Assim, juntamente com as puérperas, esposos, enfermeira, pediatra e eu, como pesquisadora desenvolvemos esses conteúdos tentando elucidar os problemas anteriormente levantados, junto às nutrizes.

4ª etapa do arco: Hipóteses de solução:

Como **4ª etapa do Arco**: as **hipóteses de solução**, selecionando as aplicáveis pelas puérperas. Estas foram bem trabalhadas/ discutidas entre todos os participantes deste trabalho, destacando:

“... a nutriz optou em experienciar o ato de amamentar, agora subsidiado pelos conhecimentos recebidos;...comparação do seu leite com o de outras nutrizes;...troca de experiências com outras nutrizes” (4ª etapa o arco de Violeta).

“... a puérpera experienciará em casa os conhecimentos adquiridos”(4ª etapa o arco de Rosa).

“... opção da puérpera em receber explicações referentes aos cuidados com as mamas;...interesse em participar de um grupo de puérperas;...relata buscar alternativas a serem realizadas para minimizar os problemas de fissura mamilar” (4ª etapa o arco de Orquídea).

“... orientações dadas pela pesquisadora, solicitadas pela nutriz; ... relatou ser desnecessário aprender sobre a alimentação de sua filha, ... pois, já criou 4 filhos, e com essa seria a mesma coisa” (4ª etapa o arco de Jasmim).

“... opção por receber orientações no momento do diálogo;...e praticar em seu domicílio a utilização do banho de luz como resolução de seu problema” (4ª etapa o arco de Bromélia).

“...o casal recebe conhecimentos gerais sobre o soluço e experencia em casa medidas de controle e tratamento para o soluço”(4ª etapa o arco de Margarida).

“...durante a dinâmica em grupo elaboramos um roteiro, para que as puérperas participassem do cenário;.. na dramatização houve a oportunidade das nutrizes escolherem várias teorizações, sendo colocado em segundo momento a visita domiciliar;...dentre as teorizações escolhidas, destacaram-se as comparações práticas entre os problemas com as mamas, a utilização de materiais didáticos/pedagógicos e o exemplo prático da couve-flor, para explicação da anatomia e fisiologia da mama;.. realizaram a ordenha manual e após a “boa pega”;...assistiram uma fita educativa sobre os problemas com as mamas e discutiram sobre os métodos alternativos para tratamento das mamas” (4ª etapa o arco da atividade em grupo).

5ª etapa do arco: aplicação à realidade:

Na **última etapa do Arco**, a **aplicação à realidade**, o propósito era o de alterar a situação/problema.

Nesta etapa emergiram várias colocações que servem para a avaliação deste trabalho, destacando:

“...ela é inteligente, aprendeu rapidinho”(Violeta).

Após a comparação do seu leite com o de outras nutrizes a puérpera refere que os “leites maternos são todos branquinhos”, ... “e que o seu leite é forte” (Violeta).

Durante a visita domiciliar à Violeta,

“...olha, os meus seios estão cheios de leite, ... pega filha, ... viu só como ela pegou todo o mamilo?” (Violeta).

“...se não fossem vocês, eu nem sei, acho que eu não teria amamentado” (Violeta).

“... obrigado por sua atenção, ... se todo o lugar fosse assim, muitos problemas seriam evitados, porque é nessas horas que aparecem as maiores dúvidas”(Cravo, esposo de Rosa).

“...a verificação desta etapa dar-se-à somente em períodos posteriores no Centro de Saúde II Balneário, conforme a solicitação das participantes e a continuidade do acompanhamento pela enfermeira do referido C. S.;...foram também marcadas visitas domiciliares entre as puérperas e destas com a pesquisadora, caso haja necessidade” (4ª etapa o arco da atividade em grupo).

Já a avaliação realizada por mim, da prática assistencial à luz da metodologia problematizadora, foi extremamente positiva, tendo em vista principalmente, a resposta ao processo, dada pelas mães e pais participantes. Resposta esta, já destacada na experiência da pesquisadora como, por exemplo, a das mulheres se assistirem/visitarem, dando continuidade ao processo.

