



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Faculdade de Enfermagem

Paula Angélica Martinez de Bacco

**Comunicação e relação interpessoal na amamentação:
contradições no cuidado da enfermeira frente à mulher que
escolhe desmamar precocemente**

Rio de Janeiro
2007

Paula Angélica Martinez de Bacco

**Comunicação e relação interpessoal na amamentação:
contradições no cuidado da enfermeira frente à mulher que escolhe
desmamar precocemente**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Jane Márcia Progianti

Rio de Janeiro

2007

CATALOGAÇÃO DA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

B117 Bacco, Paula Angélica Martinez de.
Comunicação e relação interpessoal na amamentação: contradições no cuidado da enfermeira frente à mulher que escolhe desmamar precocemente / Paula Angélica Martinez de Bacco. - 2007.
98 f.

Orientador: Jane Márcia Progianti
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Amamentação. 2. Enfermagem na saúde e higiene da mulher. 3. Lactentes - Desmame. 4. Comunicação em enfermagem. 5. Enfermeira e paciente. I. Progianti, Jane Márcia. II. Universidade do Estado do Rio Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação.

Assinatura

Data

Paula Angélica Martinez de Bacco

Comunicação e relação interpessoal na amamentação: contradições no cuidado da enfermeira frente à mulher que escolhe desmamar precocemente

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovado em: 18/12/2007

Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Jane Márcia Progianti (Orientadora)
Faculdade de Enfermagem da UERJ

Prof^a. Dr^a. Ivis Emília de Oliveira Souza
Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ

Prof^a. Dr^a. Lúcia Helena Garcia Penna
Faculdade de Enfermagem da UERJ

Prof^a. Dr^a. Marialda Moreira Christoffel
Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ

Prof^a. Dr^a. Telma Spíndola
Faculdade de Enfermagem da UERJ

Rio de Janeiro
2007

DEDICATÓRIA

A Deus em primeiro lugar, em quem confio, entrego todos meus planos, e me sinto protegida e amparada.

Aos meus queridos pais, Arnaldo e Jair, pelo amor incondicional, pelos valores que cultivaram em mim, e estarem sempre presentes, mesmo à distância.

Ao meu marido querido, José Ricardo, que me deu incentivo em todos os momentos, e com carinho, compreensão e paciência me deu o suporte que necessitei para que as dificuldades e o cansaço não impedissem de realizar esse sonho.

À minha amada e tão sonhada filha Carolina, que tornou minha vida repleta de luz, e que suportou, mesmo sem entender, minha ausência em função do trabalho e do estudo, e me deu a oportunidade de tê-la amamentado com meu leite, e principalmente com o meu amor.

Às enfermeiras que confiaram a mim seus depoimentos, e permitiram que esse estudo fosse realizado.

AGRADECIMENTOS

À **minha família**, pelo amor e cuidado comigo.

À **Prof^a. Dr^a. Jane Márcia Progianti**, minha orientadora maravilhosa, por ter acreditado e investido em mim, e ter me direcionado, com competência, generosidade e entusiasmo em todas as etapas do estudo.

À **Prof^a. Dr^a. Lucia Helena Garcia Penna**, que desde a construção das primeiras idéias deu sugestões essenciais para a qualidade do trabalho, além do carinho e atenção dados a mim durante o percurso do curso.

À **Prof^a. Dr^a. Ivis Emília de Oliveira Souza**, pelas contribuições significativas que fez no trabalho, conduzidas com seriedade, rigor técnico, sensibilidade e delicadeza.

À **Prof^a. Dr^a. Telma Spíndola**, pelas sugestões valiosas na fase de elaboração do projeto.

A **direção do Hospital São Vicente de Paulo**, instituição a qual me orgulho em fazer parte, em especial a **Irmã Mathilde** e **Irmã Josefa Coissi**, por terem me apoiado e me possibilitado a cumprir os créditos do curso, ajustando minha carga horária.

A **Ana Beatriz Medina** e **Alessandrée Gonçalves**, minhas queridas **Bia** e **Lelê**, por compartilharmos da idéia que é possível prestar um cuidado melhor, mesmo em situações adversas, e pela cumplicidade que suavizou os momentos difíceis do mestrado e fortaleceu nossa amizade.

À querida **Isabella Albuquerque**, pela parceria, carinho, apoio, envolvimento e compreensão, que foram imprescindíveis para que eu prosseguisse mesmo em meio às dificuldades.

À querida **Andréa Andrade**, pela amizade que me fortalece e me faz melhor.

Aos queridos **Vanderlei Timbó, Vânia Freitas, Andréa Bitencourt, Rosana Fidélis e Débora Osório**, pelo incentivo, carinho e força.

Ao **Luiz Henrique Gouveia**, que me socorreu as muitas vezes em que o computador insistia em falhar.

Ao enfermeiro **Anderson e à equipe que trabalho no Hospital do Andaraí**, pela compreensão dos momentos que não pude estar presente.

Aos **Enfermeiros Anderson Teixeira e Wagner Silva** pela disponibilidade em fazer meus plantões, o que me possibilitou a cumprir os prazos estipulados.

Ao **Carlos Alberto Barbosa** e a **Cristiane Bernardo de Lima**, pelo carinho, disponibilidade e ajuda na tradução dos textos.

A **Márcia Tavares** e a **Celeste Couto**, que mesmo com o tempo escasso revisaram o texto e colocaram dentro das normas técnicas, de forma cuidadosa e com muito carinho.



Quando olhamos a vida e as pessoas a partir de uma perspectiva mais ampla, o certo e o errado, o bom e o mau passam a ser conceitos mais elásticos: Torna-se mais fácil aceitar e conviver com pessoas que vivem e pensam diferente de nós.

Maldonado; Canella (2003)

RESUMO

BACCO, Paula Angélica Martinez de. *Comunicação e relação interpessoal na amamentação: contradições no cuidado da enfermeira frente à mulher que escolhe desmamar precocemente*. 2007. 98f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

Pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, cujo objeto foi o processo de cuidar da mulher que escolhe desmamar precocemente com ênfase nas relações que se estabelecem entre a cliente e a enfermeira. Tomou como objetivos identificar quais as estratégias utilizadas pelas enfermeiras para se comunicarem com as mulheres que escolhem desmamar precocemente; discutir a relação interpessoal no processo do cuidar entre a enfermeira e analisar o cuidado da enfermeira à mulher que escolhe desmamar precocemente sob a ótica da teoria de Peplau. A pesquisa foi realizada com nove enfermeiras que realizam consulta de enfermagem no núcleo materno infantil, das Unidades Básicas de Saúde do município do Rio de Janeiro. Os dados foram coletados através de entrevista semi estruturada e analisados pelo método de análise de conteúdo de Bardin. Foram evidenciadas três categorias: 1) Os determinantes do relacionamento interpessoal das enfermeiras cuidando da mulher que escolhe desmamar precocemente, cujas subcategorias expressaram os significados do aleitamento materno atribuído pelas enfermeiras, os conflitos da mulher no processo do aleitamento materno e os sentimentos das enfermeiras quando a mulher escolhe desmamar precocemente; 2) Estratégias de comunicação das enfermeiras ao cuidar da mulher que escolhe desmamar precocemente, cujas subcategorias evidenciaram a comunicação não verbal e a associação da comunicação não verbal à comunicação verbal; 3) Contradições a enfermeiras no processo de cuidar da mulher que escolhe desmamar precocemente. Os resultados evidenciaram que as enfermeiras possuem em importante papel de apoio a mulher no processo da amamentação, e constroem o cuidado de enfermagem dentro da relação interpessoal, usando os recursos da comunicação não verbal e em associação a verbal. Através da Teoria do Relacionamento Interpessoal de Peplau, foi revelado que há contradições no cuidado das enfermeiras diante da escolha da mulher pelo desmame precoce, por priorizarem suas concepções e valores comparados aos da mulher.

Palavras-chave: Aleitamento materno. Saúde da mulher. Desmame precoce. Relação interpessoal. Comunicação.

ABSTRACT

Descriptive research with qualitative approach, which object was the process of taking care of woman that chooses to wean precociously with emphasis in the relationships that settle down between the customer and the nurse. It took as objectives to identify which strategies that were used by nurses to communicate with the women that choose to wean precociously; to discuss the interpersonal relationship in the process of take care among the nurse and to analyze the care of the nurse to the woman that chooses to wean precociously on the optics of Peplau's theory. The research was accomplished with nine nurses that accomplish nursing consultation in the infantile maternal nucleus, of the Basic Units of Health of the municipal district of Rio de Janeiro. The data was collected through semi-structured interview and analyzed by Bardin's method of analysis of content. Three categories were evidenced: 1) the determinant of the nurses' interpersonal relationship taking care of woman that chooses to wean precociously, whose subcategories expressed the meanings of maternal breast-feeding attributed by the nurses, the woman's conflicts in the process of maternal breast-feeding and the nurses' feelings when the woman chooses to wean precociously; 2) communication strategies of the nurses when taking care of woman that chooses to wean precociously, whose subcategories evidenced the non-verbal communication and the association of the non-verbal communication to the verbal communication; 3) contradictions to nurses in the process of taking care of the woman that chooses to wean precociously. The results evidenced that the nurses possess an important support paper to woman in the process of breast-feeding, and they build the nursing care inside the interpersonal relationship, using the resources of non-verbal communication and in association of the verbal communication. Through the Interpersonal Relationship's Theory of Peplau, it was revealed that there are contradictions in the nurses' care before the woman's choice for the precocious weans, because they prioritize your conceptions and values compared to the woman's.

Keywords: Maternal breast-feeding. The woman's health. Wean precocious. Interpersonal Relationship. Communication.

SUMÁRIO

	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	11
1	APRESENTAÇÃO DA TEMÁTICA NUMA ABORDAGEM HISTÓRICA.	17
2	REFERENCIAL TEÓRICO	30
2.1	Teoria do relacionamento interpessoal ou enfermagem psicodinâmica de Peplau (1993)	33
2.2	Os elementos do processo comunicacional	33
2.3	Aproximação da temática ao referencial teórico	40
3	METODOLOGIA	40
3.1	Tipo de pesquisa	40
3.2	O cenário	40
3.3	Os sujeitos	41
3.4	Aspectos éticos	41
3.5	Técnica de coleta de dados	42
3.6	Método de análise dos dados	43
4	RESULTADOS	46
4.1	Os Determinantes do relacionamento interpessoal das enfermeiras com a mulher que escolhe desmamar precocemente ...	46
4.2	Estratégias de comunicação das enfermeiras com a mulher que escolhe desmamar precocemente	59
4.3	Contradições da enfermeira no processo de cuidar da mulher que escolhe desmamar precocemente	73
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
	REFERÊNCIAS	86
	APÊNDICE A – Roteiro para direcionar a entrevista	94
	APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido	95
	APÊNDICE C – Quadro 1 – Síntese das unidades de registro e temas na análise de conteúdo	96
	APÊNDICE D – Quadro demonstrativo da construção de categorias – análise de conteúdo	97
	ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	98

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Este estudo tem como objeto o processo de cuidar da mulher que escolhe desmamar precocemente com ênfase das relações interpessoais que se estabelecem entre a cliente e a enfermeira.

O desmame precoce é um problema de saúde pública, definido pela Organização Mundial de Saúde e pelo Ministério da Saúde como a introdução de qualquer tipo de alimento que não seja o leite humano, antes dos seis meses de vida da criança. (BRASIL, 2002, 2003; OMS, 2001).

O interesse em abordar a temática emergiu da minha vivência frente ao processo de amamentação, no qual pratiquei o desmame considerado precoce, mesmo acreditando nos benefícios, tão explorados e divulgados nos dias atuais, trazidos pela amamentação.

Imaginei que a amamentação fosse ocorrer naturalmente, porém, após o nascimento de minha filha, percebi a complexidade que é, para a mulher, conciliar as atividades domésticas e a rotina com o bebê, além de administrar um misto de novas emoções. Desmamei precocemente e, mesmo tendo feito essa escolha, foi um momento de sofrimento, pois me senti muito culpada por não beneficiar minha filha com a riqueza imunológica e nutricional trazida no leite humano e tive medo produzir danos na formação do vínculo entre nós. Foi nesse momento, que comecei a pensar com mais critério na minha prática profissional com as mulheres que desmamam precocemente e nas estratégias utilizadas para a promoção e a manutenção do aleitamento materno.

Durante o meu percurso profissional em enfermagem pediátrica, a amamentação é quase sempre tratada como um padrão de conduta que deve ser seguido pela mulher, salvo em casos de portadoras do vírus HIV ou de câncer de mama, em que o aleitamento é contra-indicado. Recebi preparo técnico para incentivar e promover o aleitamento materno, bem cuidar da mulher em situações relacionadas somente às adversidades físicas, como mastites, ingurgitamento mamário e fissuras mamilares, assim percebo que há uma lacuna no cuidado à mulher que escolhe desmamar precocemente.

O aleitamento não é uma simples ação de colocar a criança ao seio materno para alimentá-la, mas um processo complexo o qual envolve uma gama de variáveis. Ao estudar as causas do desmame precoce, Martins Filho (1987) aponta a falta de

orientação e o apoio à mulher em diferentes níveis. Para esse autor, tal fato ocorre por práticas profissionais inadequadas nos partos hospitalares, pelas influências externas, pela falta de apoio familiar e pelo retorno da mulher às atividades profissionais.

Outros autores ratificam a complexidade do processo de aleitamento materno e pontuam que há uma cobrança social para a mulher amamentar, como uma tarefa a ser cumprida em prol da saúde da criança; porém, muitas vezes, esta fica sem meios de viabilizar a prática por falta de condições no parto, pós-parto, por falta de apoio dentro do núcleo familiar, pela insegurança no ambiente de trabalho, além de questões subjetivas. (BRASIL, 2003; ICHISATO; SHIMO, 2001; RÉA, 2003; REZENDE et al., 2002; ROUQUAYROL, 2000).

Abrão, Gutiérrez e Marin (1997), ao sistematizarem a assistência de enfermagem em aleitamento materno, obtiveram pelo diagnóstico de enfermagem vários padrões de respostas no qual destaca-se: distúrbio da imagem corporal, baixa auto-estima situacional, distúrbio do padrão do sono, fadiga, conflito de decisão, interação social prejudicada, alteração nos padrões de sexualidade, alteração no processo familiar. Esses padrões podem mostrar, ainda que superficialmente, como é difícil para algumas mulheres amamentar seus filhos e o quanto a mulher precisa de apoio.

Em contrapartida, o Ministério da Saúde¹ tem encontrado respaldo nas comunidades científicas que evidenciam a superioridade do leite humano para o recém-nascido em relação aos valores imunológicos, nutricionais, emocionais e econômicos gerados pelo aleitamento materno (ALMEIDA, 1999). O desmame precoce, em países pobres, tem ocupado destaque internacional porque é associado a doenças que podem acometer o lactente e ao impacto econômico resultante dessas possíveis doenças. (ALMEIDA, 1999; OMS, 1990; REA, 2003; SOUZA; ALMEIDA, 2005; VENÂNCIO, 2003).

Alguns autores, porém, já trazem a discussão que, embora o leite humano seja o melhor alimento para o lactente por sua composição e por todos os seus benefícios, a mortalidade infantil não é determinada pelo desmame precoce, mas pelas desigualdades sociais e por seus desdobramentos - como a falta de alimentos

¹ Recomenda o uso do leite materno exclusivo até os seis meses de vida da criança (Brasil, 2003). No entanto, estudos apontam a prevalência média atual do aleitamento materno exclusivo de somente 23 dias. (GUIGLIANI, 2004).

para suprir as necessidades nutricionais da criança, saneamento básico e moradia para garantir condições de higiene e segurança, além do acesso aos serviços de saúde. (ICHISATO; SHIMO, 2002).

Araújo et al. (2004), em estudo realizado na cidade de Brasília, mostraram a dificuldade para uma família de baixa renda alimentar uma criança com outro tipo de leite que não seja o materno, por meio de um estudo comparativo de custos pelo salário mínimo vigente, com crianças amamentadas exclusivamente com leite materno, com leite de vaca tipo C e com fórmulas lácteas. O estudo mostrou que, na alimentação da criança com leite de vaca tipo C, foi consumido 11% do salário mínimo; na alimentação com fórmulas lácteas, 35%; e, no aleitamento materno exclusivo, 8,7% com gastos para suprir as necessidades da nutriz em uma dieta balanceada.

Os benefícios do aleitamento materno para a mulher também são apontados, especialmente sob os fatores físicos, como retorno mais rápido ao peso original, regressão uterina, contracepção natural até os seis meses de vida da criança, se em aleitamento exclusivo, redução do risco de câncer de ovário e mamário e prevenção da osteoporose. (BRASIL, 2003).

Nakano (2003), entretanto, descreve que o aleitamento materno é enfatizado na figura da criança; em contrapartida, os sentimentos e os desejos da mulher, também protagonista no processo, são subvalorizados. A prática da amamentação é um direito e deve ser considerada a singularidade dos sujeitos envolvidos. Essa decisão deve ser feita pela mulher e não ser imposta por profissionais e instituições de saúde. Esclarecer, compreender e respeitar a decisão são ações profissionais humanizadas. (BRASIL, 2003).

Nesse sentido, Sydrônio, Souza e Almeida (2006) levantaram as produções científicas feitas por enfermeiras na temática do aleitamento materno e evidenciou que a prática é investigada por vários vértices e, desde a década de 90, há a tendência de produzir estudos para discutir fatores subjetivos do aleitamento na ótica feminina, em um reconhecimento da mulher como protagonista da prática.

Nessa linha, estudos como o de Arantes (1991), Nakano (1996) e Souza (1993) pontuam que os significados da prática do aleitamento materno são diferentes para cada mulher, cabendo à enfermeira compreender a mulher dentro de seu contexto social e história de vida, e auxiliá-la na tomada das decisões, livre de julgamentos.

Essa tendência também pode ser verificada, embora de uma maneira menos enfática, em algumas políticas públicas, como a Iniciativa Hospital Amigo da Criança / IHAC, no qual o aleitamento materno é tratado com a complexidade que o envolve e clarifica a necessidade de apoio à mulher para que ela possa ter êxito no processo de amamentar.

A partir dessa iniciativa, as mulheres começaram a ser encaminhadas após o parto para uma unidade de apoio ao aleitamento materno². Sendo, dessa forma, direcionadas às Unidades Básicas de Saúde, onde são atendidas de maneira personalizada, majoritariamente por enfermeiras.

A enfermeira exerce um importante papel na promoção e no apoio ao aleitamento materno; contudo, no entender de Salada (1996), havia a necessidade de refletir e lapidar as ações para promover o aleitamento materno, abstendo-se do autoritarismo respaldado no conhecimento científico e na atitude equivocada em determinar o que é melhor para o outro.

Compreendendo a importância do profissional para auxiliar a mulher na fase da amamentação e a necessidade de capacitá-lo para essa finalidade em um modelo humanista, desde o final da década de 90, os profissionais atuantes na linha materno-infantil das unidades básicas de saúde do município do Rio de Janeiro recebem um treinamento específico, elaborado por um grupo técnico especializado, pautado na relação entre o profissional e a mulher, para o manejo e o apoio ao aleitamento materno. (OLIVEIRA; CAMACHO; SOUZA, 2005).

A importância do profissional para auxiliar a mulher na fase da amamentação é apresentada na Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação / IUBAAM, criada como extensão da IHAC. Na compreensão de Oliveira, Camacho e Souza (2005), a rede primária de assistência à saúde constitui o principal acesso para promoção do aleitamento materno e apoio às mulheres, compreendendo desde o período pré-natal até o acompanhamento do desenvolvimento das crianças nos primeiros anos de vida.

Com a implantação de políticas públicas em prol do aleitamento materno, houve um aumento na prevalência do mesmo em todo país, porém o desmame

² Encaminhar a mulher após a ocasião da alta hospitalar (após o parto) para grupos de apoio ao aleitamento materno, na comunidade ou em serviços de saúde, é o décimo passo dos dez passos para o aleitamento da IHAC.

precoce ainda é muito presente e desafiador. (OLIVEIRA; CAMACHO; SOUZA, 2005; RÉA, 2003).

Desmamar precocemente é uma possibilidade de escolha da mulher, que precisa ser discutida na perspectiva do cuidar, tanto quanto a possibilidade de escolha pelo aleitamento materno.

Não é pretensão deste estudo identificar e refletir as razões que levam a mulher a decidir ou não por amamentar, tampouco indicar ou contra-indicar o aleitamento materno, mas verificar no processo de cuidar, como a enfermeira estabelece a relação interpessoal com a mulher que escolhe desmamar precocemente.

Tendo em vista os benefícios do aleitamento materno, as dificuldades de algumas mulheres no amamentar e a possibilidade da escolha pelo desmame precoce, levantei os seguintes questionamentos norteadores o estudo:

- Como as enfermeiras no processo de cuidar estão se relacionando com a mulher que escolhe desmamar precocemente?
- A escolha da mulher que escolhe desmamar precocemente é compreendida e respeitada?
- Como as enfermeiras, ao cuidar, se aproximam e estabelecem as bases do relacionamento interpessoal com as mulheres que escolhem desmamar precocemente e com seus bebês?

Para responder a esses questionamentos, elaborei os seguintes objetivos:

- Identificar quais as estratégias utilizadas pelas enfermeiras para se comunicarem com as mulheres que escolhem desmamar precocemente;
- Discutir a relação interpessoal no processo do cuidar entre a enfermeira e a mulher que escolhe desmamar precocemente;
- Analisar o cuidado da enfermeira à mulher que escolhe desmamar precocemente sob a ótica da teoria de Peplau.

Para dar suporte teórico ao estudo, utilizei a teoria das relações interpessoais de Peplau e conceitos comunicacionais de Silva. A teoria do relacionamento interpessoal foi adotada por partir do princípio de que a enfermeira interfere no crescimento do indivíduo durante o processo do cuidado e tem a função de auxiliá-lo

a se desenvolver, independente de seus valores pessoais, além de ambos crescerem pessoalmente através do relacionamento terapêutico (PEPLAU, 1993). Os conceitos comunicacionais de Silva foram utilizados por iluminarem a relação interpessoal, haja vista a comunicação perpassar por todas as etapas de construção do relacionamento.

Este estudo contribuirá para o cuidado da enfermagem, por ser o aleitamento materno pouco explorado no viés da escolha da mulher pelo desmame precoce e na relação interpessoal da enfermeira com a mulher que escolhe desmamar precocemente. Está inserido no Núcleo de Estudos e Pesquisas Enfermagem, Mulher, Saúde e Sociedade - NEPEN-MUSAS e também servirá para fomentar a discussão do comportamento das enfermeiras após as implementações das políticas públicas em prol do aleitamento materno.

1 APRESENTAÇÃO DA TEMÁTICA NUMA ABORDAGEM HISTÓRICA

Os discursos sobre a amamentação ao longo da história brasileira

Hoje, o processo de amamentação na sociedade brasileira é claramente regido pela cultura medicalizada, no qual a mulher vive um papel conflituoso por mitos arraigados através das gerações. A valorização social da amamentação passou por diversos contextos e foi manifestada em diferentes teorias, tabus e discursos conforme os interesses sócio-políticos envolvidos em cada época. Considerei então relevante pontuar os três momentos ao longo da história brasileira no qual foram realizados discursos diferentes sobre a amamentação e também foram traçadas estratégias para atender às recomendações do poder de cada época.