Foi a primeira vez que apliquei o referencial teórico da metodologia problematizadora, e considero ter contribuído para a minha mudança de pensamentos/hábitos/atitudes/comportamentos. Anteriormente, achava que tornando um “local de referência – Amigo da Criança”, às mulheres que amamentam, teriam interesse na prática do aleitar. Utilizando esta metodologia pude perceber a sua essência, a mudança, a transformação, o desenvolvimento de uma consciência crítica e questionadora, oportunizando as puérperas a aprenderem conscientemente sobre a alimentação de seus filhos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGOSTINI, S. M. M. et al. Adolescência: informações sobre a anticoncepção. *Revista gaúcha de enfermagem*. Porto Alegre, 9(1): 23-8, jan. 1988.
- ARAÚJO, L. D. S. Querer/poder amamentar: uma questão de representação. *Texto e contexto*. Florianópolis: UFSC. 1(1): 178, jan./jun. 1992.
- ARRIEIRA, I. C. O. *Orientação de pré-natal sobre o aleitamento materno*. Monografia, Pelotas, RS, 1990.
- AUGUSTO, M. *Comunidade infantil*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1990.
- BADINTER, E. *Um amor conquistado. O mito do amor materno*. 6. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985. Tradução de L'Amour en plus.
- BETTIOL, H. et al. Determinantes sociais do aleitamento materno. *Revista Med. HCFMRP*, v. 21, n. 1/2, p. 43-50, 1988.
- BERQUÓ, E. et al. *Caracterização e determinantes do aleitamento materno na Grande São Paulo e na Grande Recife*. São Paulo: Centro Brasileiro de Análise e Planejamento, 1984 (Cadernos CEBRAP, 2).
- BEZERRA, H. F. Editorial: exageros. *J. Pediatr.*, v. 59, n. 5/6, p. 434, 1985.
- BÍBLIA SAGRADA. Versão revista e corrigida por João Ferreira de Almeida. 42. ed. Rio de Janeiro: Imprensa Bíblica Brasileira, 1980.
- BITTENCOURT, S. A. et al. Crescimento, diarreia e aleitamento materno: o caso da vila do João. *Caderno Saúde Pública*, v. 9, n. 1, p. 7-13, 1993. (suplem.).
- BORDENAVE, Juan Diaz; PEREIRA, Adair Martino. *Estratégias de Ensino-aprendizagem*. 4ªed. Petrópolis: Vozes, 1982.
- BORDENAVE, Juan Diaz. *Alguns fatores pedagógicos*. Secretaria de Modernização Administrativa e Recursos Humanos. Brasília, 1986, p. 19 - 26 (Curso de capacitação pedagógica para instrutores/supervisores da área da saúde).

- _____. *Deteminação de necessidades educativas para à educação à distância*. Revista Técnicas Educativas. Rio de Janeiro, v.19 (92/93): 26/31, jan/abr,1990.
- _____. *Opções Pedagógicas*. In: Manual para operacionalização das ações educativas no SUS – Núcleo de Educação em Saúde. São Paulo, 1997.
- BOTTORFF, J. L. Persistence in breastfeeding: a phenomenological investigation. *J. Adv. Nurs*, v. 15, n. 2, p. 201-209, 1990.
- BURROUGHS, A. *Uma introdução à enfermagem materna*. 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. *O programa nacional de alimentação e nutrição – PRONAN: suas bases e a participação setorial*. Brasília, 1982.
- _____. Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno. Grupo de Defesa da Saúde da Criança. *Hospitais amigos das crianças: plano de ação*. Brasília, 1992. (mimeo.).
- CAMPESTRINI, S. *Alojamento conjunto e incentivo à amamentação*. 1. ed. Curitiba: Educa, 1983.
- CARVALHO, G. M. de. *Enfermagem obstétrica*. 1. ed. São Paulo: EPU, 1990.
- CARVALHO, M. de, SERAFIM, M. G., et al. Estímulo ao aleitamento materno através de um centro de lactação. *Clínica pediátrica*, p. 35-41, jan./fev. 1985.
- CÁSAR, C. M., et al. O sistema alojamento conjunto para o recém-nascido e mãe. *Revista Brasileira de Enfermagem*, ano 34, n. 1, jan./fev./mar., p. 48-54, 1981.
- CASSIANI, S. H. B. Promoção e incentivo ao aleitamento materno de grupos da comunidade. *Revista gaúcha de enfermagem*. Porto Alegre, 10(2): 33-40, jul. 1989.
- CAVALCANTI, M. L. F. *Conhecimentos, atitudes e práticas de pessoal de saúde sobre aleitamento materno*. São Paulo, 1982, 439p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- CHAGAS, R. I. A., KAKEHASHI, T. Y. O banco de leite humano como incentivo ao aleitamento materno. *46º Congresso Brasileiro de Enfermagem*. Porto Alegre, 1994.
- CLARK, C. *O livro do aleitamento materno*. 2. ed. São Paulo: Ed. Mamole, 1984.
- CONSELHO ESTADUAL DA CONDIÇÃO FEMININA. *8 de março – dia internacional da mulher: uma data e muitas histórias*. São Paulo: IMESP, p. 1993.