Primeiro Momento: o confronto cultural e o domínio europeu

A história da amamentação no Brasil é produto resultante do confronto cultural vivido entre os índios nativos, os colonizadores e imigrantes europeus e os escravos africanos trazidos ao Brasil a partir da segunda metade do século XVI.

Nas tribos Tupinambás, habitantes do litoral brasileiro, o aleitamento materno era uma prática muito valorizada e não era observada somente em casos de doença grave, morte da mulher ou casos em que a sociedade impedia a mulher de aleitar como forma punitiva para o adultério ou união com índios de tribos inimigas. As índias aliavam as tarefas de aleitar e trabalhar, trazendo suas crianças presas ao seu corpo, possibilitando a livre demanda de leite até por volta dos dois anos de idade da criança. (SILVA, 1990).

Não existem muitos relatos a respeito da cultura africana, pois os negros não tinham representação social na época por não serem considerados seres humanos. Possuíam apenas valor comercial como qualquer outra mercadoria. Algumas considerações são feitas dedutivamente, baseadas em ilustrações do tráfico negreiro, onde são retratadas imagens de mulheres amamentando crianças, possivelmente seus filhos, denotando ser o aleitamento uma prática natural no continente africano naqueles dias. (ARCIENIAGA, 1724 apud SILVA, 1990).

Já os portugueses traziam o costume de não praticar o aleitamento materno cultivado na cultura europeia, na qual teólogos e filósofos teciam estratégias para

desencorajar o aleitamento materno como forma de repressão sexual à mulher, pois a amamentação era vista como fonte de prazer para a mulher e para a criança. Os principais discursos eram pautados na corrupção moral da criança alimentada ao peito, nos malefícios causados à saúde e à beleza da mulher e na abstenção da prática sexual pela lactante, considerada uma das obrigações de esposa. (BADINTER, 1985; ARCENIAGA, 1724 *apud* SILVA, 1990).

Dessa forma, os europeus buscaram um modo de viabilizar o discurso contra o aleitamento materno e ao mesmo tempo alimentar as crianças. A alternativa viável e aceita para a época foi a negociação do leite humano de mulheres de classe social mais baixa. As crianças de famílias nobres eram afastadas do convívio familiar, sendo alimentadas e cuidadas por mulheres camponesas que executavam essa tarefa em troca de dinheiro. Remunerar alguém para amamentar seus filhos era símbolo de prestígio, e esse pensamento foi trazido para o Brasil pelos europeus. (ALMEIDA, 2005; BADINTER, 1985; SILVA, 1990; SOUZA).

Dessa forma, os colonizadores chegaram ao Brasil e adaptaram o modelo europeu das saloias³, inicialmente intencionada às índias. Como elas se recusaram a exercer tal função, foi criada a importante personagem das amas-de-leite, escravas negras que tiveram como imposição desmamar suas crianças e exercer a tarefa de alimentar e cuidar dos filhos dos senhores-de-engenho, possibilitando às mulheres da alta sociedade uma alternativa viável aos padrões da época - procriar sem lesar a condição de esposa. (ALMEIDA, 1999; SILVA, 1990; SOUZA; ALMEIDA, 2005).

É importante ressaltar que na época do Brasil colônia, a mulher e a criança não tinham representação na sociedade. Nas classes mais favorecidas, eram reduzidas respectivamente à condição de esposa procriadora e a sucessoras do patriarca no núcleo familiar.

Os escravos eram vistos apenas como mão-de-obra - nesse contexto, a mulher e a criança, por terem condições físicas mais frágeis, não tinham valor comercial, até serem comercializadas como produtoras de leite. Os senhores-de-engenho anunciavam o aluguel e a venda de escravas para essa finalidade, como este anúncio extraído do “Jornal do Commercio”, da cidade do Rio de Janeiro, em

³ Mulheres da área periférica de Lisboa, que aleitavam crianças de famílias nobres em troca de dinheiro.

1850: “Aluga-se uma preta para ama-de-leite parida há 07 dias, com muito bom leite”. (SILVA, 1990).

Os colonizadores europeus caracterizavam a classe dominante e exerciam uma relação de poder e posse com as demais classes, possuíam discurso eloqüente e ditavam as regras sociais. Com a alegação de que o aleitamento materno era uma prática ameaçadora à saúde e à beleza da mulher, conseguiram implantar na sociedade brasileira o desmame, utilizando como estratégias a manipulação das mulheres consideradas da sociedade padrão, a apropriação dos corpos das escravas e o comércio do leite humano. (ALMEIDA, 1999; SILVA, 1990; SOUZA; ALMEIDA, 2005).

Segundo Momento: o fortalecimento do poder médico e a medicalização do aleitamento materno

Nesse momento, marcado pela organização do estado brasileiro no início do século XIX e pelo movimento para o fortalecimento do poder médico, o aleitamento materno é apresentado como uma obrigação da mulher para com a criança e para com a sociedade.

O descontrole populacional estava evidente e a criança começou a ser vislumbrada como força de trabalho para o crescimento e a sustentabilidade do Estado. Paralelamente, havia a preocupação da igreja em manter a mulher submissa à figura masculina, no intuito de controlar sua sexualidade.

Como estratégia de controle social, a Igreja, o Estado e a Medicina uniram-se para construir a valorização da maternidade. Ser mãe era a consagração e prestígio máximo da mulher na sociedade, estabelecendo uma dicotomia entre ser mãe e exercer a sexualidade. As mulheres, que eram mães nesse momento da história, eram consideradas santas, ao passo que as mulheres que não eram mães eram discriminadas e punidas com a marginalização. (GOMES, 2000; VIEIRA, 2002).

O desmame, já cultivado por séculos, deu espaço à cultura em prol do aleitamento materno. Os higienistas, representantes do poder médico, defendiam a prática da amamentação e pregavam que o leite das amas de leite era fonte de transmissão de doenças e comportamentos repulsivos para as crianças. A imposição do aleitamento materno era apoiada em discursos de defesa à criança e culpabilização da mulher. (ALMEIDA, 1999; SOUZA; ALMEIDA, 2005).

Em meados do século XIX, o poder médico instituído exercia autoridade social absoluta e estabelecia uma relação de superioridade às mulheres sob seus cuidados. O aleitamento materno era uma obrigação e era preconizada uma série de regras e limitações para a mulher ter êxito no aleitamento. (SILVA, 1990).

Autores, como Almeida (1999) e Silva (1990), discorrem que o aleitamento foi focalizado como um ato puramente biológico, desconsiderando sua dimensão cultural. Várias regras foram instituídas às mulheres, como as restrições alimentares e a preconização de horários para duração e intervalos entre as mamadas, desconsiderando a dimensão cultural que envolve a amamentação.

Por ser o aleitamento um processo multifacetado, muitas mulheres, mesmo se submetendo aos rígidos padrões estipulados pelos higienistas, não conseguiam aleitar, pois não foram ensinadas e apoiadas a fazê-lo, colocando em dúvida o modelo utilizado.

Os higienistas não sabiam lidar com essa situação adversa e não viam a mulher como sujeito no processo do aleitamento. Dessa forma, a medicalização do aleitamento materno foi a estratégia utilizada para justificar o fracasso médico. A lactação foi transformada de processo fisiológico ao patológico ao atribuir às mulheres a síndrome do leite fraco e posteriormente a hipogalactia. (ALMEIDA, 1999).

Para tratar os filhos das mulheres portadoras de “patologias” do leite fraco e da hipogalactia, os higienistas se contradiziam e prescreviam leites produzidos por animais ou a adoção das amas-de-leite, atividade que se foi fonte de renda para muitas negras após a abolição da escravatura. (ALMEIDA, 1999).

A construção da existência do leite fraco e da hipogalactia, bem como o tratamento com outros leites, foi tão bem engenhada, que ainda nos dias atuais é percebida como uma das principais alegações das mulheres para o praticar o desmame precoce, como descrevem Ramos e Almeida (2003).

Ao final do século XIX e início do século XX, o país passava por momento histórico-social de revoluções marcadas pela abolição da escravatura, final do império, o declínio da produção de café, a crescente indústria e a chegada de imigrantes para compor a mão-de-obra operária. O Brasil buscava a urbanização e a indústria do leite encontrou facilidade para se instalar e solidificar-se, vendendo a ilusão de saúde e modernidade, através de leite condensado e da farinha láctea, importados da Suíça. (GOLDEMBERG, 1988).

Posteriormente, entre as décadas de 40 e 70, a pediatria já era uma especialidade da medicina regulamentada no Brasil e a indústria do leite encontrou, como forma de marketing, a propaganda direcionada especificamente a essa categoria profissional. A novidade do leite em pó associava valores como segurança bacteriológica, modernidade e praticidade, além de não ameaçar o poder médico, pois as fórmulas lácteas eram prescritas e recomendadas por pediatras às mulheres diagnosticadas com leite fraco ou com hipogalactia. (ORLANDI, 1985 *apud* ALMEIDA, 1999; SOUZA; ALMEIDA, 2005).

Os leites sintetizados substituíram gradativamente e de forma crescente os leites *in natura* e as amas-de-leite, conquistaram espaço e popularidade e se solidificaram. Outros fatores propiciaram a manutenção da indústria lactífera, como a Segunda grande Guerra Mundial compreendida no período de 1939 a 1945, pela escassez de alimentos, a emancipação feminina, os partos institucionalizados e práticas hospitalares. (ORLANDI *apud* ALMEIDA, 1999).

Com o discurso da valorização da maternidade, a mulher foi manipulada pelo Estado, pela Igreja e pelo poder médico a procriar e aleitar. As principais estratégias utilizadas foram a transferência de responsabilidade do Estado para a mulher em relação à saúde da criança, a submissão da mulher aos cuidados e domínio médico e a medicalização do aleitamento materno para justificar o uso de outros leites prescritos pelos higienistas e pediatras.

O Terceiro Momento: a comprovação da superioridade do leite humano, os programas de aleitamento materno e o movimento de humanização

Nesse momento, houve um interesse global em torno da prática do aleitamento materno, apresentado, então, como solução para a mortalidade infantil que assolava os países mais pobres.

No início da década de 70, estava sendo discutida mundialmente a problemática da prescrição e do uso indiscriminado do leite em pó, especialmente nas áreas pobres como Ásia, África e América Latina, pois associado às condições precárias de higiene favorecia a mortalidade infantil por desnutrição, desidratação e doenças infecciosas. (ALMEIDA, 1999; BRASIL, 1991; GOLDEMBERG, 1988; REA, 2003; VENÂNCIO; MONTEIRO 1998).

No Brasil, o Estado, vislumbrando a situação de um país futuramente despovoado e economicamente frágil, declarou o desmame precoce um caso de

saúde pública ao considerar os índices alarmantes de mortalidade infantil divulgados pelo Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição/INAN. A mortalidade infantil atingiu 88 de cada 1000 crianças em todo Brasil, e, na região nordeste, o fato foi mais grave, pois alcançou 104 de cada 1000 crianças. (ALMEIDA, 1999; BRASIL, 1991; SOUZA; ALMEIDA, 2005; VENÂNCIO; MONTEIRO, 1998).

Como estratégia para mobilização global para retomada da prática do aleitamento materno, a Organização Mundial de Saúde/OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância/UNICEF organizaram um fórum sobre Alimentação Infantil e da Criança Pequena em Genebra em 1979, com representação de diversos países convidados, entre eles o Brasil.

Esse fórum empregou como discurso a responsabilidade do Estado no combate à mortalidade infantil por meio de incentivo ao aleitamento materno e dele originou o “Código Internacional de Marketing dos Substitutos do Leite”, respaldado pela comprovação da superioridade do aleitamento materno e seus benefícios. A proposta lançada estimulava todos os países a exercerem uma conduta ética e fazerem um controle político dos substitutos do leite humano como promoção do aleitamento materno. (ALMEIDA, 1999; BRASIL, 1991; OMS, 2001; REA, 2003; REA; TOMA, 2000; VENÂNCIO; MONTEIRO, 1998).

Como desdobramento do Fórum de Genebra, em 1981, foi criado no Brasil o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno/PNIAM integrado ao INAN e ao Ministério da Saúde, com apoio da OMS e da UNICEF. Esse programa ressaltava a superioridade nutricional do leite humano sob os outros leites e a importância imunológica do aleitamento materno nos primeiros quatro meses de vida da criança. O PNIAM passou, em meados da década de 90 a estar vinculado à área de Saúde da Mulher e desde 1998 a promoção do aleitamento materno foi incorporada à área da Saúde da Criança da Secretaria de Políticas Públicas do Ministério da Saúde. (ALMEIDA, 1999; BRASIL, 1984, 2001).

Por iniciativa do PNIAM, surgiram as primeiras pesquisas da iniciativa pública, específicas do aleitamento materno. As pesquisas evidenciaram que a prevalência da amamentação no Brasil era inferior a dois meses e que o desmame precoce era atribuído a quatro fatores, a saber: desinformação em diversos níveis, inclusive envolvendo profissionais de saúde; rotinas e estrutura dos serviços de saúde inadequados; trabalho remunerado da mulher; e publicidade indiscriminada de alimentos infantis industrializados. A partir desses dados, foram elaboradas

estratégias específicas para promoção e incentivo ao aleitamento materno. (RÉA, 2003; VENÂNCIO; MONTEIRO, 1998).

O PNIAM usou como primeira estratégia a divulgação de informações e incentivo por intermédio de mobilização nacional veiculada na mídia escrita e falada, apoio da Igreja Católica - religião majoritária no país - e apelo científico pela Sociedade Brasileira de Pediatria - SBP e Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia - FEBRASCO. (RÉA, 2003).

Posteriormente a estratégia foi avaliada, reformulada e passou a ser direcionada às mulheres, utilizando matérias jornalísticas para leigos e propagandas nos comerciais de televisão - slogans que traduziam a mulher como a responsável pela saúde da criança, figuras populares como artistas e personalidades famosas e os benefícios nutricionais para o bebê -, fato que ajudou a popularizar novamente o aleitamento materno. (ALMEIDA, 1999; RÉA, 2003).

Atualmente a mídia e a imagem de personalidades constituem um importante veículo na promoção do aleitamento materno, porém a forma de utilização sofreu evoluções significativas: mulher começa a ser reconhecida como sujeito e o cunho da informação é mais humanizado. A divulgação dos benefícios da amamentação também é realizada através de cartas pela Iniciativa Carteiro Amigo da Amamentação. O trabalho, criado em 1996, em parceria com a Empresa de Correios e Telégrafos e o Ministério da Saúde, na avaliação de Araújo et al. (2003a), é uma estratégia criativa e eficaz para a promoção do aleitamento materno e dissemina de uma forma crescente informações a mulheres grávidas e mães de crianças menores de um ano.

A criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança/PAISC e o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher/PAISM também ajudaram a promover o aleitamento materno e a delinear condutas dos profissionais de saúde através da informação, assim como manual técnico e treinamentos para o manejo da amamentação. (BRASIL, 1984a, 1984b, 1997).

Esses programas foram influenciados pelo movimento de humanização, iniciado mundialmente na década de 80, e provocaram uma mudança de paradigma nas ações de saúde, no reconhecimento da mulher como um ser integral, sujeito das ações, e o profissional como facilitador nessa relação. (NAKANO; MOREIRA, 2002; TYRELL, 1998).

O PAISM é um marco na história da saúde da mulher no Brasil e uma proposta pioneira em âmbito internacional sobre os direitos reprodutivos das mulheres, diferente do discurso construído ao longo da história, marcado pela manipulação e pelo poder do corpo e dos desejos femininos. (NAKANO; MOREIRA, 2002).

Os programas imbuídos do modelo humanizado de assistência apresentam os benefícios do leite humano e do processo de aleitamento materno e a responsabilidade social em orientar a mulher, porém reconhecem a prática do aleitamento materno como uma escolha da mulher em amamentar ou não e que essa escolha deve ser respeitada pelo profissional de saúde. (BRASIL, 2003).

Houve a necessidade de criar leis de proteção do aleitamento para atingir as mulheres trabalhadoras e que se inseriram no mercado de trabalho, com maior expressão, a partir da década de 80, cujo perfil de esposa e de dona-de-casa foi modificado (IBGE, 1990). Dessa forma, a licença à maternidade, mais do que um benefício social, foi uma estratégia política.

A licença-maternidade de 120 dias a partir do oitavo mês de gestação contempla todas as mulheres trabalhadoras no mercado formal desde a revisão da Constituição Brasileira de 1988. Nessa mesma Constituição, foi assegurado o direito à licença-paternidade por cinco dias e à garantia ao emprego para a mulher desde a comprovação da gravidez até o quinto mês após o parto. (BRASIL, 1988a).

Recentemente, em 18 de outubro de 2007, foi aprovado no Senado o projeto de lei 281/2005 de autoria da senadora Pátricia Saboya, que assegura a extensão da licença-maternidade de 120 dias para 180. Esse auxílio é concedido pelo Governo Federal, em parceria com as entidades empregadoras, denominadas empresas cidadãs, que serão responsáveis pelo pagamento do salário à mulher, porém com isenção de cargas tributárias. A expectativa é que o benefício seja implementado ainda no primeiro trimestre de 2008. (BRASIL, 2007).

No funcionalismo público também foram concedidos direitos para apoiar a mulher no período do aleitamento materno, transcendendo em alguns casos o descrito na Constituição Federal. No Município do Rio de Janeiro, através do decreto 27763 de 23 de março de 2007, a mulher tem direito a extensão da licença por até 12 meses após o parto se estiver amamentando. (RIO DE JANEIRO, 2007).

Cabe salientar que essas medidas não são igualitárias, por favorecerem uma pequena parcela das mulheres, haja vista a grande maioria estar inserida no

mercado de trabalho informal. Isso se deve ao fato de a mulher competir com homem em condições desfavoráveis, recebe salários mais baixos, tem maior dificuldade para ascensão profissional e é preterida na economia formal, além de assumir toda a responsabilidade das atividades domésticas, caracterizando dupla e até tripla jornada de trabalho. (ROUQUAYROL, 2000).

Spindola (2002) discorre sobre os vários papéis sociais da mulher e a dificuldade de conciliá-los. A mulher se divide entre as atividades domésticas, a educação dos filhos, o papel de esposa e profissional, especialmente no aleitamento materno há uma dicotomia entre o papel de mãe e profissional. Se a mulher optar por amamentar pode se prejudicar profissionalmente, pois, apesar de haver amparo legal para exercer a prática do aleitamento materno, ela é julgada pela queda da produtividade. Se optar por não amamentar, a mulher é estigmatizada por não cumprir o papel de mãe em sua plenitude.

A Norma para Comercialização de Alimentos para Lactentes, criada em 1988, baseada no Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite, foi uma importante forma de promoção do aleitamento materno, pois a propaganda indiscriminada e o oferecimento gratuito de leites artificiais eram hábitos corriqueiros, inclusive dentro das maternidades. (SOUZA; ALMEIDA, 2005).

Desde então há no Brasil uma regulamentação para produção e venda de leites industrializados, bem como uma conduta ética em relação à propaganda de alimentos para as crianças pequenas. A criação e a manutenção da norma são alvos de interesses conflituosos entre a indústria do leite, propagandistas, políticos e profissionais de saúde. (BRASIL, 1993a, 2001, 2002d; REA; TOMA, 2000).

Essa norma foi revisada em 1992, recebendo o nome de Norma Brasileira para a Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL) hoje acrescida com a denominação de “Crianças na Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras”, houve a necessidade de uma nova reformulação após a Assembléia Mundial de Saúde em 2001, no qual foi recomendado o aleitamento materno exclusivo nos seis primeiros meses do bebê e o prolongamento do aleitamento materno até os dois anos de vida da criança. (BRASIL, 2001, 2002c, 2002d).

A norma também é apoiada e fiscalizada pelas Resoluções da Diretoria Colegiada/RDC 221 e 222 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária/ANVISA, que dispõe respectivamente sobre a regulamentação da promoção comercial para

chupetas, bicos, mamadeiras e protetores de mamilos e de alimentos para crianças da primeira infância. (BRASIL, 2002a, 2002b).

As rotinas das maternidades também sofreram grandes modificações desde o início da década de 80. O alojamento conjunto foi valorizado como forma de promoção ao aleitamento materno, por favorecer a relação mãe/filho. Tornou-se fator obrigatório inicialmente nos hospitais do extinto Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social/INAMPS, passando aos hospitais universitários e, atualmente, abrange todos os hospitais conveniados ao Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 1993b).

Os bancos de leite também sofreram modificações significativas devido às Normas para Implementação e Funcionamento dos Bancos de Leite Humanos, criadas em 1988. Foram reestruturados e passaram a ser regulamentados. O primeiro serviço a passar pela reestruturação foi o banco de leite do Instituto Fernandes Figueiras/RJ, considerado referência nacional atualmente.

O objetivo principal dos bancos de leite passou a ser a promoção do aleitamento materno, e, dessa forma, a rotina de trocar leite humano por cesta básica foi substituída pela doação voluntária. A mulher pode fazer a doação no próprio banco de leite ou armazená-lo em casa, sendo recolhido pelos bombeiros amigos da amamentação. Desde 1998, o Brasil possui uma rede nacional de bancos de leite, criada pela parceria entre a Fundação Oswaldo Cruz e o Ministério da Saúde, e conta atualmente com 187 unidades e 29 postos de coleta⁴. (BRASIL, 1988b, 2002e; FIOCRUZ, 2007).

O marco estratégico da década de 90 em aleitamento materno aconteceu em Florença, na Itália, em um encontro internacional organizado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância/UNICEF e Organização Mundial de Saúde/OMS, com representação de autoridades governamentais e não governamentais, de todo o mundo, em defesa ao aleitamento materno.

A resolução desse encontro ficou conhecida como “Declaração de Innocenti”, que atribui ao Estado o compromisso de implementar nas maternidades os dez passos de sucesso para o aleitamento, o código internacional para a comercialização de alimentos para crianças da primeira infância, apoio e proteção à mulher trabalhadora e uma coordenação em prol do aleitamento materno. Essas

⁴ Dados referentes até o mês de novembro de 2007.

atitudes unificar-se-iam para atingir a meta global para a década de 90, na capacitação de toda mulher para amamentar exclusivamente até os primeiros quatro e seis meses de vida da criança, e em combinação a outros alimentos até dois anos ou mais.

Os “Dez passos para o Sucesso na Amamentação” é considerado um divisor de águas na promoção do aleitamento e é um pré-requisito básico em todo o mundo para uma instituição de saúde receber o Título de “Amigo da Criança”. Essas orientações foram dadas pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (OMS, 1990) às maternidades e unidades de neonatologia:

- 1- Todos os estabelecimentos que oferecem serviços obstétricos e cuidados ao recém-nascido devem ter norma escrita sobre aleitamento materno, que deve ser rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados em saúde;
- 2- Treinar toda equipe de cuidados em saúde, capacitando-a para implementar essa norma;
- 3- Orientar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento materno;
- 4- Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira hora após o nascimento;
- 5- Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação mesmo se vierem a ser separadas dos seus filhos;
- 6- Não dar a recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno a não ser que tal procedimento seja indicado pelo médico;
- 7- Praticar alojamento conjunto 24h por dia;
- 8- Encorajar o aleitamento sob livre demanda;
- 9- Não dar bicos artificiais ou chupetas para crianças amamentadas no seio materno;
- 10- Encaminhar as mães por ocasião da alta hospitalar para grupos de apoio ao aleitamento materno na comunidade ou em serviços de saúde.