- COSTA, A. C. G. Falta vontade política para garantir os direitos de cidadania das crianças. *Revista brasileira cresc. des. hum III*. São Paulo, 1993.
- CUNHA, F. M., CUNHA I. da. Amamentação: uma arte esquecida. *Revista AMRIGS*. Porto Alegre, 20(3): 109-116, maio/jun. 1976.
- DEVITIS, R. M. P. F. de, STRINGARI, R. C. Iniciativa hospital amigo da criança. *46º Congresso Brasileiro de Enfermagem*, Porto Alegre, 1994.
- DIAS, M. B. O. Os sentimentos expressos pela mulher durante a amamentação. Dissertação de mestrado à Universidade Federal de Santa Catarina, 1996.
- DIAS, N. M. A mulher e o saber popular em saúde. *Educ. Revista Belo Horizonte*. v. 6, p. 11-19, dez. 1987.
- DIX, D. N. Why womem decide not to breastfeed. *Birth*. 18(4) 222-5, dec. 1991.
- DOWEK, R. C. Cesariana, berçário, babá: pobre do bebê. *Psicologia atual – criança*. n. 34, p. 17-19, set./out. 1983.
- DUCKETT, L., et al. Predicting breast-feeding durations during the post partum hospitalization. *West J. Nrs. Res.* v. 15, n. 2, p. 177-98, 1993.
- FADUL, F. R., et al. Fatores que contribuem para o desmame precoce. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 36, n. 2, p. 213-220, 1983.
- FAGUNDES, J. F. Aleitamento: mães trabalhadoas. (Monografia), Pelotas, Rio Grande do Sul, 1987.
- FERRARI, B. T. Leite materno; o encaixe perfeito da natureza. *Revista Brasileira Clin. Terap.*, v. 16, n. 10, p. 9-16, 1987.
- FERREIRA, A. B. de, h. *Novo dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
- FILHO, J. M. *Como e porque amamentar*. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 1987.
- Filho M., J.. Aleitamento materno e ideologia. *Boletim Informativo da Sociedade Brasileira de Pediatria*. Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, nov. 1990.
- FOCAULT, Michel. *História da sexualidade I – a vontade de saber*. Tradução Maria Tereza C. Albuquerque e J. A. Guilhaon Albuquerque. 10. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988, p. 28.

- FREDDI, W. E. S., SCHUBERTZ, M. Z. B. Considerações gerais sobre o sistema de *roomning-in*. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Distrito Federal, ano 30: 136-144, 1977.
- FREED, G. L., FRALEY, J. K. Effect of expectant mother's feeding plan on prediction of fathers attitudes regarding breast – feeding. *American Journal Perinatology*. 100(4): 300-303, jul. 1993.
- FREIRE, Paulo. *Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire*. 3ª ed. São Paulo: Moraes, 1980.
- _____. O sujeito no ato de conhecer. In: Instituto Pichon – Riviére de São Paulo. *O processo educativo segundo Paulo Freire & pichon – Riviére*. 3ª ed. Petrópolis: Vozes, 1991.
- _____. *Pedagogia do oprimido*. 22ª ed.. São Paulo/Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.
- FREITAS, et al. *Rotinas em obstetrícia*. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- GADOTTI, Moacir; FREIRE, Paulo; GUIMARÃES, Sérgio. *Pedagogia: diálogo e conflito*. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 1995.
- GOLDENBERG, P. *Repensando a desnutrição como questão social*. Campinas: Editora da UNICAMP, 1988.
- GOMES, K. R. O., SAND, I. , et al. Contracepção e lactação. *Acta paulista de Enfermagem*. São Paulo, v. 6, n. 1/4, 58-54, jan./dez., 1993.
- GONZAGA, A. Â. *Educação Popular em Saúde: do permitido da doença às ações coletivas dialógicas em saúde*. Florianópolis, 1994. (Dissertação de Mestrado) Pós-Graduação de Enfermagem, UFSC, 1994.
- GONZALEZ, G. et al. Lactância materna: actitudes, creencias y practicas en mujeres embarazadas. Maternal lactation: actitudes, belief and practice in pregmant womem. *Revista Med. Demin*. 54(1): 19-20, mar. 1993.
- HARNACK, G. A. *Manual de pediatria*. 1. ed. São Paulo: EPU, 1980.
- HEINEN, H. M. Aleitamento materno: um direito fundamental da criança. (Monografia), Pelotas, 1992.
- HELDENBERG, D., et al. Breast – feeding habits among jewish and, Arab mothers in Hadera Country. *J. Pediatric – Gastroenterol – Nutr*. 17(1): 86-91, jul. 1993.

- HILLERVICK, L. C. HOFVANDER, Y. et al. Studies on perceived breast milk insufficiency. Consequences for breast milk consumption and growth. *Acta Paediatrica Scand.* 80(3): 297-303, mar. 1991.
- HUBBARD, Ruth. Algumas idéias sobre a masculinidade das ciências naturais. In: GERGEN, M. McCanney (ed.). *O pensamento feminista e a estrutura do conhecimento*. Tradução de Ângela M. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1993, p. 25.
- ISSLER, H., et al. Aleitamento materno em população migrante brasileira. *Pediatrics*, v. 4, n. 1, p. 35-45, 1982.
- INSTITUTO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). mimeo, 1998.
- JACOBSON, S. W., JACOBSON, J. L., et al. Incidence and correlates of breast-feeding in socio economically disadvantaged women. *Pediatrics*, 88(4): 728-36, oct. 1991.
- JELLIFFE, D. B., JELLIFFE, E. F. P. Recent Scientific Knowledge Concerning Breast – Feeding. *Ver. Epidem et Santé Publ.*, 1983.
- _____. *Programmes to promote breastfeeding*. Oxford, Oxford University Press, 1988.
- KEMPE, C. H., SIKVER, H. K., O'BRIEN, D. *Pediatrics – diagnóstico e tratamento*. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986.
- KOCH, R. M. cuidados na amamentação: conhecimento de um grupo de primíparas de um parto hospitalar de Curitiba, PR, 1979, 126p. (Dissertação de Mestrado) – Escola de Enfermagem da USP.
- LAUFER, A. B. Breastfeeding. Toward resolution of the unsatisfying birth experience. *Journal Nurse – Midwifery*. 35(1): 42-5, jan./feb., 1990.
- LAUGIER, J., GOLD, F. *Manual de neonatologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Masson, 1982.
- LEMOINE, J. P. *Cadernos de enfermagem – obstétrica*. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Masson, s. d.
- LEMONS, D. O. As representações sociais do grupo familiar da gestante sobre a gravidez. uma referência para melhorar a qualidade de assistência pré-natal. Florianópolis, UFSC, 1994, 119p. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem.

- LOPES, Maria Júlia Marques. O trabalho da enfermeira: nem público, nem privado, feminino, doméstico e desvalorizado. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v. 41; jul/dez, 1988.
- LUZ, A. M. M., et al. Gravidez na adolescência; atuação da enfermeira. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Rio Grande do Sul, ano 36, n. 1/3/12, jan./fev./mar., 1983.
- MALDONADO, M. T. *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. 5. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1982.
- _____. *Psicologia da gravidez*. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 1984.
- MARCON, S. S. O. O desmame tardio de criança a partir de visão de mulher. *46º Congresso Brasileiro de Enfermagem*, Porto Alegre, 1994.
- MARTINS. Aleitamento materno. Modificação da prevalência da amamentação na região de Campinas, após oito anos de estímulo contínuo em nível ambulatorial. *Jornal de pediatria*, v. 62, p. 251-256, 1987.
- _____. *Como e porque amamentar*. São Paulo: Sarvier, 1984.
- _____. *Nós estamos grávidos*. 9. ed. Rio de Janeiro: Bloch, 1990.
- _____. *Qual a questão da amamentação*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1985.
- MATHAI, J. The brazilian national breastfeeding programe. *Assign. Child.*, v. 61, n. 62, p. 225-247, 1983.
- MENDES, D.C. Algumas considerações sobre o perfil do enfermeiro na função gerencial da assistência de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Porto Alegre, v.9; n 2º, dez. 1988.
- MENDES, M. M. R.. O Ensino de graduação em enfermagem no Brasil, entre 1972 e 1994: mudança de paradigma curricular?. Ribeirão Preto: USP, 1996. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1996.
- MIDDLEMORE, M. P. *Mãe e filho na amamentação*. 2. ed. São Paulo: Ibrex, 1974.
- MILLER, M. M. *A saúde mental da criança*. 1. ed. São Paulo: Ibrasa, 1969.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Assistência integral à saúde da mulher. *Bases de ação programática*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984.
- MONCAN, J. E. C., et al. Prática do aleitamento materno em unidade básica de saúde nos anos de 1989 e 1990. *Ars curandi*, v. 26, n. 5, p. 90-97, 1993.