No Brasil, foi implementada, em 1992, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança/IHAC. O título é conferido pelo Ministério da Saúde às instituições que colocam em prática, entre outros itens, os dez passos para o sucesso na amamentação, referidos na Declaração de Innocenti. Essa certificação oferece à instituição um incentivo financeiro e político para estimular a prática do aleitamento materno e contribuir para o declínio dos altos índices de desmame precoce. (BRASIL, 2004a, 2004b; OMS, 1992).

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança é responsável pelo aumento da prevalência do aleitamento materno, comprovada em estudos como o de Araújo, Otto e Schimitz (2003) e Vannuchi et al. (2004). Todavia, não é fácil receber e manter a titulação especialmente no cumprimento dos 10 passos. No entender de Araújo, Otto e Schimitz (2003) e Boccolini (2007), a dificuldade se deve pela necessidade em ajustes estruturais, investimento por parte da instituição em capacitação profissional e, principalmente, pelo envolvimento e mudança de atitude

dos profissionais que trabalham diretamente no núcleo materno-infantil. Apesar de as dificuldades, até o momento, nenhuma instituição detentora da titulação foi descredenciada, e atualmente há no Brasil 337 hospitais “Amigo da Criança”⁵. (UNICEF, 2007).

No entendimento de que o período de hospitalização para o parto é curto e que efetivamente a promoção do aleitamento materno é feita nas Unidades Básicas de Saúde/UBS, a exemplo de outros países como Peru, Argentina, Reino Unido e Nicarágua, foi criada no Brasil a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação/IUBAAM. E é considerada uma política pública eficaz para promover, proteger e apoiar a prática do aleitamento materno. (OLIVEIRA; CAMACHO, 2002; OLIVEIRA; CAMACHO; SOUZA, 2005; SÃO PAULO, 2002).

A IUBAAM tem como critérios básicos o desenvolvimento de assistência em aleitamento materno à clientela inscrita em pré-natal e pediatria, o veto a propagandas e distribuição de leites industrializados e acessórios dentro das unidades e a adoção dos 10 passos para o sucesso da amamentação adaptada da IHAC para a realidade das UBS.

A sociedade civil também se organizou para promover o aleitamento. Desde a década de 80, organizações não-governamentais estão presentes no Brasil e desenvolvem ações de apoio à mulher na prática do aleitamento materno. A primeira ONG criada com esse intuito foi a “Amigas do Peito”, localizada na cidade do Rio de Janeiro e presta auxílio à mulher que deseja amamentar e apresenta dificuldades objetivas ou subjetivas, como dúvidas trabalhistas, insegurança, dor, fissuras, entre outras. O atendimento é gratuito e pode ser feito por ligação telefônica, pela internet ou em reuniões em grupo. (AMIGAS DO PEITO, 2006).

Neste período no qual a superioridade do leite humano é um consenso e a prática do aleitamento materno deve ser estimulada, foram criadas políticas públicas e utilizadas várias estratégias e discursos para incentivo ao aleitamento materno. A importância da prática do aleitamento materno para a saúde da criança é confrontada com os direitos reprodutivos condicionados à escolha da mulher pela prática da amamentação.

Com o discurso pautado na defesa da vida e saúde da criança, o Fundo das Nações Unidas para a Infância e a Organização Mundial de Saúde criaram uma rede

⁵ Dados obtidos até o mês de novembro de 2007.

de promoção, proteção e defesa ao aleitamento materno, representada em vários países, inclusive no Brasil, e utiliza como estratégia o poder político, religioso e os profissionais para sensibilizar a opinião pública, esclarecer e apoiar a mulher na decisão de amamentar.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A teoria do relacionamento interpessoal ou enfermagem psicodinâmica de Peplau (1993)

Hildegard Peplau foi uma enfermeira americana que viveu entre 1909 e 1999, dedicou-se profissionalmente à clientela psiquiátrica e desenvolveu a teoria da enfermagem psicodinâmica em um contexto que pouco se valorizava o relacionamento interpessoal entre os profissionais e a clientela.

A teoria do relacionamento interpessoal desenvolvida por Peplau está fundamentada no crescimento e no desenvolvimento humano da enfermeira e do cliente durante o processo do cuidar, e foi considerada uma teoria revolucionária para a época. (ALMEIDA; LOPES; DAMASCENO, 2005).

Peplau considera a interação enfermeira-cliente um relacionamento terapêutico quando ambos aprendem um com o outro, crescem e se desenvolvem como seres humanos, em uma relação respeitosa, reconhecendo seus papéis sociais. Ambos têm seus valores culturais e pessoais a agregar nessa relação, mas também têm uma meta em comum, e a compreensão desse processo possibilita o crescimento e o desenvolvimento. Para ocorrer o processo interpessoal terapêutico, a enfermeira necessita de autoconhecimento, discernimento, percepção e maturidade para administrar as crises de estresse e compreender seu papel profissional. (GEORGE, 2000).

Na teoria do relacionamento interpessoal ou enfermagem psicodinâmica, Peplau (1993) enfoca e conceitua quatro metaparadigmas: *Enfermagem*, *O Homem (cliente)*, *Saúde e Sociedade / Ambiente*.

A *enfermagem* é definida como um processo interpessoal, no qual a enfermeira e o cliente com uma meta comum podem crescer e se desenvolver nos aspectos pessoais. Com essa definição, George (2000) pontua que Peplau ampliou o conceito de enfermagem, antes reduzido a questões técnicas.

O Homem ou Cliente é considerado por Peplau como um ser que busca a resolução da angústia adquirida para tentar atender às suas necessidades, remetendo-nos à reflexão do cliente como uma pessoa integrante e participante no processo do cuidado.

A *Saúde* é definida como um simbolismo de movimentação do ser humano em busca de uma vida criativa, construtiva, produtiva pessoal e comunitária. No

entender de Sills (1999) e George (2000), esse conceito atribuído à saúde deu uma conotação mais humanista e futurista do que o padrão biologicista predominante na década de 50 do século passado.

A *Sociedade / Ambiente* não é abordada de uma forma direta por Peplau, porém, ela incentiva, orienta e ratifica a necessidade de a enfermeira conhecer, considerar e respeitar a cultura do cliente em relação aos seus problemas e às suas necessidades.

O relacionamento entre cliente e enfermeira é descrito por Peplau (1993) como *Enfermagem Psicodinâmica* e parte dos princípios que a postura adotada pela enfermeira interfere no aprendizado do cliente durante o processo do cuidado e que o auxílio para o desenvolvimento é uma função da enfermagem, necessitando para isso recursos facilitadores para resolução dos problemas e dificuldades interpessoais.

Peplau pontua como objetivo da assistência de enfermagem auxiliar os indivíduos e as comunidades a produzirem mudanças que influenciem positivamente suas vidas. Dessa forma, Peplau reconhece a importância dos valores culturais e sociais para o desenvolvimento do relacionamento interpessoal (GEORGE, 2000).

As fases do relacionamento interpessoal

O relacionamento interpessoal segundo Peplau (1993) acontece em quatro fases que se sobrepõem e são chamadas de: *Orientação, Identificação, Exploração, Resolução*.

A fase de *Orientação* é caracterizada quando o cliente ou a família tem um problema ou uma necessidade e procura orientação profissional. O cliente e a enfermeira são dois estranhos que se encontram e a enfermeira busca junto com o cliente e/ou sua família compreender a real necessidade do cliente.

Muitas vezes, o problema ainda não é claro para o cliente; portanto, é fundamental a integração da enfermeira e do cliente, para que ambos analisem juntos a situação vivenciada pelo cliente, reconheçam e definam o problema. Peplau também evidencia a importância da atenção, percepção e comunicação da enfermeira para atitude investigativa.

A definição do problema remete o cliente à reflexão e drena suas energias e angústias para o problema ou necessidade real e inicia um vínculo com a enfermeira. Nessa fase, a enfermeira, em concordância com o cliente, define se há a

necessidade de trabalhar em conjunto com outro profissional. A fase de orientação depende da disponibilidade da enfermeira e do cliente em dar e receber ajuda, da abordagem e sensibilidade da enfermeira para com o cliente e do respeito aos valores culturais.

A fase de *Identificação* é caracterizada pela resposta do cliente em identificar e selecionar as pessoas que podem preencher suas necessidades e ajudá-lo. A resposta do cliente nessa fase pode ocorrer de três maneiras: em participação com a enfermeira no processo do cuidado, em independência da enfermeira e em dependência da enfermeira. Essas respostas são apresentadas conforme as experiências do indivíduo. Tanto a enfermeira quanto o cliente devem esclarecer suas percepções e expectativas e a enfermeira oferecer propriamente a ajuda. A enfermeira direciona seus cuidados para auxiliar o cliente a desenvolver-se com independência dela.

Na fase de *Exploração*, o cliente examina ao máximo os benefícios do relacionamento interpessoal com a enfermeira e começa a controlar a situação, consegue discutir os problemas e as preocupações. Nessa fase, os níveis de exigência do cliente são mais altos e pode haver um conflito entre a dependência e a independência dos cuidados da enfermeira. Para auxiliar o cliente a administrar esse conflito e não ser manipulada por ele, a enfermeira deve adotar atitude para encorajá-lo a explorar seus sentimentos e comportamentos para desenvolver a auto-responsabilidade e a independência.

Novamente a enfermeira usa os instrumentos de comunicação, como escuta sensível, interpretação da linguagem, aceitação, interesse e aceitação. Cliente e enfermeira trabalham juntos para interpor os desafios e passar para a fase de resolução.

A fase de *Resolução* é a última etapa do relacionamento interpessoal. Há uma ruptura psicológica da dependência do cliente para o profissional enfermeiro. Acontece de forma gradativa: o cliente consegue se afastar da dependência da enfermeira com quem se identificou, sente-se capaz de resolver ou de adaptar suas necessidades de forma autônoma.

Os objetivos iniciais foram alcançados, o cliente está mais preparado para direcionar novas metas e é o momento de romper os vínculos. A ruptura é difícil tanto para o cliente quanto para a enfermeira, mas é necessária para o crescimento e desenvolvimento pessoal de ambos como indivíduos mais fortes e amadurecido.

Os papéis da enfermeira

Para Peplau (1993), durante as fases do relacionamento interpessoal, a enfermeira pode adotar seis papéis diferentes de acordo com a dinâmica do relacionamento interpessoal como postura terapêutica. A enfermeira reconhece a necessidade do cliente e adota papéis para auxiliá-lo.

Professor por transmitir conhecimentos e ensinar ao cliente a avançar e a partir do seu próprio desenvolvimento; *Provedor de Recurso* por oferecer informações e respostas específicas às necessidades dos clientes, possibilitando-lhes o entendimento do problema ou de uma nova situação; *Estranho* no momento inicial quando há a necessidade de conhecer o cliente livre de pré-julgamentos e utiliza habilidade e atitude de ajuda para que o cliente a identifique e decida resolver seus problemas ou necessidades que interferem na sua qualidade de vida; *Líder* por direcionar metas e propiciar a interação nas relações com o cliente ou na equipe multiprofissional; *Assessor Técnico* por oferecer assistência de enfermagem para suprir necessidades físicas, através de habilidade e competência técnica; e *Substituto* quando ocupa o lugar de outra pessoa significativa para o cliente e utiliza a percepção para direcioná-lo de acordo com o grau de dependência.

2.2 Os elementos do processo comunicacional

Para exercer a enfermagem, profissão fundamentada nas relações humanas, torna-se imprescindível conhecer o processo comunicacional terapêutico. A comunicação é o veículo para estabelecer qualquer tipo de relação, e no entender de Silva (2002), a comunicação terapêutica procura minimizar os conflitos e alcançar a solução dos problemas detectados na relação interpessoal com os clientes.

Comunicação terapêutica é definida, por Stefanelli (1993), como um instrumento do cuidado a ser aprendido e possibilita ao profissional auxiliar os clientes no enfrentamento e ajustes às dificuldades e no relacionamento com as pessoas.

Apesar de a singularidade dos seres humanos, há alguns princípios para facilitar a comunicação que podem ser aplicados a todos sem distinção. Observo a concordância de vários autores, entre eles Maldonado e Canella (2003), Salada (1996) e Silva (2000, 1996). Para eles, o vínculo só é estabelecido quando o

profissional compreende o cliente como sujeito de suas ações e o respeita como tal, demonstrando interesse genuíno por ele.

Reconhecer o cliente como sujeito parece uma consideração elementar, porém de alta complexidade para praticá-la, pela cultura histórica da relação de poder que o profissional de saúde exerce sobre os clientes, invertendo a condição de sujeito para objeto de suas ações. (WALDOW, 1998).

Para Silva (1999), o profissional de saúde deve ser capaz de transmitir sua mensagem através de ações, intenções e discursos teóricos coerentes. É preciso estar em constante vigilância para não haver contradições entre o profissional que se deseja ser e aquele que se é efetivamente.

A comunicação é composta pela linguagem verbal, expressa pela fala e pela escrita, e, enquanto linguagem não-verbal, expressa pelos movimentos do corpo, pelos artefatos usados pelo homem ou ligados ao meio ambiente e a disposição dos indivíduos no espaço. (SILVA, 1996).

Há uma tendência em atribuir maior valor à linguagem verbal, que exterioriza valores sociais, enquanto a linguagem não-verbal reflete os sentimentos genuínos. (SILVA, 2002).

A linguagem não-verbal

No entender de Silva (2002), a comunicação não-verbal é a emissão de mensagens significativas não veiculadas em palavras. Essa autora classifica a comunicação não-verbal em *Paralinguagem, Cinésica, Proxêmica, Características Físicas, Fatores do Meio Ambiente e Tacésica*.

Paralinguagem são sons produzidos pelo aparelho fonador, não formam palavras, porém emitem significados.

Cinésica são sinais emitidos pela expressão corporal; alguns podem ser mais facilmente manipulados pelo interlocutor, como o olhar, enquanto outros são mais espontâneos como o movimento de mãos e pés.

Proxêmica são sinais emitidos pela disposição do homem no espaço físico, como a distância entre os interlocutores. Compreende o código visual, se há a presença do olhar e a forma de olhar; o código térmico, calor recebido pelo interlocutor; o volume de voz; o código olfativo, odor percebido entre os interlocutores; o comportamento de contato; os fatores cinestésicos, proximidade para o toque; os fatores de postura – sexo; e os eixos soció-fugo e soció-peto, eixo

dos ombros em relação ao outro interlocutor que pode demonstrar interesse ou desânimo.

Características físicas são sinais emitidos pela aparência pessoal e traduzem informações sobre sexo, religião e situação sócio-econômica - como presença de aliança, tipo de carro, estilo de roupas.

Fatores do meio ambiente são sinais emitidos pela disposição dos objetos no espaço e as características do próprio espaço - como mesa entre os interlocutores. Por fim, Tactêica são sinais emitidos pela expressão tátil - o toque propriamente dito.

Relacionamento Terapêutico Através da Comunicação

Silva (1999) pontua dois fatores fundamentais para desenvolver o relacionamento terapêutico por meio de comunicação com o cliente: *um Contexto Propiciador de Diálogo (Ambiente) e os Atributos do Próprio Terapeuta (Habilidade do Profissional)*.

O Ambiente:

O ambiente representa várias mensagens não-verbais importantes para o cliente e determina muitas de suas respostas para com o profissional. Silva (1999,1996) pontua importantes detalhes para a enfermeira observar e refletir nesse sentido.

A enfermeira deve ter atitude acolhedora, iniciando pela pontualidade do atendimento. O respeito à hora marcada representa um exercício de cidadania compartilhado entre o cliente e a enfermeira.

Um local confortável para ambos e assegurado da privacidade é determinante para o desenvolvimento do diálogo e início do processo de vínculo; ao passo que um local improvisado, desprovido de acomodação adequada e privacidade, traduz a falta de importância daquele momento.

Proxêmica ou a utilização que o homem faz do espaço físico representa, de uma forma acortinada, relação de poder e status ou igualdade. A aproximação e o espaço físico livre entre interlocutores transmitem um ambiente de maior informalidade e mesma nivelção de importância entre cliente e cuidador. Já um distanciamento mais acentuado, separado por objetos, hierarquiza e verticaliza o relacionamento. Alguns fatores - como idade e sexo - influenciam a distância entre

os interlocutores, pois pessoas do mesmo sexo se aproximam com maior facilidade, cultura e etnia, assunto da discussão, características da personalidade, orientação emocional.

Exageros da apresentação pessoal do cuidador podem ser interpretados como uma posição de superioridade, ao passo que o descuido na apresentação pessoal representa um descaso com o cliente.

Habilidades do profissional

A desafiadora habilidade de se comunicar terapeuticamente exige da enfermeira autoconhecimento tanto de sua visão de mundo, visão profissional, potencialidades e limitações, como de disciplina e autocontrole. O maior desafio e habilidade estão em saber ouvir e querer verdadeiramente entender.

A importância para o cliente que está passando por alguma dificuldade em encontrar um bom ouvinte para retomar a dignidade e a humanidade é pontuada pela definição: “Escutar e saber ouvir é deixar a nossa memória reorganizar-se a partir da palavra do outro, é deixar que as palavras dos doentes despertem em nós sentimentos que nem sempre são claros”. (SILVA, 1999, p. 04).

Para essa autora, há várias formas de o cliente decodificar se a enfermeira está disponível para ouvi-lo e entendê-lo. O tom de voz, o toque, as expressões corporais e faciais e a linguagem verbal emitem vários significados.

Sentimentos, personalidade e intenções da enfermeira, como interesse, desinteresse, raiva, agressividade, acolhimento, apatia, dominação e mutualidade, podem ser evidenciados através do tom de voz - mais seco, polido, enfático, entusiasta, alterações conforme a direção e implicação da conversa.

O toque terapêutico é relacionado com a expressão facial e com o respeito a fatores culturais como religião, sexo, idade, reciprocidade. Mesmo o toque relacionado a alguma técnica, como ordenha de leite, por exemplo, transmite uma mensagem ao cliente.

A linguagem do corpo, também conhecida como cinésica, expressa o interesse da enfermeira no cliente, sua disponibilidade em ouvi-lo e compreendê-lo. É complexa, porém, a compreensão dos significados devido a singularidades das pessoas. Silva et al. (2000) discorre sobre a polêmica das expressões corporais, defendidas por alguns pesquisadores como condicionadas pela cultura, contexto,

grupo e validações sociais. Ao passo que para outros há evidências de gestos universais. No mesmo estudo, é evidenciado que as expressões faciais são mais facilmente controladas, porém gestos com os pés e as mãos são mais intuitivos.

Em um contexto de relações profissionais, com valores sociais e alguns significados comuns conhecidos por todos, onde são conhecidos os valores sociais e alguns significados culturais comuns, a linguagem corporal da enfermeira associada a outras formas de comunicação pode evidenciar seus verdadeiros sentimentos. Alguns gestos têm representatividade mais fiel, como sorriso ou ausência dele, olhar ou não olhar nos olhos, manter os braços cruzados, olhar para o relógio, entre outros.

Alguns cuidados com a linguagem verbal também são pontuados. Termos técnicos utilizados em excesso, sem explicar ao interlocutor os significados, representam que a enfermeira está inacessível e deseja um distanciamento do cliente. Se for desejo da enfermeira promover um relacionamento, deve se fazer entender, com uma linguagem apropriada para o cliente e certificar-se da compreensão do conteúdo e dar-lhe oportunidade plena de expressão, deixando-o livre e fazendo perguntas abertas.

Silva (1999) ainda ressalta que muitas vezes censuramos e intimidamos o cliente a falar por nossos medos e questões pessoais, deixando-lhe claro que está submetido à nossa dominação, embora de uma maneira velada, usando como artifícios terminologia inacessível, mantendo distância, interrompendo suas falas e invadindo seu corpo sem esclarecimento e consentimento.

Os autores Maldonato e Canella (2003) e Silva (2002) se convergem e apresentam expressões da linguagem verbal que devem ser evitadas pelos profissionais de saúde, como lição de moral, ameaça e autoritarismo. Daniel (1983) exemplifica, citando a emissão de julgamentos, demonstração de rejeição pelas concepções e decisões do cliente, exigência de explicações e despersonalização do atendimento.

No entender desses autores, facilitar a comunicação é estabelecer o foco no cliente e respeitar os valores dele. Se o foco está no profissional, o cliente é subvalorizado e ao invés de sujeito, torna-se objeto do cuidado.

Fases para cuidar

Segundo Silva (1999), quando a enfermeira se dispõe a cuidar do cliente, há pelo menos três fases a percorrer que perpassam pelo processo comunicacional.

A primeira fase compreende conhecer o cliente. A habilidade de ouvir se faz fundamental. Não há possibilidade de saber as necessidades do cliente sem ouvi-lo, sem conhecer suas expectativas em relação a si e aos cuidados. Cabe à enfermeira, livre de preconceitos, conhecer e considerar valores culturais como tradições, religião, valores familiares e limitações educacionais.

A segunda fase é a auto-aceitação, quando a enfermeira conhece o cliente e seus anseios e tem a percepção que pode e deseja ajudá-lo. Nessa fase, a enfermeira deve refletir sobre sua filosofia de vida e aplicação no cotidiano profissional para não se agredir e nem impor seus valores ao cliente. É o momento de procurar solução junto ao cliente e para o cliente, com a clareza de não misturar seus valores e problemas pessoais.

A terceira fase é o processo de cuidar como auto-expressão, quando há oportunidade de a enfermeira demonstrar a capacidade profissional através da coerência da linguagem não-verbal e da linguagem verbal pelos sentimentos, intenções, discursos teóricos, comportamentos. É a percepção do alcance da maturidade pela disponibilidade e habilidade em ouvir, pois não necessariamente a verdade da enfermeira é a do cliente.

2.3 Aproximação da temática ao referencial teórico

Pela comprovação dos benefícios obtidos pelo processo de amamentação, essa prática feminina é atualmente muito valorizada, e a importância da amamentação é um consenso científico. Considerando ainda expressivo o desmame precoce, paralelo ao fato de o auxílio e apoio à mulher serem condicionantes para que ela consiga amamentar, a capacitação técnica do profissional de saúde é uma ferramenta primordial. Dessa forma, o programa de treinamento em “Aconselhamento em Amamentação” elaborado pela OMS e UNICEF, serve como diretriz para os profissionais que trabalham com aleitamento materno. Nele estão contidas formas de abordagem para atingir as mulheres lactantes e implicitamente sugere a necessidade de serem conduzidas dentro de um relacionamento interpessoal. (OMS, 1997).