- MONTEIRO, C. *A evolução do país e de suas doenças*. São Paulo: HUCITEC, NUPETS/USP 1995.
- MONTEIRO, C. A. *Saúde e nutrição das crianças de São Paulo*. São Paulo: EDUSP, 1988.
- MOTTA, M. G. C. da. *Enfermagem pediátrica assistência de enfermagem à criança*. 1. ed. Porto Alegre: SAGRA, 1990.
- MULLER, M. *O matador de bebês*. Campinas, Centro de Pesquisas e Controle das Doenças Materno-Infantis de Campinas, 1981.
- NÓBREGA, F. Y. de. *Assistência primária em pediatria*. Rio de Janeiro: Artes Médicas, 1989.
- NÓBREGA, S., FRANCENELY, N. A erva-doce e seus efeitos galactóforo – um estudo experimental. *Revista brasileira de enfermagem*, ano 36, n. 2, p. 163-177, abr./jun. 1983.
- NUNES, E. D. Antologia de experiências em serviço e docência em enfermagem na América Latina (1 parte). *Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília*, v.33, 1980.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. 27ª Assamblea Mundial de la Salud. *Bol. Of. Sanit. Panam*, v. 77, n. 2, p. 171-178, 1974.
- _____. 33ª Assamblea Mundial de la Salud. *Bol. Of. Sanit. Panam*, v. 89, n. 2, p. 176-178, 1980.
- _____. Comercializacion de sucedaneos de la leche materna. *Bol. Of. Sanit. Panam*, v. 91, n. 5, p. 441-448, 1981.
- PEREIRA, V. E. A. Aleitamento natural à recém-nascido em incubadora. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 4(1): 55-59, Porto Alegre, jan. 1983.
- PERNETTA, C. *Alimentação da criança*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.
- PIZZATO, M., DA POLAN, V. *Enfermagem neonatológica*. 2. ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 1986.
- PRIDHAM, K. F., et al. Mothers' Working models of infant feeding: discription na influencing factors. *J. Adv. Nurs.*, v. 14, n. 2, p. 1051-1061, 1989.
- PRYOR, K. W. *A arte de amamentar*. 1. ed. São Paulo: Summus, 1981.
- RAMOS NETO, M. O., et al. Estudo do aleitamento. *Ver. Esc. Enf. USP*, v. 12, n. 2, p. 77-100, 1978.

- REZENDE, M. A. Aleitamento natural: influência dos meios rural e urbano. *Ver. Cult. Vozes*, v. 80, n. 4, p. 245-252, 1986.
- REZENDE, M. A. Aleitamento natural: subsídios para a equipe de enfermagem – Parte I. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, 23(3): 231-242, dez. 1989.
- REZENDE, M. A. Parte II. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, 24(1): 3-10, abr. 1990.
- REZENDE, M. A. Aleitamento natural numa creche governamental da cidade de São Paulo. Dissertação de Mestrado, 173p. Escola de Enfermagem, USP, 1992.
- RICHARDS, M. *O bebê e seu mundo*. 1. ed. São Paulo: Harper e Row do Brasil Ltda., 1981.
- RODRIGUES, G. R. SCHAFFER, L. A., YUNES, J. *Educación en lactancia para os profissionais de la salud*. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la salud, 1990.
- SANTOS, E. K. A. A mulher como foco central na prática do aleitamento materno: uma experiência assistencial fundamentada na Teoria do Auto-Cuidado de Orem. *Texto e contexto*. Florianópolis: UFSC, v. 2, n. 1, p. 127, jan./jun. 1993.
- SANTOS, E. S., et al. Maternidade e adolescência: sentimento e atitudes. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 8, n. 1, p. 27-45, jan. 1987.
- SEPÚLVEDA, D., et al. Lactância materna: alguns fatores psicossociales y biológicos que la influncian. *Bol. Of. Sanit. Panam.*, v. 95, n. 1, p. 51-59, 1983.
- SERAFIM, D. Estudo das opiniões do pai sobre aleitamento materno e sua participação neste processo. *46º Congresso Brasileiro de Enfermagem*, Porto Alegre, 1994.
- SHIMO, A. K. Mama puerperal. *Aspectos preventivos e criativos do ingurgitamento mamário*. Dissertação de Mestrado apresentado à escola de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 1983.
- SIGULEM, D. M., TUDISCO, E. S. Aleitamento natural em diferentes classes de renda no município de São Paulo. *Arch. Latinoam. Nutr.*, v. 30, p. 400-416, 1980.
- SILVA, A. A. M. *Amamentação: fardo ou desejo?* Estudo histórico social dos saberes e práticas sobre aleitamento na sociedade brasileira. Ribeirão Preto, 1990, 302p. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

- SILVA, I. A. *Amamentar: uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios*. Tese apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1994.
- SILVA, I. A. Procedimento sistematizado de assistência de enfermagem à puerpera com ingurgitamento mamário. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 23, n. 2, ago. 1989.
- SILVA, I. A. Reações emocionais da mulher no puerpério. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 237-246, ago. 1988.
- SOUZA, R. P. de. *Nossos filhos: a eterna preocupação*. 1. ed. Porto Alegre: Globo, 1978.
- TAVARES, C. M. A. Avaliação das atividades de incentivo ao aleitamento materno – estudo realizado junto à Secretaria de Mato Grosso, 1985/1987, 116p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, USP, 1988.
- TEDESCO, J. J. A., WOISKI, J. R. Aleitamento natural: importância, cuidados, dificuldades, passagem de drogas e inibição da lactação. In: PIATO, S. *Diagnóstico e terapêutica em mastologia*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1979, p. 153-176.
- TRIGO, M., RONCADA, M. S., et al. Conhecimentos práticos e tabus sobre aleitamento materno no município de Marabá, Pará. *Rev. Nutr. PUC, Campinas*, v. 3, n. 2, p. 127-142, jul./dez. 1990.
- TUDISCO, E. S., et al. Avaliação do estado nutricional materno e duração do aleitamento natural. *Rev. Saúde Publ.*, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 313-322, 1984.
- UNICEF. *Tendências na amamentação e seu impacto na saúde da criança*. Brasília, 1978, 9p.
- _____. *Relatório da Situação Mundial da Infância*, 1997.
- VARELA, C. B. *A arte de amamentar seu filho*. 2. ed. São Paulo: Vozes, 1983.
- VICTORA, C.G., BARROS, F., VAUGHAN, P. J. *Epidemiologia da desigualdade*. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1989.
- VINHA, V. H. P. *Amamentação materna – incentivo e cuidados*. 1. ed. São Paulo: Sararei, 1983.
- VINHA, V. H. P., SCOCHI, Carmem G. S. Aleitamento materno – evolução histórica. *Feminina*, São Paulo, v. 17, n. 10, p. 819-823, 1989.
- ZIEGEL, E., CRANLEY, M. *Enfermagem obstétrica*. 8. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1985.

ZURAYK, H. C., SHEDID, H. E. The trend away from breastfeeding in a developing country. A woman's perspective. *J. Trop. Pediatr.*, v. 27, p. 237-244, 1981.

WADE, K. B. Colocación del bebé al pecho durante el amamentamiento: evaluación y técnicas esenciales de lactancia que el personal de enfermería y los especialistas clínicos deben conocer. *Educación en lactancia para los profesionales de la salud*. Universidade de Georgetown. Organización Panamericana de la Salud, 1990.

WAECHTER, E. H., BLAKE, F. G. *Enfermagem pediátrica*. 9. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1979.

WHITLEY, N. Breast feeding risks. *J. Obstet. Gynecol. Neonatal. Nurs.*, v. 11, n. 4, p. 254-255, 1982.