A comunicação não-verbal está presente na maioria das ações propostas, tanto no desenvolvimento da Habilidade de Ouvir e Aprender, como na Habilidade de Apoiar e Promover a Auto Confiança da Mulher. O desenvolvimento dessas técnicas tem como no intuito aproximar a enfermeira à mulher, para a profissional possa compreender as dificuldades objetivas e subjetivas em amamentar e ajudar a resolvê-las.

Compreendo o desmame como parte do processo da amamentação e o cuidado como a relação formada entre a enfermeira e a mulher. Sendo assim, o cuidado de enfermagem pode ser analisado através da forma que a enfermeira constrói e conduz a relação interpessoal com a mulher que escolhe desmamar precocemente.

Na proposta de Aconselhamento em Amamentação, a enfermeira, para cuidar da mulher que escolhe desmamar precocemente, perpassa pelas quatro fases do relacionamento interpessoal descritas por Peplau: a *orientação* por buscar a identificação da situação / problema com a mulher; a *identificação* por facilitar a aproximação entre ela e a mulher, usando os recursos da comunicação; a *exploração* por trabalhar as dificuldades específicas da mulher; e a *resolução* na possibilidade de oferecer à mulher o suporte necessário para assumir sua escolha e avançar de forma autônoma.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de pesquisa

Este estudo tem como objeto o processo de cuidar da mulher que escolhe desmamar precocemente com ênfase das relações interpessoais que se estabelecem entre a cliente e a enfermeira, em um contexto no qual a cultura valoriza a figura da criança e a prática do aleitamento materno e cujos órgãos oficiais de saúde como a Organização Mundial de Saúde (1990), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (1990) e o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) recomendam o aleitamento materno exclusivo durante os seis primeiros meses de vida da criança.

Desse modo, por tratar-se de questões subjetivas como o comportamento humano, envolvendo valores culturais, contextos sociais e significados, este estudo tem uma abordagem qualitativa. Caracteriza-se também por ser uma pesquisa descritiva, flexível, cujo pesquisador utilizou como instrumento a preocupação no processo como um todo - e não apenas no resultado -, e a análise dos dados tende a ser feita indutivamente. (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

3.2 Cenário do estudo

Os cenários da pesquisa são as Unidades Básicas de Saúde da cidade do Rio de Janeiro, selecionadas aleatoriamente e não caracterizadas para garantir o anonimato das depoentes. O critério de escolha por esse cenário se dá pelo fato de as orientações efetivas e o acompanhamento do aleitamento materno acontecerem em sua maior parte nas unidades básicas de saúde.

Pela proposta do Sistema Único de Saúde/SUS, o Município exerce autonomia de ações e atenção integral à saúde da população. A clientela dessas unidades é composta em sua maioria por pessoas pertencentes à classe baixa, de poucos recursos, moradores de periferias ou áreas faveladas, com difícil acesso à educação.

O projeto “acolhimento mãe/bebê” implementado nessas Unidades, destinado a mulheres com crianças de 05 a 08 dias de vida, consiste em uma enfermeira avaliar a mulher e o bebê, além de encaminhá-los para outros profissionais se necessário. As consultas posteriores são agendadas e intercaladas entre o pediatra e a enfermeira, em uma proposta interdisciplinar.

Essas consultas constituem no acompanhamento e no desenvolvimento de crianças menores de cinco anos de idade, enfocando, dentre as ações básicas, a promoção do aleitamento materno. (BRASIL, 1985).

3.3 Os sujeitos

Os sujeitos escolhidos para a construção das fontes primárias de informações são enfermeiras, por receberem, desde sua formação, preparo técnico para o cuidado e poderem em consulta de enfermagem⁶ construir o relacionamento interpessoal e o cuidado em mutualidade com a mulher. Esse pensamento é ratificado por Silva (1998) ao considerar que a consulta não é restrita a um procedimento técnico, mas num rido contexto de relacionamento interpessoal.

As entrevistas foram realizadas com nove enfermeiras das Unidades Básicas de Saúde, servidoras da prefeitura do Rio de Janeiro, lotadas no núcleo materno-infantil.

Essas profissionais possuem conhecimento e manejo técnico na temática do aleitamento materno adquiridos em curso de capacitação teórico-prático, com duração de 24 horas, fornecido pelo Município.

3.4 Aspectos éticos

O estudo respeitou a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, (BRASIL, 1996) e foi providenciado o cadastro no Sistema Nacional de Ética em Pesquisa/SISNEP. O projeto foi enviado ao Comitê de Ética do Município do Rio de Janeiro para apreciação e aprovação (Anexo A).

Após a aprovação pelo Comitê de Ética, apresentei-me à gerência de enfermagem de cada instituição envolvida na pesquisa e solicitei autorização para coletar os dados.

Foi realizado um termo de consentimento livre e esclarecido, no qual foram garantidos aos sujeitos do estudo anonimato, fidedignidade dos depoimentos, liberdade para prosseguir ou não como colaborador na pesquisa e autorização das depoentes para utilizar suas falas em publicações científicas e apresentações. Li o termo de consentimento com cada entrevistada, esclareci as dúvidas, coletei a

⁶ Legitimada pela lei do exercício profissional n° 7498, inciso I, alínea i. Resolução COFEN n° 159/92.

autorização em duas vias, uma ficou em poder da depoente e a outra foi arquivada (Apêndice B).

3.5 Técnica de coleta de dados

Os dados foram coletados em entrevista semi-estruturada por oferecer flexibilidade, à medida que o pesquisador inicia uma indagação e o entrevistado discorre naturalmente sua narrativa. Esses questionamentos foram apoiados pelo referencial teórico no qual o estudo está pautado e formaram amplas interrogativas pela obtenção das respostas dos entrevistados que participaram da elaboração do conteúdo da pesquisa (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Apresentei o projeto à direção de enfermagem de cada unidade e dirigi-me às enfermeiras, que se demonstraram acessíveis e interessadas pela temática e colaboraram com a etapa de coleta de dados em sua totalidade.

O número de entrevistas foi definido no decorrer da etapa de coleta de dados e encerrado quando percebi repetição das falas e saturação do conteúdo, totalizando nove entrevistas.

Planejei a duração de cada entrevista em um período máximo de 60 minutos para não fadigar as entrevistadas e prejudicar o conteúdo das informações, porém a conversa foi desenvolvida de forma flexível para não interromper as falas das entrevistadas.

Pela indisponibilidade de um local privativo, onde pudesse realizar as entrevistas nas unidades de saúde, precisei estabelecer-me em lugares acessíveis a todos - como a copa e o estar de enfermagem -, e, por vários momentos, a conversa foi interrompida, porém sem prejuízo para o conteúdo e o resultado final do trabalho.

Iniciei a entrevista com questões gerais sobre a temática do aleitamento materno para ambientar as entrevistadas e conhecer suas concepções sobre a amamentação para depois introduzir os questionamentos que atenderiam aos objetivos propostos no estudo, conforme descrito no instrumento utilizado (Apêndice A).

Utilizei um diário de campo como instrumento complementar para compor com maior fidedignidade o estudo, na observação do relacionamento da enfermeira com a mulher. O diário de campo pode ser definido como o conjunto de observações e reflexões que realizamos sobre expressões verbais e não verbais dos sujeitos,

descrevendo-as com exatidão e tecendo comentários críticos em seguida. (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

3.6 Método de análise dos dados

Os conteúdos da pesquisa foram identificados, transcritos fidedignamente, categorizados e analisados, através da análise de conteúdo de Bardin (2004, p. 37) definido como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição dos conteúdos das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a interferência de conhecimentos relativos às condições de produção recepção de mensagens.

Imediatamente após cada entrevista, depois de ouvir exaustivamente o depoimento, fiz as transcrições fidedignas do conteúdo, procurando expor no texto a linguagem não-verbal, representada por pausas, expressões faciais, alterações no tom de voz, entre outras.

Para facilitar a visualização e trabalhar o material, transcrevi cada entrevista e apliquei uma cor diferente a cada uma. Fiz uma leitura flutuante e parti para leitura analítica. Processei a ordenação dos dados pela separação das unidades de registros extraídas nas entrevistas, através da presença e repetição nas falas. Realizei uma nova separação temática por semelhanças e significados e os associei aos objetivos propostos, desenhando três categorias principais e subcategorias.

Selecionei as falas mais significativas para cada subcategoria, identifiquei com letras referentes à ordem das entrevistas e procedi à análise. Os dados foram analisados através da contextualização, pela teoria do relacionamento interpessoal de Peplau (1993) e por conceitos de comunicação. O critério para a escolha da teoria e dos conceitos de comunicação foi a adequação ao objeto de estudo, pelo entendimento de que as ações de enfermagem em aleitamento materno são fundamentadas na relação entre a enfermeira e a mulher, e a comunicação constrói essa relação (Apêndices C e D).

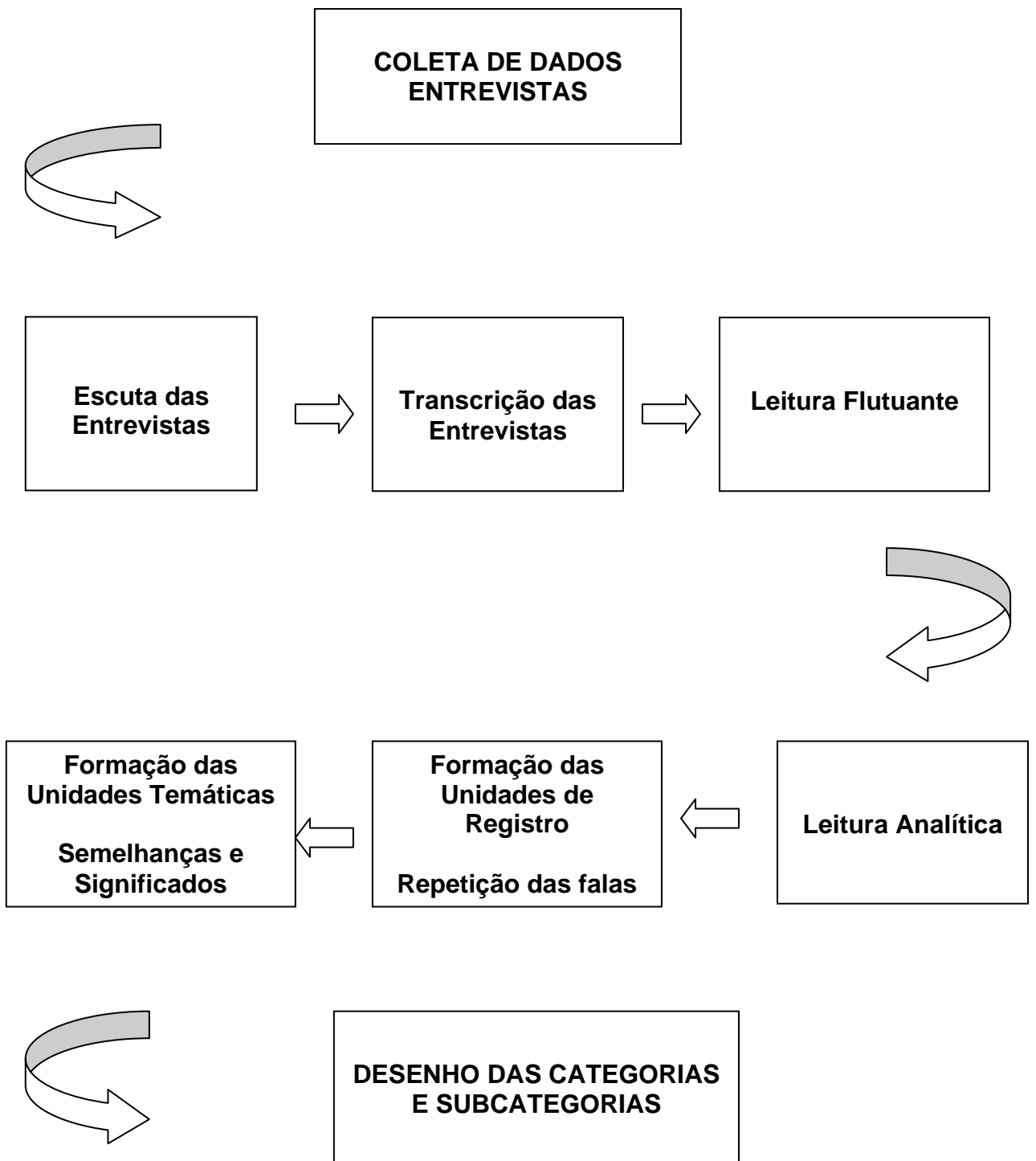


Figura 1 - Esquema gráfico da análise de conteúdo de Bardin.

CATEGORIAS:**I - Os determinantes do relacionamento interpessoal das enfermeiras com a mulher que escolhe desmamar precocemente**

Subcategoria 1.1 - Significados Do Aleitamento Materno Atribuído Pelas Enfermeiras

Subcategoria 1.2 - Conflitos Da Mulher No Processo Do Aleitamento Materno

Subcategoria 1.3 - Sentimentos Das Enfermeiras Quando A Mulher Escolhe Desmamar Precocemente

II - Estratégias de comunicação das enfermeiras com a mulher que escolhe desmamar precocemente

Subcategoria 2.1 - Comunicação Não Verbal

Subcategoria 2.2 – A Associação Da Comunicação Não Verbal À Comunicação Verbal

III - Contradições da enfermeira no processo de cuidar da mulher que escolher desmamar precocemente

4 RESULTADOS

4.1 Os determinantes do relacionamento interpessoal das enfermeiras com a mulher que escolhe desmamar precocemente

Nessa categoria as enfermeiras deram significados ao aleitamento materno, apresentaram os conflitos vivenciados pelas mulheres e revelaram os sentimentos que têm em relação à escolha da mulher por desmamar precocemente.

As depoentes valorizaram muito a amamentação; para elas, significa benefícios para a saúde do bebê e da mulher, a única opção de alimento para as crianças pobres e um processo natural, instintivo e associado ao amor. Esses significados podem ser atribuídos ao conhecimento técnico e científico das enfermeiras sobre a amamentação e, principalmente, construção cultural.

Apresentaram o aleitamento materno com uma prática complexa, conflitante para algumas mulheres devido à multiplicidade de papéis sociais atribuídos a elas e a interferência externa sobre processo da amamentação exercida pelos familiares, profissionais de saúde e pela mídia.

As enfermeiras relataram indignação, pena e rejeição pela mulher que escolhe desmamar precocemente porque atribuem essa escolha à falta de amor pelo bebê. Descreveram, também, sentimentos de fracasso porque associam a decisão da mulher ao desempenho profissional.

As concepções das enfermeiras sobre o aleitamento materno, o entendimento dos conflitos vivenciados pelas mulheres durante a amamentação e os sentimentos das profissionais em relação à mulher que escolhe o desmame precoce estabelecem os determinantes para a construção e a progressão do relacionamento interpessoal conduzido pela enfermeira.

- **Significados do aleitamento materno atribuído pelas enfermeiras**

Nessa subcategoria, as enfermeiras atribuíram significados ao aleitamento materno. Para as depoentes, o aleitamento materno significa um diferencial para a saúde da criança e da mulher, a única opção para alimentação de filhos de mulheres de baixa renda e um ato instintivo e natural capaz de comprovar o amor da mulher pela criança. Esses significados são decorrentes da influência cultural que valoriza o aleitamento materno e do conhecimento técnico adquirido na capacitação profissional.

Algumas entrevistadas relataram a importância do leite pelas propriedades nutricionais e imunológicas para a criança:

“Na emergência [...], era muito comum a presença de desnutrição infantil. A gente quando fazia o inquérito no atendimento das mães, a gente via que a maioria daquelas crianças não tinha sido amamentada, se amamentou, amamentou até um mês assim, essa maluquice”. (Entrevista E)

“Minha filha nunca adoece, ela não tem nada [...]. O meu marido cheio de coriza, eu também e ela não pega nada. Entendeu? Minha filha não pega nada”. (Entrevista C)

Outras enfermeiras ressaltaram o impacto do leite na saúde da criança e utilizaram a comparação entre os bebês alimentados ao peito e aqueles que não o são:

“Posso dizer que a maioria, 90%, não adoece com frequência, das que mamam no peito, não adoecem. As outras, a maioria tem uma intercorrência na pediatria de doença”. (Entrevista F)

Esses significados estão de acordo com a valorização social aplicada ao leite materno. Desde a década de 70, houve um movimento mundial para a retomada do aleitamento, pela composição nutricional e imunológica do leite humano, essencial para a manutenção da saúde e da vida da criança. (ALMEIDA, 1999; SOUZA; ALMEIDA, 2005; VENÂNCIO; MONTEIRO, 1998).

O leite humano é considerado um alimento completo, nutricionalmente adequado, por conter toda as propriedades indicadas para suprir as necessidades do bebê, além de facilitar a eliminação do mecônio, diminuir a possibilidade de reações alérgicas comparadas a outros leites e proteger contra riscos de infecções por ser pronto para o consumo sem necessitar manipulação. (BRASIL, 2003).

As enfermeiras apontaram reconhecer os benefícios do aleitamento materno do ponto de vista do desenvolvimento físico-neurológico e afetivo:

“Eu acho que criança que mama no peito tem uma construção muito melhor neurológica, porque dentro de muitas coisas tem uma propriedade que é aquela cobertura nos neurônios que fazem a transmissão para os outros”. (Entrevista C)

“Os bebês que mamam são os bebês que têm a musculatura oral muito mais resistente, a dentição desse bebê é melhor que o do corriqueiro, menos infecção, forma uma relação mais afetiva com a mãe”. (Entrevista B)

Esses significados foram construídos pelo incentivo das pesquisas, pela criação e evolução das políticas públicas de saúde.

A influência do aleitamento materno para a criança em termos neurológicos está comprovada cientificamente. O leite humano, além de nutrição adequada, auxilia no desenvolvimento neurológico, pois, entre outros componentes, é rico em ácidos graxos polinsaturados de cadeia longa, que são importantes para o desenvolvimento cerebral, e ácidos graxos de cadeia longa que auxiliam na mielinização dos neurônios. (ALMEIDA, 1999; FERNANDES, 2005).

Para promover e defender o aleitamento materno, as principais estratégias desenvolvidas pelo Estado foram baseadas nos benefícios do leite humano para a criança. O trabalho contou com o apoio de órgãos internacionais, como UNICEF e OMS, e da mídia para divulgação massificada. Houve interesse e desenvolvimento científico sobre o aleitamento materno e produção de pesquisas com diferentes vértices. (RÉA, 2003; SOUZA; ALMEIDA, 2005).

Sydrônio, Souza e Almeida (2006) evidenciaram que as últimas duas décadas representam o período de maior produção de pesquisas científicas envolvendo o processo de aleitamento materno no Brasil. Inicialmente com questões voltadas para as propriedades do leite humano e os benefícios para a criança, e, nos últimos dez anos, com estudos ampliados, baseados na ótica feminina. Essa nova visão, focalizando a mulher no processo do aleitamento materno, foi evidenciada nas falas de algumas enfermeiras quando abordaram quesitos como a estética feminina e a praticidade:

“As mulheres que amamentam conseguem retornar pro peso muito mais rápido, na verdade você queima caloria, o dobro! O útero contrai mais rápido [...]. O benefício pra ela é uma troca”. (Entrevista A)

“Não precisa dar água, tem a praticidade, muita mãe fala: Que pena que não mama mais agora tem que sair cheia de comida! Pode mamar a qualquer momento em qualquer lugar, não tem que levar uma chuquinha, água fervida, o leite. Eu acho que tem essa praticidade”. (Entrevista B)

Essa percepção das enfermeiras pode ser atribuída à modificação do papel social da mulher, ocorrida pela emancipação feminina na década de 80. A mulher se inseriu no mercado de trabalho e, hoje, ocupa uma porção expressiva dos empregos no Brasil e domina as atividades da economia não formal. (IBGE, 1990, 2000; ROUQUAYROL, 2000).

A multiplicidade de papéis no cotidiano feminino é descrita por Spíndola (2000) com base na relação da mulher com o trabalho, a casa, o companheiro e a educação dos filhos. A desigualdade social enfrentada pela mulher a faz procurar mecanismos de superação para desenvolver os papéis.

O IBGE (2000) aponta que, apesar da mudança do perfil da mulher, a sociedade ainda atribui a ela a responsabilidade pelas atividades consideradas domésticas e constata que a maioria desenvolve essas tarefas sozinhas. Dessa forma, a praticidade é uma qualidade indispensável para a mulher na conciliação das atividades domésticas e profissionais.

Alves (2003) discorre a estética como um valor social, e o belo sempre foi admirado e almejado pelo ser humano. Porém, o autor ressalta que o padrão de beleza é mutável, influenciado pela cultura e pelo tempo. Ribeiro (2003) aborda que a sociedade imprime o padrão estético mais direcionado ao gênero feminino e, atualmente, há um culto ao corpo. A mulher se rende cada vez mais a sacrifícios para atender aos padrões de beleza e anseia ter o corpo igual ao período anterior à gravidez. A mulher se rende cada vez mais a sacrifícios para atender aos padrões de beleza, e o retorno do corpo a forma anterior à gravidez é um anseio e uma preocupação da mulher.

Outras depoentes apontaram a ótica feminina no aleitamento materno quando fizeram associações da amamentação à sexualidade feminina:

“A mama é um órgão muito sexualizado, ela simboliza a feminilidade da mulher. Então quando a gente se relaciona mal com a mama... A mulher quando amamenta fica uma mulher mais bem resolvida, deixa de ter algumas mágoas”. (Entrevista A)

“Eles fazem o peito da gente de chupeta, é tão bom, né?” (Entrevista G)

“Ah, é tudo de bom... Coisa mais bonita é você botar o peito na boca da criança, essa hora de botar o filho pra amamentar”. (Entrevista G)

Essa percepção das enfermeiras sobre a sexualidade na amamentação, apesar de ser pouco discutida, é um aspecto importante a ser observado pela simbologia sexual e nutricional das mamas, e, no processo do aleitamento materno, esses fatores podem ser fundidos.

Em uma abordagem antropológica da amamentação, Pereira (2003) discorre sobre as implicações na sexualidade e relata que, na cultura ocidental, as mamas

passaram por um processo de erotização. As mamas, antes reconhecidas apenas como fonte alimentar, atualmente são consideradas também órgãos sexuais. Essa autora revela relatos de algumas mulheres que descreveram ter sensações similares ao prazer sexual ao aleitarem. Essa analogia é também referenciada por Badinter (1985) ao considerar que o aleitamento materno, em determinadas épocas, foi desencorajado por trazer prazer à mulher e à criança.

As enfermeiras também consideraram que o aleitamento materno é determinado pela classe social e também pelo gênero. As falas evidenciaram a pobreza como impedimento para a escolha, do desmame precoce, cabendo à mulher a opção pelo aleitamento materno.

As entrevistadas relataram que a clientela delas é composta por mulheres pobres, portanto, sem opção de escolha:

“As pessoas que freqüentam aqui o posto não tem opção. Se vê que elas não têm condição de comprar nem uma lata por mês”. (Entrevista C)

“Elas são de classe baixa, então o que pesa pra elas é a grana, o bolso”. (Entrevista D)

“Eu trabalho com a classe mais pobre, tudo tem a ver. Nessa classe, essas mulheres têm que estar amamentando. E já, por exemplo, uma outra classe, elas têm opção, ao melhor leite, ela tem como acompanhar essa criança, se precisar de uma vitamina, ela tem como comprar, como estar acompanhando”. (Entrevista C)

A amamentação é influenciada pela condição social desde o século XVI na França, quando o aleitamento era considerado uma prática socialmente reprovável e as mulheres nobres da sociedade pagavam às camponesas para alimentarem suas crianças. Sem condições de escolha, as mulheres se rendiam a essa prática. (BADINTER, 1985).

Esse mesmo modelo, replicado por toda Europa, foi trazido para o Brasil pelos portugueses, que o adaptaram e transformaram as escravas em amas-de-leite. (ALMEIDA, 1999; SILVA, 1990; SOUZA; ALMEIDA, 2005).

A manipulação do aleitamento materno com interesses sócio-políticos também é uma fórmula antiga e utilizada até os dias atuais. Desde o século XIX, o Governo e os higienistas usavam desse artifício para atribuir à mulher a responsabilidade pela vida e saúde de seus filhos, desviando dessa forma a responsabilidade do Estado. (ALMEIDA, 1999).

A mortalidade infantil e a desnutrição não são determinadas pela não prática do aleitamento materno, mas pela má distribuição de renda, pela fragilidade do sistema de saúde, pela pobreza e pelos desdobramentos - como falta de saneamento básico, falta de suprimento nutricional, entre outros. Responsabilizando a mulher, as reais problemáticas sociais, responsabilidades do estado, ficam desfocalizadas.

A dimensão político-social na transferência de papéis e na infusão da responsabilidade para a mulher não é identificada pelas entrevistadas; todavia, a cultura da mulher como fonte provedora e mantenedora da saúde da criança está arraigada fortemente na percepção das enfermeiras.

As depoentes consideram o amamentar ao peito um processo puramente instintivo. A determinação biológica foi apontada em várias falas:

“Minha mãe é uma mulher semi-alfabetizada, antigamente a oferta de serviço de saúde não era o que tem hoje, minha mãe teve quatro filhos e todas as crianças amamentaram. Então eu tiro minha mãe como 80% das mulheres, aleitamento é instintivo”. (Entrevista E)

“É natural mesmo”. (Entrevista F)

“Sabe o que eu observo nesses anos todos? Amamentar é instinto mesmo”. (Entrevista E)

A percepção das enfermeiras sobre o aleitamento materno como um processo natural, determinada pelo instinto é caracterizada pela tendência social em reduzir tal prática a uma questão biológica. Vários trabalhos apontam essa fragilidade, entre eles podemos destacar Almeida (1999), Ichisato e Shimo (2001) e Silva (1990). Em todos eles, os autores afirmam que os fatores culturais sobrepõem o fator biológico e determinam a prática ou não prática do aleitamento materno.

No entender de Ichisato e Shimo (2001), se aleitamento materno fosse determinado pelo instinto, sua prática seria um consenso percebido em todas as épocas e sociedades, porém o processo do aleitamento perpassa pela dinâmica cultural.

As entrevistadas também apontam o aleitamento intimamente ligado ao afeto e ao amor materno:

“Eu tenho uma filha de um ano e dois meses, mama até hoje. Ela acorda de noite e o pediatra já me falou que só quando ela parar de mamar que vai perder esse vínculo da madrugada comigo. Mas não me passa pela cabeça

desmamar para dormir a noite toda. Eu sei que não é fome, é aconchego. Ela come de tudo, mas mama. Mama de manhã, à tarde, quando está chateada... Para mim, aquilo é a única coisa que só eu posso dar à minha filha". (Entrevista I)

As recentes descobertas científicas do fortalecimento do laço mãe/filho e da nucleação familiar pelo aleitamento materno estão presentes nas falas das entrevistadas. Algumas depoentes condicionam o amor da mulher pela criança à prática da amamentação:

"Ela (a mulher que não tem vontade de amamentar) não segura com aquela coisa de afeto, sabe? Você não sente, aquele afeto, aquele carinho, sabe?". (Entrevista C)

"Tem mesmo que lamber, amamentar e cuidar. Isso é instinto de maternidade". (Entrevista E)

A relação do amor materno à prática da amamentação é fruto da construção cultural existente no Brasil no século XIX. As mulheres que exerciam a maternidade eram socialmente valorizadas e o aleitamento materno era uma regra de conduta, considerada uma atitude de devoção à família e um sacrifício necessário para a manutenção da vida, saúde e segurança da criança (ALMEIDA, 1999; VIEIRA, 2002). De acordo com Primo e Caetano (1999), a cultura da amamentação associada ao amor materno é tão arraigada que a mulher se sente obrigada a amamentar como prova de amor a seu bebê.

Compreendo a amamentação como uma relação e não como uma ação. Embora esteja inserida em um contexto de afetividade, a ação por si só não traduz o sentimento da mulher para com o filho.

- **Os conflitos da mulher no processo de aleitamento materno**

Nessa subcategoria, as entrevistadas relataram conflitos vivenciados pelas mulheres durante a prática do aleitamento materno. As mulheres recebem várias influências na amamentação e ficam divididas entre o cuidado da criança e as outras atribuições do cotidiano.

Segundo as entrevistadas, as mulheres vivenciam vários tipos de influência durante o processo do aleitamento materno. Algumas depoentes citaram a influência determinada pela mídia:

“E hoje em dia até uma grande maioria ainda amamenta porque, por conta da televisão, da mídia, que faz propaganda em cima, né?” (Entrevista B)

“Porque tem muita propaganda em cima disso hoje na mídia. Cada casinha lá tem uma televisão, todo mundo tem sua televisãozinha, vê fulano de tal lá dando o peito e elas acham bonito”. (entrevista F)

Essa influência percebida pelas enfermeiras se deve ao fato de o Ministério da Saúde ter adotado, com sucesso, desde a década de 80, o uso da mídia escrita e/ou falada com campanhas dirigidas às mulheres, como estratégia para promoção do aleitamento materno. Essas campanhas mostram benefícios do leite humano para a saúde do bebê e são apresentadas em rádio e TV, em horário nobre. Para dar credibilidade e sensibilizar a mulher a amamentar, são vinculadas imagens de artistas ou de pessoas formadoras de opinião. (RÉA, 2003).

As campanhas do Ministério da Saúde em prol da amamentação reforçam a ideologia do aleitamento vinculado ao amor materno. Alguns slogans lançados na Semana Mundial da Amamentação são bastante caracterizadores - como “*A saúde do seu filho depende de você – amamente*”, “*Amamentação: um ato de amor*”, “*Amamentação - amor, carinho e proteção*” (ALMEIDA, 1999; RÉA, 2003). Foi evidenciada nas falas a influência direta sofrida pela mulher dentro do núcleo familiar:

“A família também cobra muito mesmo”. (Entrevista C)

“O pai (da criança) sempre exerce uma influencia grande”. (Entrevista C)

A influência familiar percebida pelas enfermeiras também é descrita amplamente na literatura como um dos fatores pontuais para a prática ou não do aleitamento materno.

A mulher tende a ouvir sua mãe, seu companheiro ou pessoas as quais faça referência e apropria-se das mesmas experiências ou é influenciada por elas se houver uma relação de confiança entre eles. (ICHISATO; SHIMO, 2002; ROUQUAYROL, 2000).

Primo e Caetano (1999) ratificam a influência exercida pelas mães das mulheres que estão em fase de amamentação. Para essas autoras, a prática do aleitamento é uma tradição familiar e as experiências vão sendo passadas de geração em geração. Pontuaram, também, que as avós vêem o aleitamento sob a

ótica biologicista, como uma extensão da gravidez, na qual as dificuldades devem ser contornadas em função da responsabilidade da mulher para com o bebê.

As entrevistadas apontaram a influência exercida pelos profissionais de saúde no processo do aleitamento e evidenciaram a forma impositiva utilizada por esses profissionais quando tratam do aleitamento:

“E acho que estão quase emparedando a mãe a ter que amamentar”. (Entrevista B)

“Ninguém aceita a mulher não quer amamentar”. (Entrevista A)

“A maioria não expõe essa vontade de amamentar não... Amamentam porque a gente fala que tem que amamentar”. (Entrevista I)

A importância dos profissionais de saúde para a mulher em processo de amamentação é evidenciada por vários autores, com destaque para o estudo de Maldonado e Canella (2003), que defendem o mérito do papel exercido pelo profissional nessa fase da vida da mulher, em que ela necessita ser acolhida e ter alguém a quem possa se referenciar. As enfermeiras apresentaram, porém, que essa relação pode ser conflituosa, pois alguns profissionais, ao invés de apoiar a mulher, estão exercendo uma relação de domínio.

No entender de Almeida (1999), as políticas públicas influenciam as práticas profissionais. Ainda há uma lacuna em reconhecer a mulher e toda sua dimensão e subjetividade e respeitar sua escolha, embora já tenha havido um progresso nas ações, percebido na ampliação da promoção do aleitamento materno.

Algumas entrevistadas comentaram a sensação de sobrecarga das mulheres:

“A maioria é falta de ajuda em casa. Elas mesmas falam, eu passei a noite toda sem dormir, quero descansar um pouco. Não tem ninguém pra revezar, muita coisa pra fazer”. (Entrevista F)

“Teu cansaço, teu estresse, ninguém vê”. (Entrevista B)

“Tempo pra amamentar a criança que elas não tem”. (Entrevista G)

Na percepção das enfermeiras, a amamentação pode desgastar a mulher devido ao acúmulo de atribuições de seu cotidiano. Conciliar as diversas responsabilidades da mulher não é uma tarefa fácil, sobretudo no processo de adaptação entre o bebê e a mulher.

A responsabilidade pelos afazeres domésticos é atribuída quase de forma exclusiva à mulher. Segundo Horizonte (2002), a jornada feminina de trabalho durante um final de semana chega a ser 362,62% superior à masculina, pois poucos homens dividem as tarefas domésticas com a mulher. Spíndola (2002) aborda essa questão e descreve as várias jornadas de trabalho exercidas pela mulher, seja como mãe, dona-de-casa e profissional.

A enfermeiras reconheceram o conflito vivenciado pela mulher na multiplicidade de papéis e demonstraram empatia:

“Eu me vejo na pele dela. Sabe naquela cartilhinha (de amamentação) aquela mãe toda descabelada? Querendo dar mamar e não conseguindo?”
(Entrevista F)

Outras enfermeiras ponderaram os conflitos profissionais:

“Tem uma coisa nessa legislação que eu acho hipócrita, que tu diz pra mulher que ela precisa amamentar única e exclusivamente por seis meses, mas a licença é de quatro, quando ela não tá num emprego informal”.
(Entrevista E)

“Eu acho que são as complicações que podem surgir (referindo ao desmame precoce) [...]. Algumas mães retornam ao trabalho, ficam aqueles quatro meses pra amamentar”. (Entrevista B)

As enfermeiras retrataram a relação conflituosa da mulher na divisão de papéis como profissional e mãe. Essa percepção é ratificada em pesquisa realizada pelo IBGE (2000), que aponta 50% da mão-de-obra economicamente ativa representada pelo trabalho feminino, embora um quantitativo expressivo de mulheres ocupe função no mercado de trabalho informal ou esteja em situação desfavorável em relação a cargos e salários quando inseridas no mercado formal.

Spíndola (2002) descreve que o trabalho fora de casa traz autonomia financeira, prazer e reconhecimento social à mulher; entretanto, exercer as atividades profissionais e domésticas simultaneamente, altera as relações familiares por reorganizar o espaço da mulher nesse contexto.

Para essa autora, as mulheres ficam diante de um conflito: Se escolhem praticar o aleitamento materno, são vistas no ambiente de trabalho como pouco produtivas; se não fazem essa escolha, não cumprem o papel de mãe em sua totalidade. Nakano e Moreira (2002) ratificam essa relação conflituosa da mulher

diante do aleitamento materno e do trabalho, pois em qualquer escolha será discriminada e estigmatizada.

Algumas enfermeiras percebem esse conflito da mulher em relação à conotação estética atribuída às mamas:

“Não vou amamentar que meu peito vai cair”. (Entrevista B)

“Mais o mito mesmo que o peito cai”. (Entrevista F)

No entender de Alves (2003), a preocupação com a imagem é um valor humano e as modificações ocorridas no corpo da mulher desde o período gravídico são fatores que lhe causam preocupação devido ao valor estético e ao padrão de beleza atual. Para esse autor, pode ocorrer contraponto de valores entre o padrão de beleza feminino instituído e a importância do aleitamento materno.

Além do mito criado - a amamentação provoca flacidez mamária -, o padrão estético feminino atual enaltece a mulher esquelética. Diante da incompatibilidade do “ideal de beleza”, pois o corpo da lactante está fora dos padrões, a mulher vivencia uma situação conflituosa. Fica dividida entre os valores sociais de amamentação e a imagem desejável, que a princípio são divergentes.

• **Sentimentos da enfermeira quando a mulher escolhe desmamar precocemente**

Nessa subcategoria, as enfermeiras relataram seus sentimentos em relação à escolha da mulher pelo desmame precoce. As depoentes relataram rejeição, tristeza, pena e indignação por entenderem que a mulher, ao decidir desmamar precocemente, não tem amor ao bebê. Algumas enfermeiras têm dificuldade para lidar com o desmame precoce por vê-lo como um fracasso profissional. Dessa forma, seus sentimentos interferem diretamente no relacionamento com a mulher.

Algumas entrevistadas citam a rejeição pela mulher:

“Então eu preciso me policiar porque eu tenho a tendência de rejeitar essa mulher. Sabe? Eu não sou susceptível, eu não sou aberta pra tá ouvindo. Por que ela não quer? Ela deve ter os motivos dela, e com toda certeza os motivos são importantes pra ela, mas pra mim eu fecho numa questão, é falta de amor”. (Entrevista E)

A rejeição citada pelas enfermeiras pode ser atribuída ao fato de essas colocarem seus valores pessoais acima dos valores da paciente. A prática da amamentação é um fator condicionante para a qualidade de boa mãe, e as dificuldades apresentadas pelas profissionais no lidar com mulheres que fogem aos padrões de conduta foram pontuadas por Arantes (1991).

No Aconselhamento em Amamentação, uma das habilidades pontuadas para oferecer apoio e desenvolver a confiança da mulher é aceitar seus pensamentos e sentimentos. Segundo Silva (1999), a enfermeira precisa se desapegar de seus valores pessoais e buscar a compreensão dos valores da pessoa que está sob seus cuidados para a relação terapêutica evoluir.

Quando a mulher escolhe o desmame precoce, algumas enfermeiras ficam tristes e se sentem fracassadas profissionalmente:

“Quando tem outros filhos, duas, três mamadeiras prontas eu penso: Perdi!!! Eu Perdi”. (ênfatisa) (Entrevista A)

“Ah, eu me sinto mal, né? Você não conseguir passar uma coisa importante pra uma pessoa, você ver que realmente você explicou e aquela pessoa não absorveu é triste”. (Entrevista B)

O ganho e a satisfação profissional são pautados nos objetivos propostos pela enfermeira. Pelas falas, evidencia-se que o objetivo maior da consulta está pautado no ato de amamentar; dessa forma, a não adesão ao aleitamento representa para a enfermeira um fracasso profissional. Souza (1993) pondera que o reflexo da atuação profissional não deve ser mensurado por meio da concretização da amamentação. A proposta assistencial é cuidar na perspectiva do outro, e o aleitamento é uma experiência diferente para cada mulher.

As ações desenvolvidas para promover o aleitamento materno não se reduzem ao fato puro e simples de a criança se alimentar no peito, mas em todo o contexto desenvolvido e nas informações oferecidas sobre os benefícios da amamentação, sob a ótica da criança e da mulher. (OMS, 1990).

Entendo que o objetivo das consultas seja garantir a saúde do binômio mulher/bebê, e o incentivo ao aleitamento materno é uma das ações, mas não deve ser a única. Respeitar a escolha da mulher, dar orientações específicas, fazer o acompanhamento do binômio e favorecer o vínculo pode garantir o retorno da cliente.

As entrevistadas relataram ser difícil ouvir a mulher dizer que não vai amamentar, mas elas procuram não demonstrar nenhum tipo de sentimento:

“Assim, eu digo que é muito desconfortável, assim o primeiro impacto: Não quero dar de mamar”. (Entrevista A)

“Pra gente ouvir que não quer amamentar é forte, mas não deve demonstrar”. (Entrevista F)

Para as entrevistadas, ouvir da mulher que ela não vai amamentar é impactante, pois elas trabalham em prol do aleitamento materno. Observei que as enfermeiras têm noção de que, se demonstrarem para a mulher que reprovam a atitude, o relacionamento interpessoal pode ser prejudicado.

Silva e Leite (2002), ao analisarem a comunicação no aconselhamento, ratificam a necessidade de abolir palavras e ações que demonstrem julgamento. Para Daniel (1983), o julgamento soa como rejeição para a cliente e ela se afasta.

As entrevistadas relataram alterar o relacionamento com a mulher quando percebem que, mesmo depois de explorado a situação-problema, a mulher escolhe o desmame precoce:

“Mudar o relacionamento... acho que muda um pouco sim. A gente sempre olha com aquele olhar: Poxa, será que ela tentou realmente?” (Entrevista B)

“Sinceramente? Mudo. Na minha cabeça, o ser mãe modifica a gente tanto, né? Por que você não quer dar o seu peito que é uma coisa boa? Se você tiver um problema de saúde, é outra coisa. Não tem problema de saúde, é saudável. E se você fosse índia, ia comprar o leite onde? Se tivesse lá no meio do mato, na Amazônia, não ia ter que dar o peito? Essa facilidade que permite isso a algumas mulheres”. (Entrevista G)

O sentimento das enfermeiras ao verificarem que a mulher não vai amamentar é de inconformismo e indignação, e demonstra claramente que a cultura da amamentação como um fator natural está arraigado nas entrevistadas.

As falas comprovam o discurso de Silva (1999). Para ele, a enfermeira deve administrar suas emoções, profissionalizar as ações e focar o trabalho na cliente, de outra forma há o desdobramento que impede o avanço da relação interpessoal e o desenvolvimento do cuidado.

A discordância de opiniões é comum em qualquer relacionamento, inclusive nas relações profissionais. Remete à reflexão a forma como essas diferenças são

apresentadas, pois as enfermeiras, algumas vezes, assumem a postura de ter seus valores como absolutos, quando comparados aos da mulher.

4.2 Estratégias de comunicação das enfermeiras com a mulher que escolhe desmamar precocemente

Nesta categoria, observei a comunicação como um instrumento usado pelas enfermeiras para identificar e desenvolver o relacionamento com a mulher que escolhe desmamar precocemente. A partir da identificação, as enfermeiras priorizam o atendimento individualizado e utilizam técnicas de comunicação para facilitar a relação interpessoal com a mulher durante a consulta de enfermagem.

A primeira consulta do binômio é oferecida na Unidade Básica de Saúde a todas as mulheres com os bebês, preferencialmente entre o 5º e 8º dia de vida, mas, devido à alta demanda de atendimento, pode ser adiada para até o final do primeiro mês de vida da criança. Por essa razão, é necessário realizar uma triagem para priorizar os atendimentos. Um dos critérios estabelecidos pelas enfermeiras como prioridade é a dificuldade da mulher para amamentar ou a falta de adesão à prática do aleitamento materno. Nesse sentido, identificar a mulher é um instrumento de grande valia.

Percebi que as enfermeiras aprimoraram a abordagem sugerida pelo Aconselhamento em Amamentação, pois, além de utilizarem a comunicação não-verbal para favorecer a aproximação com a mulher, apropriam-se dos mesmos recursos para reconhecer na mulher sinais indicativos da escolha pelo desmame precoce e a subjetividade contida nas falas.

Também observei que elas fazem uma associação simultânea das ferramentas da comunicação verbal e não-verbal, tanto para emitir como para receber informações. Esse mecanismo favorece a aproximação e a exploração da temática na construção do relacionamento interpessoal.

- **Comunicação não-verbal**

Nessa subcategoria as entrevistadas relataram que a mulher tem dificuldade de verbalizar a falta de vontade para amamentar ou até mesmo a situação de desmame precoce. Assim, a linguagem não-verbal constitui um valioso recurso para as enfermeiras identificarem a mulher sem constrangê-la e para intervirem de forma mais sutil e efetiva.

As entrevistadas ressaltaram compreender a dificuldade de verbalização da mulher, provocado pela vergonha, reprovação social e culpa:

“São poucas as que falam que não querem porque elas não têm coragem de assumir que não querem”. (Entrevista A)

“Eu acho que elas pensam que se falar que não estão a fim de amamentar serão marginalizadas, com certeza”. (Entrevista G)

“Algumas têm vergonha de dizer que o bebê mama NAN”. (Entrevista E)

O leite humano é considerado excepcional em diferentes vertentes e o ato de amamentar é associado ao instinto e ao amor, símbolos representantes do ideal de mãe perante a sociedade. As mulheres não inseridas em um padrão social por não praticarem o aleitamento materno são julgadas e muitas vezes, discriminadas. Arantes (1991), ao estudar a vivência da amamentação para um grupo de mulheres, percebeu que, as que enxergavam o aleitamento como uma experiência desagradável e não tinham êxito ao amamentar, eram incompreendidas e traziam um sentimento de culpa e sofrimento em relação à escolha feita.

Nakano (1996) e Nakano e Moreira (2002) relata que o aleitamento serve como qualificador da mulher em seu papel de mãe e, quando escolhe desmamar precocemente, é estigmatizada como desnaturada. Torna-se muito difícil para a mulher admitir quando não quer amamentar; aceitar essa falta de vontade é assumir a falta de amor pela criança e estar disposta a enfrentar a possível reprovação social e discriminação por essa atitude.

Apesar de, na maioria das vezes, não haver a verbalização, a mulher revela o não querer amamentar de outras formas. Silva et al. (2000) descrevem que a linguagem verbal exterioriza padrões sociais; a linguagem não-verbal, sentimentos genuínos.

As enfermeiras ratificam a importância da linguagem não-verbal ao relatarem que a mulher não verbaliza de forma direta o não querer amamentar, porém, emite indicativos dessa vontade, e cabe às profissionais decodificar esses sinais sutis através da observação e da sensibilidade:

“Teve uma, de não sei quantas consultas por mês, mais de duzentas, com certeza. Só uma que me falou que não queria amamentar”. (Entrevista F)

“A gente sente que está acontecendo alguma coisa (pausa longa). Pela forma de pegar, pela forma de olhar, de tratar essa criança, de segurar”. (Entrevista B)

Silva (2002) retrata que a comunicação não-verbal é percebida através do corpo, dos artefatos e da disposição dos interlocutores no espaço físico. Percebi que as entrevistadas apropriam-se da comunicação não-verbal para identificar a mulher que não tem vontade de amamentar. Particularmente, utilizam os princípios da cinésica⁷ e da proxêmica⁸ mesmo de forma intuitiva.

Para as depoentes, a relação da mulher com o bebê é um fator significativo para reconhecer se há vontade da mulher em amamentar. Elas observam que, se a mulher não quer amamentar, tende a apresentar um distanciamento físico maior entre o corpo dela e o do bebê, além de tocar e olhar menos para a criança e expressar pelos olhos o descontentamento:

“Ela não traz o bebê pra ela, pra perto dela. É uma coisa rápida (...). A mulher que quer amamentar segura o bebê diferente, segura o bebê com paciência, já procurando postura pra amamentar”. (Entrevista A)

“Eu observo muito isso de olhar, de tocar (pausa) e ela não tem aquele olhar de carinho, não toca a criança, porque tocar na pele você vê acariciando, você não vê isso”. (Entrevista C)

“Eu sinto quando ela dá o leite materno com amor ou quando ela dá o leite materno por obrigação”. (Entrevista D)

As enfermeiras identificam e valorizam algumas atitudes diferentes na relação da mulher com o bebê. Observam sinais emitidos pelo olhar ou ausência do olhar da mulher para o bebê e o distanciamento físico entre eles. Esses fatores fazem parte dos eixos da proxêmica, identificados como código visual, comportamento de contato e fatores cinestésicos. (SILVA, 1996).

Vários autores, como Maldonado e Canella (2003), Moura (2001) e Silva (2002), apontam o toque como expressão genuína de reciprocidade em um relacionamento, apresentado na nossa sociedade para simbolizar sentimentos como proteção, segurança e desejo. Considerando a fragilidade da criança e a afeição da maior parte das mulheres pelos seus filhos, a ausência ou a falta do toque na

⁷ Teoria desenvolvida por Birdwhistell no qual o corpo emite sinais e nenhum movimento é desprovido de significados, embora algumas expressões sejam influenciadas por padrões culturais.

⁸ Teoria desenvolvida por Hall, estabelecendo uma relação entre os sentimentos e a disposição do espaço entre os interlocutores nos relacionamentos interpessoais.

relação da mulher com seu bebê tem significados relevantes que não devem ser ignorados.

Algumas depoentes relataram nas falas que o comportamento da mulher que não tem vontade de amamentar é de desinteresse e incômodo pelo assunto:

“Esse feeling que eu te falei, se a mulher não que amamentar tá na cara, quando você começa a falar da amamentação, se vê quando alguém tá interessado em ouvir e quando não tá interessado”. (Entrevista E)

“Na verdade é todo um contexto, ou tá muito ansiosa, ou tá chorando, tá assim incomodada”. (Entrevista A)

Silva et al. (2000) descrevem que a veracidade de sentimentos expressados em alguns gestos é questionável por sofrerem influências culturais ou poderem ser facilmente controlados como as expressões faciais. Ao passo que outros sinais são extremamente representativos por serem intuitivos, como gestos com as mãos e os pés, desvio e forma de olhar. Embora a expressão facial não seja significativa isoladamente, ela compõe o contexto na identificação da vontade da mulher em não amamentar.

As enfermeiras relataram não haver um fator específico que indique o desejo da mulher em não amamentar. Dessa forma, elas observam as reações da mulher, contextualizam e constroem a impressão. Na compreensão de Silva (1996), a comunicação não-verbal é complexa e para interpretá-la os ruídos devem ser minimizados; portanto, torna-se imprescindível contextualizar os sinais aos dados.

As enfermeiras narraram que diferenciam, verificando o ganho de peso e a concentração de massa muscular, se o bebê é alimentado com leite materno ou leite artificial:

“Normalmente, quando ele é uma criança muito fofa, eu me aproximo, e eu pego nele. Se eu sinto que, se é um bebe que mama no peito, ele pode ser gordo, mas ele é parrudo, aquilo que você pega é consistência. Aquele que mama farinha, você pega nele e afunda sua mão. Tem uma diferença”. (Entrevista D)

“O que eu pego aqui é a mãe que diz que está amamentando, mas eu vejo a criança assim bem robusta e eu sei que aquilo é mamadeira, aí eu pergunto: É só peito? Elas até mentem, né? Só peito? Neném estourando, que você vê que aquilo é farinha”. [risos] (Entrevista B)

Silva (2002), ao classificar as características físicas dentro da comunicação não-verbal, expõe que elas revelam informações importantes do indivíduo, como

situação econômica, etnia, religião, estado de saúde, orientação de higiene e estilo de vida.

As enfermeiras utilizam esse recurso e percebem, pelas características físicas do bebê, indícios de que a criança esteja recebendo fórmulas lácteas ou leite *in natura* de animais, mais comumente de vacas e cabras. Essa percepção é devido ao conhecimento construído em aleitamento materno, pois os leites *in natura* de animais ou industrializados têm a composição diferente do leite humano, tendo uma concentração lipídica superior ao leite materno e acarreta maior concentração de gordura no bebê. (ALMEIDA, 1999).

Ainda nas características físicas, as entrevistadas relataram observar a bolsa do bebê, porque, se a mulher não amamenta, geralmente leva algum tipo de alimento para a criança e o volume desse acessório tende a ser maior:

“Você percebe aquelas que dão peito só vêm com uma bolsinha, aquelas que vêm cheia de tralha, o acampamento todo, geralmente é quem tá escondendo o jogo”. (Entrevista F)

“E também você está toda hora ali na sala de espera, acompanhando e vê. Quem não mama no peito mama a mamadeira”. (Entrevista I)

Ao considerar a realidade dos serviços públicos de saúde no Brasil, as mulheres atendidas nas unidades básicas de saúde enfrentam filas e esperam para a consulta. Dessa forma, o espaço de tempo compreendido entre o percurso até a unidade de saúde, o atendimento e a volta para casa é longo e a criança precisa ser alimentada. Se não estiver sendo amamentada ao peito, a mulher usualmente leva o alimento substituto.

As depoentes acabam usando essa adversidade para perceber se a mulher está desmamando ou se já não amamenta, observando o volume e o conteúdo das bolsas e a forma de alimentar a criança durante o tempo de espera. A presença de alimentos e acessórios como chucas e mamadeiras são indicativos significativos para as enfermeiras.

As depoentes relataram fazer essa identificação dentro dos serviços e atividades desenvolvidos na UBS; assim, buscam a aproximação dessas mulheres e agendam a consulta para trabalhar a mulher individualmente:

“Na sala de espera da vacina [...], já vou identificando os problemas, [...] eu vejo sem sutiã, vejo a outra com mamadeira que cai no chão... Aquelas coisas. [...] Observo, depois eu pinço essa mulher”. (Entrevista A)

As entrevistadas relataram aproveitar também o momento da imunização da criança para identificar as mulheres que não têm vontade de amamentar:

“Aí eu vi que era nesse momento (na sala de vacinas) que eu devia estar marcando isso, identificando os problemas, e já atuando. Essa mãe volta pra mim, algumas vezes eu já oriento e intervenho, dúvidas da amamentação”. (Entrevista A)

As enfermeiras descreveram utilizar reuniões previamente agendadas e abertas com um grupo de mães para se aproximarem da mulher que está desmamando precocemente ou indica não ter vontade de amamentar:

Se eu achar que é uma pessoa assim, muito difícil de entender, [...] então eu vou sentar com ela, só eu e ela e vou tentar reverter a situação. (Entrevista C)

As enfermeiras utilizam com habilidade os recursos da comunicação não-verbal para identificar a mulher que demonstra não ter vontade de amamentar ou esteja desmamando precocemente. Essa identificação é feita durante as atividades realizadas na Unidade Básica de Saúde, pela observação direta dos sinais emitidos pela mulher e pela contextualização dos fatos.

- **A associação da comunicação não-verbal à comunicação verbal**

Nessa subcategoria as enfermeiras relataram como fazem para diminuir as barreiras, aproximar, explorar a temática e orientar a mulher que escolhe desmamar precocemente. As enfermeiras fundem os recursos da comunicação verbal e não-verbal e conseguem emitir e captar informações, alcançando um resultado muito positivo para a aproximação, desenvolvimento da relação e formação de vínculo entre ela e a mulher.

Por não conseguirem atender a demanda de consultas nos primeiros dias de vida da criança, as enfermeiras fazem a triagem dos binômios e priorizam algumas situações, entre elas, as dificuldades para amamentar e a falta de adesão ao aleitamento materno.

Durante a consulta, a enfermeira tem a possibilidade de explorar o aleitamento materno de forma individualizada, compreender as dificuldades da mulher e as razões que a estão levando a escolher pelo desmame precoce e, ainda, se possível, ajudá-la a resolver o problema raiz.

As enfermeiras relataram que procuram oferecer suporte à mulher nesse período da vida em que está fragilizada:

“E na prática que a gente tem aqui, tem mulheres que ficam muito assustadas com a coisa da maternidade mesmo, e você vai estar ali de suporte, auxiliando e orientando a ela, que não é esse bicho de sete cabeças mesmo”. (Entrevista E)

“A amamentação é pano de fundo para outras coisas, ficam incomodadas pelo fato de amamentar. É um sentimento que elas não conseguem saber o que é, então trazem com isso uma série de situações”. (Entrevista A)

Maldonato e Canella (2003) discorrem sobre a importância da atuação profissional no atendimento a pessoas em transições existenciais, períodos de mudanças significativas na vida que deixam o indivíduo vulnerável. O profissional pode ajudar a pessoa a se reorganizar emocionalmente através de informações esclarecedoras, oferecendo-lhe alternativas e apoio.

As enfermeiras demonstraram empatia, descrita por Daniel (1983) como a habilidade em se colocar no lugar do outro para compreender seu comportamento, mesmo que não concorde com ele. O nascimento de um filho, ainda que desejado e programado, constitui um período de transição e de conflito de papéis para a mulher, fato percebido nas falas das entrevistadas.

A empatia, ao meu ver, é uma habilidade difícil, porém extremamente valiosa para o cuidado. É necessário despir-se de pressupostos para entender o outro e poder ajudá-lo. Para desenvolver a empatia, a enfermeira precisa dedicar tempo, ouvir e ter interesse pela mulher - e esses são alguns princípios norteados pelo Aconselhamento em Amamentação. (UNICEF, 1997).

As entrevistadas relataram procurar conhecer a mulher em seu contexto cultural, buscando a compreensão de seus valores, antes de abordarem diretamente o aleitamento materno:

“Quando elas chegam pra mim no acolhimento, procuro saber a primeira coisa se elas moram com o pai daquela criança”. (Entrevista D)

“A gente sempre conversa, explica. A gente tem que consultar a mãe e a criança”. (Entrevista F)

As enfermeiras transmitem interesse genuíno pela mulher ao procurar conhecê-la de uma forma global e abrem o caminho para o relacionamento. Silva (1999), ao relatar as etapas do cuidado que perpassam o processo comunicacional, ratifica a necessidade do conhecimento do cliente em todo seu contexto, suas necessidades e expectativas e o descreve como a primeira etapa do cuidado.

Conhecer a estrutura familiar no qual a mulher está inserida e o relacionamento com o pai da criança são fatores que interferem diretamente na prática do aleitamento materno, pois, para ter êxito, a mulher precisa se sentir acolhida e apoiada, conforme defendem vários autores, entre eles destaque Almeida (1999), Osório (2003) e Souza (1993).

As enfermeiras narraram que procuram conhecer melhor o núcleo familiar da mulher e convidam a família, em especial o parceiro dessa mulher, para participar da consulta:

“A gente procura deixar a pessoa muito à vontade, deixa entrar a família, pai, mãe. Meu consultório fica assim cheio de gente, tem duas cadeiras, entra pai, mãe, avó...Ajuda muito, eu uso essa estratégia até porque a gente tem que ter apoio da família”. (Entrevista F)

“Tá sozinha? Não o pai tá lá fora. Qual o nome dele? Fulano. Seu fulano! Ele vem. Ontem veio a sogra, a mãe e o pai. O pai tava aí e entrou todo mundo, aí eu faço aqui (mostra uma saleta) pra eles poderem escutar”. (Entrevista D)

As enfermeiras entrevistadas acreditam que o envolvimento e o apoio familiar são fundamentais para a mulher conseguir passar pela fase de adaptação com maior tranquilidade, além da importância da integração da família com a enfermeira no processo do cuidado.

Entendo que o contato da enfermeira com a família é uma proposta de humanização, além de poder revelar ou complementar alguns dados importantes dentro de uma consulta, como a estrutura familiar, relacionamento e nível sócio-cultural; detalhes talvez impossíveis de serem percebidos na ausência da família.

Para conhecer as dificuldades da mulher sem invadir sua privacidade, as entrevistadas descreveram que, após as perguntas generalizadas, examinam o bebê em participação com a mulher e começam a explorar a temática:

“Quando eu faço a palpação abdominal, eu falo: Nossa, o bebê tá com a barriga vazia, não comeu hoje não meu filho? Eu estou falando com a criança, mas a mãe tá prestando atenção no que eu tô falando”. (Entrevista D)

“Você faz tipo uma pergunta aberta tipo: Como é a alimentação do bebê? Porque você vai deixar a mãe falar. A gente procura deixar a pessoa muito à vontade”. (Entrevista F)

“A partir do momento que eu preencho a papelada do acolhimento, converso com a mãe, pergunto se está amamentando. Já pergunto diretamente: E aí mãe, [...] como está ocorrendo isso?” (Entrevista G)

As enfermeiras introduzem a situação-problema após estarem familiarizadas com a mulher, pois, assim, são vistas como um agente facilitador. Observo que elas se apropriam da comunicação não-verbal emitida por alguma fala da mulher ou pelas características físicas no exame da criança, momento em que encontram indicativos da amamentação inadequada do bebê e exploram a temática com a mulher por meio de perguntas abertas.

No manual de Aconselhamento em Amamentação elaborado pela UNICEF (1997), as perguntas abertas estão inseridas na habilidade de ouvir e aprender. Essa forma de questionamento auxilia a mulher a expor suas dúvidas e dificuldades, além de transmitir interesse e disposição da enfermeira em ajudá-la. É uma técnica de comunicação descrita por Daniel (1983) na qual a autora pondera caber à enfermeira direcionar o relacionamento e usar recursos para facilitar a comunicação, como deixar a mulher à vontade e oferecer oportunidades para que ela se expresse livremente.

Ao explorar a temática com a mulher e orientá-la, a enfermeira caminha para a segunda etapa do cuidado que perpassa o processo comunicacional, descrito por Silva (1999). Nessa fase do cuidado, a enfermeira conhece a mulher e suas dificuldades, percebe que pode ajudá-la e tem como desafio não imprimir os valores pessoais à mulher.

As entrevistadas também relataram procurar oferecer ajudas práticas e, para isso, acompanham uma mamada:

“Mãe, quando o neném mamou mesmo? Você falou e eu não devo ter prestado atenção. Ah... mamou 6 da manhã. Nossa! Essa criança tá morrendo de fome, [...] Mãe, vamos botar o neném no peito? Ih, ele mama pessimamente (responde a mulher). Não tem problema não, eu dou uma olhadinha, se der pra gente dar jeito, a gente dá”. (Entrevista D)

“Eu normalmente peço para mãe botar o bebê para mamar. O olho no olho é muito importante, se ela não olha, não tá nem aí pra essa criança, ela tem rejeição. É difícil isso...” (Entrevista B)

Ao acompanhar uma mamada, as enfermeiras ajustam problemas como pega, postura, avaliam a comunicação não-verbal da mulher através do código visual; e, ao disporem de tempo para orientar a mulher de forma personalizada, as profissionais de saúde transmitem interesse para facilitar a relação.

Após acompanhar a mamada, as enfermeiras relataram orientar e promover o aleitamento materno, possibilitando à mulher pesar os prós e os contras da prática, de maneira individualizada:

“Eu falo as condições, que o leite materno é melhor, que tem tudo, que ela não precisa comprar leite. Você tem que fazer o leite, tem que lavar a mamadeira, é uma coisa muito particular. Amamentar também, você tem que ter um tempo pra amamentar. Mas se você for lavar mamadeira, esterilizar, fazer o leite, comprar o leite fica muito mais caro e a desvantagem é econômica e as outras são as doenças”. (Entrevista F)

“Não faço lavagem cerebral, não obrigo ninguém a amamentar, ninguém [...]. Tento esclarecer as vantagens e desvantagens”. (Entrevista A)

Nessas orientações sobre os benefícios do aleitamento materno, percebi que as enfermeiras entrevistadas são conhecedoras da temática e esclarecem que alimentar uma criança é um processo trabalhoso independente da escolha da mulher pela prática do aleitamento ou não aleitamento.

O Ministério da Saúde (2003) alerta que a função dos profissionais de saúde em relação à amamentação é oferecer as informações necessárias para que a mulher possa fazer sua escolha conscientemente e tenha sua vontade respeitada. Maldonado e Canella (2003) consideram que a atitude de apoio do profissional de saúde está no esclarecimento imparcial.

As entrevistadas relataram que o período de adaptação ao bebê é dificultoso para a maioria das mulheres, portanto, elas procuram orientar a mulher a reorganizar as atividades:

“Você vai olhar a mãe e vai ter que compreender o lado da mãe e ajudar, ela tá naquele momento fragilizada, perdeu a barriga, tá com o neném no colo, tem que amamentar, tem que fazer comida, tem cuidar dos outros pequenos e ainda um monte de gente perturbando: faz isso! É muita interferência externa”. (Entrevista F)

“Essa coisa de ser dona-de-casa também ajuda muito porque eu passo pra ela como era a minha experiência. Assim tem aquela coisa da mãe sozinha com aquela criança, o marido sai pra trabalhar, precisa ter a casa arrumada, a comida feita... Eu digo: sabe como que eu faço? Aí eu digo pra ela qual é minha experiência e ela vai assim adaptando aquilo que pode ser”. (Entrevista D)

Autores, como Almeida (1999) e Maldonado e Canella (2003), discorrem sobre a complexidade da mulher se reorganizar em suas atividades habituais nesse ciclo, e apontam a enfermeira como agente facilitador para orientá-la e apoiá-la. Silva (2002) pontua que pessoas do mesmo sexo, idade e interesses tendem a se comunicar com mais facilidade porque se identificam, e o fato de a enfermagem ser uma profissão tipicamente feminina é um facilitador.

Percebi que as enfermeiras compreendem seu papel e podem intervir e auxiliar a mulher a desempenhar com mais tranquilidade seus múltiplos papéis. Notei, entretanto, que, simultâneo ao fato de as enfermeiras compreenderem a situação da mulher e a possibilidade em ajudá-la a superar as dificuldades, em alguns momentos, elas tentam auxiliá-la com base em sua vivência. Daniel (1983) ressalta que o profissional ao comunicar-se com o cliente deve abster-se de relatar suas experiências pessoais e centrar apenas nas dificuldades e possibilidades do cliente

As entrevistadas relataram abordar fatores como higiene, sexualidade e auto-estima enquanto exploram a temática:

“Às vezes, por falta de dinheiro, as condições de higiene são precárias, aí falo: Mãe, esse sutiã tá ruim, bota uma camisa de cotton, dentro disso de amamentar, você vê outros ganchos até de higiene, coisas assim básicas, outros com a sexualidade, dificuldade de expor”. (Entrevista A)

“Eu falo na consulta que ela não pode andar esculhambada, porque senão o marido não vai querer, pra ela se arrumar, tomar um banho, botar uma roupinha melhor, botar um batonzinho. Ainda mais nessa fase, a mulher tem trocentas crianças, quase não tem tempo, aí eu falo: Mãe, tem que arranjar um tempinho pra você, não é porque você tem um monte de filho que tem que andar de qualquer jeito”. (Entrevista H)

As enfermeiras entrevistadas se apropriam da linguagem não-verbal, observam a apresentação pessoal e a postura da mulher, identificam nela problemas como falta de higiene, auto-estima e sexualidade e a orientam a se redescobrir. Silva (2002) aborda a vestimenta e os adereços como fatores reveladores de algumas concepções do ser humano e como ele se enxerga.

A dicotomia vivenciada pela mulher em adaptar-se à rotina de mãe e de mulher é abordada em diversos trabalhos, como Nakano e Moreira (2002), Nakano (2003) e Pereira (2003), que relatam a ambigüidade de sentimentos da mulher entre a felicidade pela chegada do bebê e a angústia pela perda da individualidade e pela interferência na sexualidade. As enfermeiras demonstraram reconhecer essa face do processo de amamentação e a necessidade de abordagem.

As enfermeiras narraram que, para favorecer a identificação, procuram se apresentar à mulher de uma forma acessível, diminuindo ao máximo a distância entre elas, para que a mulher sinta-se à vontade e ambas consigam desenvolver a relação terapêutica:

“Tenho esse livrinho da amamentação e eu gosto de dar para a mãe e ler que toda mulher tem leite. Peço pra ela ler comigo, para não perguntar diretamente: Você estuda, sabe ler? Se ela não sabe, pode ficar constrangida. Então o mínimo de constrangimento para essa mãe se aproximar de mim”. (Entrevista D)

O respeito à mulher favorece a identificação e pode ser observado por intermédio das ações da enfermeira. Daniel (1983) relata que deixar a pessoa à vontade é uma técnica de comunicação capaz de minimizar a distância entre os interlocutores e facilitar o relacionamento interpessoal.

Observei através do diário de campo que as enfermeiras procuram diminuir o distanciamento com a mulher através da comunicação verbal. Elas têm o cuidado de se expressar verbalmente de forma clara, com poucos termos técnicos, solicitando retorno da mulher para assegurar a compreensão do tema abordado, conforme o Aconselhamento em Amamentação. (UNICEF, 1997).

Alguns cuidados na linguagem, observados pelas enfermeiras na comunicação com a mulher, são descritos por Daniel (1983), Maldonado e Canella (2003) e Silva (2002). Esses autores se convergem ao apresentar a linguagem como objetiva, clara e simples; excesso de termos técnicos distancia os interlocutores e deixa dúvidas no conteúdo exposto.

Silva (1999) descreve o ambiente como um fator possível de ser utilizado para distanciar ou aproximar as pessoas, e as depoentes relataram a falta de estrutura física nas UBS. Elas não têm um espaço apropriado para o atendimento e são freqüentemente interrompidas, prejudicando a dinâmica das consultas.

A falta de estrutura é apontada pelas enfermeiras como um fator complicador para o desenvolvimento da relação interpessoal com a mulher:

“Você vê, aqui é onde faço as consultas, mas tem a geladeira, o café, às vezes estou aqui com a mulher, ela amamentando e entra gente pra pegar água, essas coisas”. (Entrevista D)

“A gente não tem uma situação favorável de planta física, mas eu levo até na sala ali do lanche pra orientá-la”. (Entrevista E)

“A grande dificuldade é o lugar, [...] um dia o psicólogo atende lá, outro dia o acadêmico, outro dia outro profissional, quando tô usando, tem a abertura da porta, a mãe tá amamentando...”. (Entrevista A)

A falta de privacidade nas consultas, decorrente da estrutura física inadequada, é um fator complicador na aproximação das enfermeiras com a mulher. Mello e Figueiredo (2003), em estudo sobre a prática de enfermagem na atenção à saúde da criança, ratificam a problemática nas Unidades Básicas de Saúde, cujas salas de atendimento são destinadas a múltiplas atividades.

Silva (1999) apresenta o ambiente como um dos fatores determinantes para o desenvolvimento do cuidado. Para essa autora, o ambiente adequado deve assegurar privacidade e propiciar o acolhimento.

Observei, porém, que, mesmo sem local e estrutura apropriados, as enfermeiras entendem o papel fundamental do ambiente na comunicação e buscam humanizá-lo.

Percebi que a ocupação do espaço de consultas é preenchida de maneira acolhedora. As cadeiras para a enfermeira e para a mulher têm a mesma altura e são dispostas frente a frente, representando a igualdade entre a profissional e a cliente. Há o cuidado de não colocar mobília entre os interlocutores: a mesa utilizada pela enfermeira para preencher os formulários fica disposta paralelamente a ela, contribuindo dessa forma para diminuir a distância espacial e as barreiras com a mulher. (SILVA, 1999, 2002).

Em algumas salas, há um painel de fotos de mulheres e bebês atendidos naquela unidade, explicitando a importância deles para as enfermeiras e o vínculo formado com alguns binômios atendidos. Esses detalhes no ambiente trazem um grande benefício ao relacionamento e se traduz em humanização. (MALDONADO; CANELLA, 2003; SILVA, 2002).

As entrevistadas descreveram favorecer a formação de vínculo, facilitando o acesso da mulher à UBS, dando-lhe liberdade para retornar sempre que necessário e colocando-se à disposição para atendê-la:

“Eu tenho a liberdade de fazer a agenda, combino isso com a mãe.” (Entrevista A)

“Elas têm livre demanda (de atendimento) Ô, mãezinha, entendeu todo o processo, tá tudo certo? Qualquer coisa volta, estou aqui todos os dias, de oito ao meio dia, não precisa marcar, vem direto. E se ela chega, eu paro o que to fazendo e vou atender.” (Entrevista D)

As enfermeiras fortalecem a relação interpessoal ao deixar explícito para a mulher que pode ser a referência profissional dela. A paciente tem necessidade de saber onde e a quem recorrer quando precisar de auxílio. Almeida (1999), ratificado por Maldonado e Canella (2003), apresenta a ideologia de que a mulher carece não somente de orientação, mas de apoio, e isso só pode lhe ser oferecido dentro de uma relação terapêutica.

Algumas enfermeiras relataram oferecer orientações gerais e alternativas de alimentos para o bebê se a mulher está decidida a não amamentar ao peito:

“A gente orienta outras coisas, orienta vacinas, faz complemento, a gente não indica leite engrossado, elas entram com comidinhas com quatro meses. Começo a orientar de tudo, a comida com pouco sal, pouca gordura, a comida igual à da família mesmo.” (Entrevista H)

As enfermeiras, ao constatarem a decisão da mulher pelo não aleitamento, orientam-nas sobre como fazer a alimentação da criança de forma mais adequada. Para essas entrevistadas, a orientação deve ser direcionada de acordo com a realidade de cada mulher. O foco do atendimento está na mulher e não no profissional, conforme a proposta de Maldonado e Canella (2003) e de Silva (2002).

Outras encaminham essa mulher para ser acompanhada por outro profissional:

[...] “Quem não quer amamentar vai ter que ir lá no pediatra fazer uma coisa com responsabilidade, ver que leite vai dar, que dia vai dar, como vai começar. Tem que falar que não quer amamentar, mas vai sair de lá com prescrição do leite, do supositório, remédio pra cólica, massagenzinha na barriga porque o bebê vai ter cólica”. (Entrevista A)

“A minha função é orientar, mas, se ela não aceita, eu realmente eu não sei, não tem como, não vou obrigá-la [...]. Quando eu não consigo, às vezes eu

não consigo, pode ser que tenha uma outra profissional, uma colega que consiga. Até encaminhado pra uma outra pessoa, quem sabe também a psicóloga não tenha uma forma melhor de reverter esse quadro? Até encaminhado". (Entrevista C)

O recurso de encaminhar a mulher para ser atendida por outro profissional deve ser feito com cautela, analisando se essa opção está sendo adotada pela enfermeira, na compreensão da promoção do aleitamento materno como uma ação multiprofissional ou se está sendo feita para transferir responsabilidades e evitar o confronto com a mulher. Ressalto a importância de compartilhar a possibilidade com a mulher para a ação não ser encarada como rejeição e abandono.

Silva (1999) descreve que a última e mais desafiadora etapa para o cuidado é a verificação se o discurso da enfermeira é condizente com a prática, na maturidade de compreender verdadeiramente se a relação de cuidados é construída através das concepções da mulher e não da enfermeira. Para essa autora, pode ser conflitante para a enfermeira, na relação de cuidado, quando ela e a mulher não compartilham das mesmas concepções e os valores se divergem. Cabe à enfermeira transpor as dificuldades para estabelecer uma relação de cuidado em mutualidade com a mulher.

4.3 Contradições da enfermeira no processo de cuidar da mulher que escolhe desmamar precocemente

Nesta categoria, as entrevistadas apresentaram os contrapontos na relação interpessoal desenvolvida com a mulher que escolhe o desmame precoce. Ao explorar a temática na relação interpessoal, as depoentes admitiram a complexidade do processo de aleitamento materno, por verificarem como a experiência é diferente para cada mulher, pois algumas precisam ultrapassar obstáculos para lidar com a amamentação. Elas acolhem essa mulher e desenvolvem uma relação interpessoal no intuito de auxiliá-la a superar as dificuldades e atravessar esse período com mais tranquilidade.

Apesar de reconhecerem que a decisão pela prática do aleitamento deve ser uma escolha da mulher, as enfermeiras apresentam dificuldades, e em alguns casos resistência, em aceitar o fato de algumas mulheres preferirem desmamar precocemente e tentam impor à mulher seus valores pessoais e não conseguem

romper os vínculos. Essa contradição reflete diretamente no cuidado e pode ser analisada à luz da teoria do relacionamento interpessoal de Peplau (1993).

O aleitamento materno é permeado por questões de ordem subjetiva, logo, algumas mulheres desmamam precocemente sem mesmo entender sua escolha. A maternidade causa mudanças significativas na vida da mulher e algumas apresentam dificuldades para lidar com essas alterações, relacionadas intimamente com a prática do aleitamento materno.

As enfermeiras, compreendendo a dificuldade de algumas mulheres em expressar e até mesmo identificar que não querem amamentar, buscam por meio da linguagem não-verbal sinais que indiquem essa vontade e priorizam o atendimento individualizado.

Durante a consulta, as depoentes iniciam o relacionamento interpessoal. Elas planejam a comunicação e iniciam o diálogo de forma sistemática para direcionar a mulher a reconhecer suas dificuldades. Utilizam as ferramentas da comunicação e procuram saber, de forma indireta, informações sobre a estrutura familiar, as influências, as atividades praticadas e a inserção social da mulher. Como esses dados em mãos, identificam com a mulher o problema raiz, que a leva a escolher pelo desmame precoce. Essa etapa está enquadrada na fase de *orientação* da teoria do relacionamento de Peplau. Para a teórica, nessa fase, a cliente não consegue descrever o problema porque ainda não está claro para ela. A enfermeira tem a função de conduzi-la de forma a conseguir reconhecer a sua necessidade. Para tanto, é necessário adotar uma atitude investigativa com percepção e sensibilidade; o que no meu entendimento pode ser traduzido como comunicação verbal e não-verbal. (PEPLAU, 1993).

Após tornar conhecido o problema, as enfermeiras entendem que é preciso haver identificação / empatia entre a mulher e a profissional. Assim, novamente as depoentes se apropriam dos recursos da linguagem para se aproximarem da mulher. Procuram deixar o ambiente acolhedor e aplicam algumas técnicas de comunicação para favorecer a aproximação, em particular a empatia, que sintetiza uma série de outras técnicas. Essa etapa está relacionada à fase de *Identificação* da Teoria de Peplau (1993), no qual, a cliente procura identificar de forma subjetiva por pessoas que possam ajudá-la a solucionar o problema, e a enfermeira pode exercer esse papel.

As enfermeiras começam a explorar a temática após perceberem a mulher mais familiarizada com a relação de ajuda. Elas acompanham uma mamada e dão instruções técnicas conforme a necessidade, além de fazerem perguntas abertas sobre amamentação e dificuldades da lactante nesse processo. A partir das respostas, desenvolvem orientação específica. Essa etapa está relacionada na fase de *exploração* de Peplau (1993). A teórica descreve que, nessa etapa, o relacionamento é mais aproveitado pela cliente. A enfermeira utiliza técnicas de comunicação para explorar o relacionamento e permitir à mulher a discussão dos problemas, o que pode gerar conflitos entre dependência e independência e deve ser gerenciado pela profissional.

Percebi, na fase de exploração, contradições entre o discurso e o cuidado da enfermeira, quando a mulher já está em condições para discutir a temática e revelar a escolha pelo desmame precoce.

As enfermeiras verbalizaram que a decisão pela prática do aleitamento deve ser feita pela mulher e elas respeitam a decisão se a lactante escolhe desmamar precocemente:

“Eu acho que ela tem o livre arbítrio para querer dar ou não o peito para a criança. Pergunto se ela quer, porque cada um tem seu limite. Então eu acho que a gente tem que saber respeitar o limite dessa mãe”. (Entrevista D)

“Eu nem insisto porque é um desgaste desnecessário. Ela fica irritada e não vai fazer nada daquilo porque não está aprendendo”. (Entrevista A)

“Uma vez eu li em um livro e guardei: mais vale uma mamadeira com amor do que um peito sem amor. Ela dar o peito só porque tem que dar? Não vai estar sentindo prazer, não vai estar sentindo nada, aquilo não é para nada”. (Entrevista I)

A fala das enfermeiras está em acordo com a Política de Humanização, que descreve a função dos profissionais em orientar, mas ressalta a mulher como agente do aleitamento materno e responsável pela prática. (BRASIL, 2001).

As enfermeiras se contradisseram ao narrar que durante o cuidado tentam dissuadir a mulher da intenção de parar a amamentação precocemente:

“Eu como profissional tenho que saber respeitar aquela mãe que não quer saber de amamentar. É claro que vou tentar dissuadi-la disso”. (Entrevista D)

Ainda na fase de exploração, que a mulher demonstra agir de forma independente da enfermeira. As profissionais têm dificuldades para aceitar a escolha, utilizam uma comunicação ambígua e tentam impor seus valores. Nessa forma de comunicação, o profissional está tão focado em si próprio que acaba ignorando o cliente em todo seu contexto e pode resultar em prejuízo na relação interpessoal que estava sendo construída. (DANIEL, 1993; MADONADO; CANELLA, 2003; SILVA, 2002).

Nas falas, algumas entrevistadas ameaçaram a mulher, fazendo alusão à saúde da criança:

“Aí eu mostro as implicações dela não seguir corretamente isso você pega uma mamadeira que você pega e sacode a criança vai pegar uma infecção intestinal isso significa que ela vai ter uma diarreia, significa que você vai gastar dinheiro porque ela vai ter que fazer uma re-hidratação oral e ela vai tomar medicação e isso vai dinheiro, e se não tiver aqui no posto você tem que comprar”. (Entrevista D)

“Coloco das desvantagens e falo pra ela que tudo tem um preço. Eu digo que é uma decisão que vai ter um preço, pode ser alto, até de culpa mesmo. Será que o bebê mamando teria meningite? Teria otite? A gente não tem como saber... Mas na verdade eu digo que ela pode até pagar um preço, não do bebê ficar doente, mas da culpa”. (Entrevista A)

A ameaça é um modo de comunicação verbal comum entre os profissionais de saúde quando constatam que o cliente está reticente para cumprir as orientações propostas. O profissional oferece ao cliente a possibilidade de não seguir as recomendações, mas o coage para fazer a escolha. Essa forma de comunicação causa um deletério para o relacionamento interpessoal, descrito por Daniel (1983), Maldonato e Canella (2003) e Silva (2002).

Compreendo que a enfermeira e a mulher estão em uma relação de desigualdade, pois a paciente está passando por um período de adaptação diante do inesperado, deixando-a vulnerável. Quando a enfermeira utiliza o argumento de que a falta do aleitamento pode ameaçar a saúde da criança, ela pode até atingir seu objetivo e fazer a lactante amamentar, porém, agredindo a mulher em seus valores pessoais e ainda culpando-a por esses valores.

Outras enfermeiras apresentaram as lições de moral para impor a mulher a amamentar:

“Aí vou perguntando: você trabalha? Se ela falar não, aí tá ferrada na minha mão... Tirou dinheiro da onde pra comprar leite? Pai é cheio de dinheiro? [...] Então duzentos e sessenta e quatro reais que você gasta pra

amamentar a criança exclusivamente de Nan, É muito dinheiro!". (Entrevista D)

"Desde o momento que pariu, a mulher perde sua individualidade. Você é mãe, perdeu o arbítrio, e acho que quando você opta pela maternidade isso tem que estar muito claro pra você". (Entrevista E)

"Na semana passada, eu falei com uma mãe: (que desmamou precocemente e o filho estava desnutrido) Olha só, existem mulheres que Deus não deveria dar o dom da maternidade. Você é uma delas". (Entrevista E)

As lições de moral são julgamentos acompanhados por críticas, censuras e ironia, normalmente feitas pelos profissionais quando há um choque de valores entre eles e os clientes (MALDONATO; CANELLA, 2003). Quando a enfermeira se comunica dessa forma, está sugerindo à mulher que seus valores são absolutos e está construindo uma barreira entre elas.

Maldonado e Canella (2003) e Silva (2002) pontuam que a mulher, vivenciando a situação-problema, não se interessa por conhecer os valores pessoais da enfermeira e seus julgamentos. Ela quer ser orientada de acordo com a sua realidade. A censura causa bloqueios e resistência.

Ainda foi evidenciado nas falas que as enfermeiras usam de autoridade e ordenam a mulher a amamentar:

"Agora é um processo que não adianta mais você retroceder nisso". (entrevista A)

"Chamo quem estiver junto porque eu acho que é uma forma de as outras pessoas escutarem as orientações que eu estou dando aqui e uma força que ele tem pra interferir: A enfermeira mandou fazer assim e é assim que tem que fazer". (Entrevista D)

"Tinha uma moça, ela até hoje não gosta de mim, quando eu fiz o acolhimento, o neném estava sugando Nan, ela com as mamas cheias, cheias, sabe? (demonstra indignação) Eu peguei, conversei com ela e ela rejeitando, rejeitando, rejeitando. Aí eu falei: Quero que seu marido venha aqui. Ela voltou com o marido e eu falei: Olha só, ela tem uma mama cheia de leite, ela não vai amamentar porque não quer. Você vai gastar dinheiro com Nan podendo não gastar. Fiz terrorismo com ela mesmo". (Entrevista E)

A imposição na forma de obrigatoriedade na adesão à proposta dos cuidados é uma característica comum entre os profissionais de saúde. Com essa forma de comunicação, a enfermeira reproduz o modelo paternalista que subjuga o outro por algum tipo de poder. Por deter o conhecimento científico, ela determina o melhor para a mulher.

Os conflitos surgidos na fase de exploração foram conduzidos pela enfermeira de forma inadequada. As enfermeiras valorizaram suas concepções e desconsideraram a opinião e os sentimentos da mulher. Os significados atribuídos pela enfermeira sobre o aleitamento materno e os sentimentos em relação à mulher que escolhe desmamar precocemente influenciam os conflitos vivenciados pela paciente em seu processo decisório pela prática da amamentação. Observei que a relação terapêutica ficou fragilizada e repercutiu na última etapa do relacionamento interpessoal de Peplau (1993).

Quando a mulher apresenta condições de lidar com a questão do aleitamento materno e escolhe o desmame precoce, a enfermeira precisa fazer uma ruptura psicológica para estimular a autonomia da mulher. Essa ruptura significa que a mulher assumiu sua posição de sujeito e deve agir sem a interferência da enfermeira.

Peplau (1993) descreve a última etapa do relacionamento interpessoal como a fase de *resolução*, representando o fechamento de um ciclo. Após a administração dos problemas, o cliente é capaz de agir sem auxílio profissional. O rompimento dos vínculos que causam dependência é uma etapa difícil tanto para o profissional quanto para o cliente, porém é necessário como exercício de autonomia do cliente.

Algumas entrevistadas relataram conseguir formar um vínculo com a mulher que escolheu desmamar precocemente:

“Me procuram... Lembra de mim? Não tô amamentando não, mas ele tá grandão, gordo!”. (Entrevista A)

“Mesmo as que não querem amamentar continuam indo”. (Entrevista F)

As mulheres, após ultrapassaram os conflitos decorrentes do processo de aleitamento, voltam para dar *feedback* para a enfermeira. Ela percebe que a mulher pode formar um vínculo com ela independente de terem posições divergentes em relação ao aleitamento materno. Dessa forma, fica evidente que, em qualquer circunstância, a enfermeira pode administrar as emoções e os conflitos e direcionar um cuidado terapêutico com poder transformador.

Algumas enfermeiras atribuíram o vínculo da mulher ao fato de elas se sentirem respeitadas ou se identificarem com a enfermeira:

“Elas faltam na consulta do pediatra, mas não faltam comigo”. (Entrevista F)

“Elas se sentem respeitadas, voltam pra perguntar alguma coisa”.
(Entrevista I)

Outras entrevistadas narraram que o relacionamento construído ajudou a mulher de alguma forma:

“Eu trabalho a mãe num primeiro momento; num segundo, terceiro momento, ela já vem mais arrumadinha, vem com batonzinho”. (Entrevista I)

As entrevistadas demonstram que a abordagem da enfermeira é diferenciada, talvez devido ao fato de ser a profissional mais qualificada para exercer o cuidado. Moura (2001), ao considerar o cuidado prestado pela enfermeira, destaca a habilidade de ouvir, detectar as necessidades reais e ver o ser humano como um todo.

Essas falas reforçam a idéia de Maldonado e Canella (2003) e de Moura (2001) ao discorrerem que o relacionamento interpessoal é terapêutico, especialmente em transições existenciais, no qual o remédio é o próprio cuidador.

As enfermeiras relataram ser o relacionamento tão representativo para algumas mulheres, que elas voltam até muito tempo depois para participar à enfermeira sua história de vida:

“Tem mãe que vem... meu filho fez dois anos, eu trouxe ele pra você ver! Eu tenho que ir lá pegar, abraçar. Eu recebo bolo de criança... E quando não vem com as fotos”. (Entrevista D)

Nessa fala, a enfermeira retrata ser significativo o relacionamento interpessoal desenvolvido entre ela e a mulher, e, mesmo após a resolução da situação-problema, a paciente ainda a vê como referência de cuidado.

Algumas enfermeiras relataram ser difícil, em alguns casos, a mulher encerrar o contato com a enfermeira por terem administrado juntas os problemas:

“Elas voltam pra tirar dúvida de coisas que nem têm nada a ver”.
(Entrevista I)

“Teve mãe de ir todo plantão meu no posto”. (Entrevista F)

As entrevistadas relataram a dificuldade para a mulher romper com a enfermeira depois de ultrapassar uma fase conflituosa devido ao acolhimento recebido. Peplau (1993) descreve ser difícil essa ruptura de vínculos também para o

profissional, mas é necessária para que a mulher consiga agir de forma independente e exercer a autonomia do cuidado.

Não romper vínculos significa que o problema não foi resolvido em sua totalidade; a mulher ultrapassou a fase conflituosa em relação ao aleitamento materno, mas ainda não consegue agir independente da enfermeira. Instrumentalizar o outro talvez seja a parte mais desafiadora do relacionamento interpessoal. Significa abdicar de um poder instituído e repassá-lo ao outro.

Outras enfermeiras descreveram que o vínculo da mulher é com a Unidade Básica de Saúde:

“Mesmo que ela não volta direto pra mim, ela faz vínculo com o posto, ela volta”. (Entrevista A)

“Algumas voltam, encontro com elas pelos corredores do posto”. (Entrevista B)

Para essas entrevistadas, não há evidências de formação de vínculo com a enfermeira. Elas descrevem o retorno de uma maneira mais distante. Entendo que para essas mulheres o relacionamento interpessoal com a enfermeira foi interrompido em alguma etapa. A paciente retorna à Unidade Básica de Saúde por ser a única alternativa de atendimento.

As entrevistadas relataram em suas falas que as mulheres voltam mesmo demonstrando descontentamento:

“Normalmente essa mulher vai voltar. Agora volta muito zangada, reticente, porque a gente toca na ferida dela, a gente vira, acaba virando o ego dela”. (Entrevista E)

A fala dessa entrevistada demonstra o equívoco entre vínculo e vulnerabilidade. A mulher, além de estar em um período de mudanças significativas, não tem opções de ser atendida em outra proposta, logo, resta-lhe apenas voltar ao posto.

Salada (1996) descreve a fragilidade do tratamento interpessoal, quando pessoas são tratadas como objeto em uma relação de autoritarismo e se submetem por falta de opção. Relata ainda que, quando as pessoas não estão dentro de um estado de vulnerabilidade, tendem a modificar a característica de um ser passivo, que se submetia cegamente aos profissionais de saúde.

Essa mudança pode ser observada na postura do cliente, principalmente em países economicamente desenvolvidos. Ele está ficando mais seletivo e começa, mesmo timidamente, a exercer sua cidadania, participar de seu tratamento e escolher os profissionais para realizar seus cuidados (SALADA, 1996; BOEMER e SAMPAIO, 1997).

Entendo que o cuidado da enfermagem em aleitamento materno seja o próprio relacionamento interpessoal. Estudos como o de Souza (1993) e de Arantes (1991) evidenciaram, respectivamente, o anseio das mulheres gestantes por cuidados durante o processo de amamentação e a sensação de abandono das mulheres que vivenciaram o desmame precoce e não foram cuidadas.

A enfermagem é a profissão, cujo alicerce e essência de sua prática estão focados no cuidado humano, e o ser humano, por sua vez, necessita desde o nascimento de cuidados para garantir sua sobrevivência. O cuidado é definido como: “uma atitude em que seres humanos percebem e reconhecem o direito uns dos outros. Pessoas se relacionam de uma forma a promover o crescimento e o bem-estar dos outros”. (WALDOW, 1998, p. 43, 2004, p. 175).

Muitas são as teorias e os conceitos sobre o cuidado humano que se convergem ao apresentá-lo dentro do relacionamento interpessoal e pautado no respeito humano. É descrito por muitos autores como o próprio tratamento, porém só pode ser considerado terapêutico se bem direcionado e pautado na integralidade do ser humano e no respeito aos seus valores pessoais. De outra forma, como qualquer outra terapêutica, pode causar efeitos colaterais para o indivíduo (LEOPARDI, 1999; MALDONADO; CANELLA, 2003; MOURA, 2001; WALDOW, 1998).

A arte e a ciência de cuidar, tão difundida na enfermagem desde a formação profissional, são atitudes complexa; exigem, além de conhecimento teórico e científico, habilidade técnica. É preciso ter o ser humano como sujeito e não como objeto do cuidado. O grande desafio que difere o atendimento do cuidado está justamente em tratar o cliente como um ser singular e participante no processo do cuidado.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As discussões deste estudo acerca do processo de amamentação, versaram sobre a relação interpessoal entre a enfermeira e a mulher que escolhe desmamar precocemente, com os objetivos de identificar as estratégias de comunicação das enfermeiras, discutir a relação interpessoal no processo do cuidar e analisar o cuidado da enfermeira à mulher que escolhe desmamar precocemente sob a ótica da teoria de Peplau.

No início do desenvolvimento do estudo, questionava-me sobre como as enfermeiras se relacionavam com as mulheres que escolhiam desmamar precocemente e se essa escolha da mulher seria um dificultador para exercer o cuidado. No transcorrer do trabalho, a fundamentação teórica clarificou a análise do cuidado, possibilitando-me fazer algumas considerações.

O aleitamento é uma prática feminina determinada pela cultura. Atualmente, é muito valorizada socialmente pelos inquestionáveis benefícios trazidos pela amamentação. Os interesses das ciências sociais e da saúde se convergem aos interesses do estado, em prol do aleitamento materno, e, para tanto, políticas públicas são criadas e desenvolvidas para proteger, promover e apoiar a amamentação.

A adaptação à maternidade é um período no qual a mulher está vulnerável devido a transformações na rotina de vida e a visão de mundo. A amamentação está intrínseca à maternidade e a mulher precisa ser apoiada, com base em uma relação de cuidados, independente da escolha feita pela prática do aleitamento materno,

A enfermeira tem um importante papel de apoio à mulher, pois, além de ter um espaço historicamente construído na promoção do aleitamento materno, é a profissional mais qualificada para o cuidado humano. Verifiquei que na amamentação o cuidado de enfermeira é a construção e o desenvolvimento do relacionamento interpessoal com a mulher.

Por valorizarem a prática do aleitamento materno, percebi que as enfermeiras priorizam desenvolver a relação de cuidados com a mulher que aparenta a escolha pelo desmame precoce. Verifiquei que as enfermeiras desenvolveram, com notoriedade, estratégias para reconhecer sinais indicativos da escolha da mulher pelo desmame precoce por intermédio do saber construído em amamentação, da percepção e da sensibilidade na apropriação da comunicação não-verbal.

As enfermeiras conduzem com habilidade o relacionamento interpessoal com a mulher, aplicando técnicas, descritas no “Aconselhamento em Amamentação”, para favorecer a identificação e a aproximação. Percebi que ações das enfermeiras transcendem as diretrizes da proposta do aconselhamento, pois, além de utilizarem os recursos da linguagem para se aproximarem da mulher, utilizam os mesmos métodos para identificar, decodificar e analisar as mensagens emitidas pela mulher.

Verifiquei que as enfermeiras exploram a questão do desmame precoce baseada nas necessidades e dificuldades apresentadas pela mulher, com o objetivo de auxiliá-la a superar os obstáculos e adotar ou retomar a amamentação. Se, todavia, a mulher escolhe pelo desmame precoce, as enfermeiras agem de forma impositiva e apresentam dificuldades para progredir a relação de cuidados. A Teoria do Relacionamento Interpessoal de Peplau (1993) iluminou a análise e a compreensão de como o cuidado de enfermagem à mulher que escolhe desmamar precocemente precisa ser repensado e modificado. Para a teórica, os conflitos na relação interpessoal são originados por divergência de valores.

Observei três fatores determinantes para a o cuidado da enfermeira da à mulher que escolhe o desmame precoce: os significados do aleitamento materno para a enfermeira, os conflitos vivenciados pelas mulheres no aleitamento materno e os sentimentos da enfermeira em relação à escolha da mulher pelo desmame precoce.

O aleitamento materno significa para as enfermeiras uma prática essencial devido aos múltiplos benefícios trazidos pela amamentação, sob a ótica da criança e da mulher, além de considerarem uma prática natural e a associarem ao amor materno. As enfermeiras compreendem, entretanto, ser uma prática conflituosa para a mulher devido à multiplicidade de papéis sociais femininos e as influências externas. Emergem da enfermeira sentimentos como rejeição, pena, indignação, tristeza e fracasso frente à escolha da mulher pelo desmame precoce por mesurar sua ação profissional na efetivação da amamentação.

Os significados do aleitamento materno e os sentimentos da enfermeira diante da escolha de desmamar precocemente suplantam os conflitos que as mulheres têm na amamentação. Dessa forma, os valores da enfermeira se sobrepõem aos da mulher e dificultam a relação interpessoal.

Na institucionalização do cuidado, a prática foi destinada às mulheres para reprodução da figuras maternas, obedientes, religiosas e devotas. Esse valor

cultural influencia forte e tradicionalmente a profissão de enfermagem, composta em sua maioria por mulheres, cuja diretriz de suas ações é o cuidado (WALDOW, 1998; GOMES, 2000).

Salada (1996) evidenciou, que no cotidiano profissional, a enfermeira sedimenta sua prática baseada em um modelo patriarcal, determina o melhor para o cliente e o exclui do seu próprio cuidado. Essa tendência em subjugar o outro talvez se deva ao fato de a enfermeira reproduzir acriticamente o modelo originário do cuidado.

Autores como Maldondo e Canella (2003) e Salada (1996) ponderam que a relação cultural de onipotência e dominação do profissional pode estar implícita e ser observada na postura, ainda que velada, de superioridade e distanciamento, na verticalização da comunicação e das ações e na exclusão ou afastamento do cliente nas decisões do seu tratamento.

Esse exercício de poder, do cuidador para o ser cuidado, torna-se ainda mais evidente quando relacionado à mulher, que por séculos vem se submetendo ao controle e profissional em seu processo reprodutivo. Autores como Figueiredo *et al* (2004), Vieira (2002) e Nakano (2003) trazem a reflexão de que prestar assistência em uma proposta impositiva para apoderar e dominar o corpo e os sentimentos da mulher é considerado uma ação de violência e não uma atitude de cuidado.

As enfermeiras apresentam dificuldade de reconhecer ações impositivas e reproduzem nas relações profissionais, a opressão vivenciada que perpassou a história na tradição de domínio do homem e subordinação da mulher. Gomes (2000) avalia a desconstrução desses valores como condicionantes para a enfermagem galgar sua própria identidade, aliando competência e sensibilidade ao cuidado.

Percebo a aplicabilidade da Teoria de Peplau (1993) na amamentação como um instrumento de crescimento e desenvolvimento da enfermeira, à medida que, para percorrer as fases do relacionamento e transpor os conflitos, é necessário se despir de valores pessoais e de valores instituídos. Esse exercício possibilitará à enfermeira olhar a mulher sob uma ótica mais ampla do que o papel social de mãe e buscar alternativas para melhor cuidar de si e do outro.

O estudo ainda apontou a efetividade dos recursos da comunicação verbal e não-verbal para a construção do relacionamento interpessoal com a mulher que escolhe desmamar precocemente, as semelhanças entre a Teoria do Relacionamento Interpessoal de Peplau (1993) e as fases para o cuidar de Silva

(1999). Ambas se convergem ao levantar a necessidade de a enfermeira ouvir e perceber a mulher com sensibilidade para conhecer suas concepções, não sobrepor valores pessoais aos da mulher, ter um discurso coerente com as ações e oferecer um cuidado para atender às necessidades da mulher e não às suas próprias.

O aleitamento materno é um processo multifacetado que deve ser compreendido considerando a singularidade e subjetividade dos sujeitos. Observei que, em todas as falas, as enfermeiras se referem à mulher apenas como “mãe”, descaracterizando-a como protagonista. Considero importante a enfermeira ampliar seu olhar em relação à mulher, respeitar suas concepções e reconhecê-la como ser autônomo, capaz de escolher amamentar ou não praticar a amamentação.

Ao finalizar este trabalho, percebo que o aleitamento materno, embora seja uma temática muito explorada, ainda precisa resolver algumas lacunas e rever práticas. Entendo o cuidado como um poder transformador, e a enfermeira pode ser um agente de transformação quando respeita a decisão da mulher em desmamar precocemente e constrói uma relação de ajuda para identificar e superar as dificuldades desta, além de instrumentalizá-la para assumir suas escolhas de forma autônoma.

REFERÊNCIAS

ABRÃO, Ana Cristina F. Vilhena; GUTIÉRREZ, Maria Gaby R.; MARIN, Heimar de Fátima. Utilização do diagnóstico de enfermagem segundo a classificação da NANDA, para a sistematização da assistência em aleitamento materno. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.5, n.2, abr, 1997.

ALMEIDA, João Aprígio Guerra de. **Amamentação**: um híbrido natureza-cultura. 20. edição, Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

ALMEIDA, Vitória de Cássia Félix; LOPES, Marcos Venícios de Oliveira; DAMASCENO, Marta Maria Coelho. Teoria das relações interpessoais de Peplau: Análise fundamentada em Barnaum. **Rev. Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.39, n.2, p.202-10, 2005.

ALVES, Valdecyr Herdy. **O ato da amamentação**: um valor em questão ou uma questão de valor? 2003. 127p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

AMIGAS DO PEITO. Disponível em: <<http://www.amigasdopeito.com.br>>. Acesso em: 14 jun. 2006.

ARANTES, Cassia Irene Spinelli. **O Fenômeno da Amamentação**: uma proposta compreensiva. 1991. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto,- Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1991.

ARAÚJO, Maria de Fátima Moura de et al. Custo e economia da prática do recém nascidos para a família. **Rev Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n. 2, p. 135-41, 2004

ARAÚJO, Maria de Fátima Moura de et al. Incentivo ao aleitamento materno no Brasil: Evolução do carteiro amigo da amamentação de 1996 a 2002. **Rev Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.3, n.2, p.195-204, abr/Jun. 2003.

ARAÚJO, Maria de Fatima Moura de; OTTO, Ana Flavia Nascimento; SCHIMITZ, Bethsáida de Abreu Soares. Primeira avaliação do cumprimento dos “10 passos para o sucesso do aleitamento materno” nos hospitais amigos da criança do Brasil. **Rev. Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.3, n.4, out./dez. 2003.

BADINTER, Elisabeth. **Um amor conquistado**: O mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Ed. 70, 2004.

BOCCOLINI, Cristiano Siqueira. **Fatores que Interferem no Tempo entre o Nascimento e o Início da Amamentação em Hospitais do Município do Rio de Janeiro/RJ**. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo, Rio de Janeiro, 2007.

BOEMER, Magali Roseira; SAMPAIO, Mauren Alexandra. O exercício da enfermagem em sua dimensão bioética. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.5, n.2, 1997.

BRASIL. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984a.

_____. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984b.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988a.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 322/88. Normas para implantação e funcionamento de bancos de leite humano. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, 26 maio 1988b.

_____. **Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno**. Brasília: Ministério da Saúde, 1991.

_____. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. **Normas para pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

_____. **Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes**. Resolução 31/1992 do Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1993a.

_____. Ministério da Saúde Portaria N.º 1.016, de 26 de Agosto de 1993. Alojamento Conjunto. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 01 set. 1993b. n.167.

_____. **Manual de Aleitamento Materno**. Normas Técnicas. Coordenação Materno-Infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 2051/GM, de 08 de novembro de 2001. Novos Critérios da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 09 nov. 2001. Seção 1, n.215, p.44.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n. 221, de 05/10/2002. Regulamento Técnico Referente a Chupetas, Bicos, Mamadeiras e Protetores de Mamilos. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 06 ago 2002a. Seção 1, n. 150.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n. 222, de 05/10/2002. Regulamento Técnico referente à Promoção Comercial e Orientações de uso apropriado dos Alimentos para Lactentes e crianças de Primeira Infância. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 06 ago. 2002b. Seção 1, n. 150.

_____. **Guia alimentar para crianças menores de dois anos**. Brasília: Ministério da Saúde 2002c.

BRASIL. **Promoção Comercial dos Alimentos para Lactentes e Crianças de 1ª Infância**. Resolução 222 de 05 de agosto de 2002d. Disponível em: <<http://www.aleitamento.org.br/artigos>>. Acesso em: 19 set. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 698, de 09 de abril de 2002. Define as Normas de Atuação e Funcionamento dos Bancos de Leite Humano no Brasil. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 10 abr. 2002e.

_____. **Parto, Aborto e Puerpério: Assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. **Portaria GM 117**, de 07 de junho de 2004. Trata de incentivo financeiro para os Hospitais amigo da criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. **Portaria 756**, de 16 de dezembro de 2004. Trata dos tramites legais para o credenciamento de hospitais maternidades junto ao SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. **Projeto de Lei 281/2005**. Brasília: Senado Federal, 2007. Disponível em: <<http://www.agenciabrasil.gov.br>>. Acesso em: 18 nov. 2007.

COFEn. Lei 7498/86, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 26 jun. 1986.

DANIEL, Liliana Felcher. **Atitudes Interpessoais em Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1983.

FERNANDES, Armando. **Nutrição e Desenvolvimento**. Nutrição pediátrica: princípio básicos. Lisboa: ACSM, 2005.

FIGUEIREDO, Glória Lucia Alves; MELLO, Débora Falleiros. A prática da enfermagem na atenção à saúde da criança. **Rev. Latino-Americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11 n.4, jul./ago. 2003.

FIGUEIRÊDO, Nélia Maria Almeida de et al. Indicadores de cuidados para o corpo que pro-cria: Ações de enfermagem no pré-trans e pós parto – Uma contribuição para a prática de enfermagem obstétrica. **Rev. Latino-Americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v.2, N.6, nov./dez. 2004.

FIOCRUZ. **Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano**. Instituto Fernandes Figueira, 1998. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br>>. Acesso em: 20 nov. 2007.

GEORGE, Julia B. et al. Teorias de Enfermagem: os fundamentos para a prática profissional. 4.ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

GOLDEBERG, Paulette. **Repensando a desnutrição como questão social**. Campinas: UNICAMP, 1988.

GOMES, Lourdes Carvalho. **Tendo de vencer o próprio preconceito: a mulher enfermeira cuidando da mulher que provoca o aborto.** 2000. Dissertação (mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

GUIGLIANI, Elsa R. J.; LAMOUNIER, Joel A. Aleitamento materno: uma contribuição científica para prática do profissional de saúde. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, n. 80, 5 Supl., p.117-118. 2004.

HORIZONTE, Neuma Aguiar. **Tempo, espaço e gênero, percepção e vida prática no cotidiano da capital mineira.** Disponível em: <www.fazendogenero7.ufsc.br>. Acesso em: 22 set. 2007.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 1990.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 05 dez. 2005.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2000.** Disponível em <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 22 maio 2006.

ICHISATO, Sueli M. T; SHIMO, Antonieta K. K. Aleitamento materno e as crenças alimentares. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 9, p. 70-76, 2001.

_____. Revisitando o desmame precoce através de recortes da história. **Rev. Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n.4, p. 578-85, 2002.

LEITE, Adriana Moraes; SILVA, Isília Aparecida. Comunicação verbal: Uma contribuição para o aconselhamento em amamentação. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 8., 2002, Ribeirão Preto. **Anais...** Ribeirão Preto: SIBRACEN, 2002.

LEITE, Adriana Moraes; SILVA, Isília Aparecida; SCOCHI, Carmem Graceinda Silva. Comunicação não verbal: Uma contribuição para o aconselhamento em amamentação. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n.2, Mar./abr. 2004.

LEOPARDI, M. T. **Teorias em enfermagem: instrumentos para a prática.** Florianópolis: Papa-Livros, 1999.

MALDONADO, Maria Tereza; CANELLA, Paulo. **Recursos de relacionamento para profissionais de saúde.** Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2003.

MARTINS, José Filho. **Como e porque amamentar.** 2.ed. São Paulo: Sarvier, 1987.

MOURA, Maria Martha Duque. **São muitos os remédios para os males dessa vida: Análise de recursos terapêuticos a partir da Doença Crônica na Infância.** 2001. Tese (Doutorado em Medicina Social) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

NAKANO, Ana Márcia Spano. **O aleitamento materno no cotidiano feminino.** 1996. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1996.

NAKANO, Ana Márcia Spano. As vivências da amamentação para um grupo de mulheres: Nos limites de ser “O corpo para o filho” e de ser “O corpo para si”. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19 supl. 2, 2003.

NAKANO, Ana Márcia Spano; MOREIRA, Kátia Fernanda Alves. Aleitamento Materno: Instintivo? Natural? O paradigma biológico X os direitos reprodutivos em discussão. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, v.55 n.6, p. 685-690, nov./dez. 2002.

OLIVEIRA, Inês Couto de; CAMACHO, Luiz Antônio Bastos. Impacto das Unidades Básicas de Saúde na Duração do Aleitamento Materno Exclusivo. **Rev. Brasileira de Epidemiologia**, v. 05, n.01, 2002.

OLIVEIRA, Inês Couto de; CAMACHO, Luiz Antônio Bastos; SOUZA, Ivis Emília de Oliveira. Promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde no Estado do Rio de Janeiro: uma política de saúde pública baseada na evidência. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.06, nov./dez. 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAUDE. **Guia do treinador aconselhamento em amamentação**: um curso de treinamento. UNICEF/OMS, Genebra, 1997.

_____. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**. OMS/UNICEF, 1992 Disponível em: <<http://www.unicef.org.br>>. Acesso em: 11 set. 2006.

_____. **Resolução da 57ª Assembléia Mundial de Saúde**. Genebra, 17 – 22 de Maio de 2001. Disponível em: <[http:// www.ibfan.org](http://www.ibfan.org)>. Acesso em: 24 maio 2007.

_____. UNICEF. **Declaração de Innocenti. Florença**, 1990. Disponível em: <<http://www.aleitamento.org.br/arquivos>>. Acesso em: 18 jul. 2007.

OSÓRIO, Cácia Mônica. **Representações sociais acerca da amamentação para mulheres que interromperam precocemente o aleitamento materno exclusivo**: um estudo de enfermagem. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

PEPLAU, Hildegard E. **Relaciones interpersonales em enfermería**: Um marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas, 1993.

PEREIRA, Gilza Sandre. Amamentação e sexualidade. **Rev. Estudos Femininos**, Florianópolis, v.11, n.2, jul./dez. 2003.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano; HUNGLER, Bernadette P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**: Métodos, Avaliação, Utilização. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PRIMO, Cândida C.; CAETANO, Laíse C. A decisão de amamentar da nutriz: percepção de sua mãe. **Jornal de Pediatria**, v.75, n.6, p.449-455, 1999.

RAMOS, Carmem Viana; ALMEIDA, João Aprigio Guerra de. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, RS. Brasil, v. 79, n. 5, p. 385-390, 2003.

REÁ, Marina Ferreira. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.19, Supl.1, p. 37-45, 2003.

REA, Marina Ferreira; TOMA, Tereza Setsuko. Proteção do Leite Materno e Ética. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.34, n.4, 2000.

REZENDE, Magda Andrade et al. O processo de comunicação na promoção do Aleitamento Materno. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n.2, mar./abr. 2002.

RIBEIRO, Liliâne Brum. **Cirurgia plástica estética em corpos femininos: a medicalização da diferença**. 2003. Disponível em: <<http://www.antropologia.com.br>>. Acesso em: 04 out. 2006.

RIO DE JANEIRO. Prefeitura do Rio de Janeiro. **Lei 27763** de, 23 de Março de 2007. Portal do Servidor da Prefeitura do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br>>. Acesso em: 28 out. 2007

ROUQUAYROL, Zélia Maria; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Epidemiologia e saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2000.

SALADA, Maria Lúcia Araújo. Autonomia/Mutualidade na assistência de enfermagem. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.4, n.1, jan. 1996.

SÃO PAULO. Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo. **Aleitamento Materno**. Boletim do Instituto de saúde N.27, Ago. 2002.

SILLS, Grayce. Hildegard E. **Peplau académica, educadora y líder de la enfermería**. **Rev. Investigación y Educación en Enfermería**. Disponível em: <<http://tone.udea.edu.co/revista/html/>>. Acesso em: 26 nov. 2006.

SILVA, Antônio Augusto Moura da. **Amamentação: Fardo ou Desejo? Estudo histórico Social dos deveres e práticas sobre o aleitamento na Sociedade Brasileira**. 1990. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1990.

SILVA, Maria Graça. A consulta de enfermagem no contexto da comunicação interpessoal - A percepção do Cliente. **Rev. Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n.1, 1998.

SILVA, Maria Julia Paes da et al. Comunicação não verbal: Reflexões acerca da linguagem corporal. **Rev.Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.8, n.4, 2000.

SILVA, Maria Julia Paes da. Aspectos gerais da construção de um programa sobre comunicação não verbal para enfermeiros. **Rev.Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, 1996.

_____. Qual a mensagem que quero transmitir quando cuido? **RSBC**, ano 2, n.8, 1999.

SILVA, Maria Julia Paes da. **Comunicação tem remédio**. 4. ed. São Paulo: Loyola, 2002.

SOUZA, Ivis Emília de Oliveira. **O Desvelar do Ser Gestante Diante da Possibilidade de Amamentação**. 1993. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1993.

SOUZA, Luciana Maria Borges da Matta; ALMEIDA, João Aprígio Gerra de. **História da alimentação do lactente no Brasil: do leite fraco à biologia da excepcionalidade**. Rio de Janeiro: Revinter, 2005.

SPINDOLA, Thelma. Mulher, mãe e trabalhadora de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 34, n. 4, p.354-361, 2000.

_____. **Trabalho Feminino: muitos papéis uma só mulher! Ambivalências do cotidiano**. 2002. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

STEFANELLI, M.C. **Comunicação com o paciente. Teoria e ensino**. São Paulo: Robe, 1993.

SYDRONIO, Katia; SOUZA, Ivis Emília de Oliveira; ALMEIDA, João Aprígio Guerra de. Amamentação e Enfermagem: Análise descritiva e relevância da produção de pós-graduação. **Rev. Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.14, p. 107-112, 2006.

TYRREL, M. A. R. O reconhecimento do papel da enfermeira obstetra: a luz da nova regulamentação do Ministério da Saúde. **Rev. Esc. Enf. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.2, n.3, dez. 98.

UNICEF. **Placar dos Hospitais Amigos da Criança**. Disponível em: <<http://www.unicef.org/brazil/placar.htm>>. Acesso em: 03 nov. 2007.

VANNUCHI, Marli T. Oliveira et al. Iniciativa Hospital Amigo da Criança e aleitamento materno em unidade de neonatologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.38, n. 3, p. 422-8, 2004.

VENANCIO, Sonia I.; MONTEIRO, Carlos Augusto. A tendência da prática da amamentação no Brasil nas décadas de 70 e 80. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.1 p.40-9, 1998.

VENANCIO, Sonia Ioyama. Dificuldades para o estabelecimento da amamentação: O papel das práticas assistências das maternidades. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.79, 2003.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. **A medicaliação no corpo feminino**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidado Humano: O resgate necessário**. Porto Alegre: Sadra Luzzatto, 1998.

WALDOW, Vera Regina. **O cuidado na saúde:** as relações entre eu, o outro e o cosmos. Petrópolis: Vozes, 2004.

APÊNDICE A - Roteiro para direcionar a entrevista

Dados Pessoais:

Nome:

Endereço:

Local Trabalho:

Tempo de Formada:

Perguntas Para Conhecer as Concepções das Enfermeiras e Explorar a Temática

1. Fale-me um pouco de sua trajetória profissional
2. Há quanto tempo trabalha com aleitamento materno? Como é para você trabalhar nesta área?
3. Como você enxerga o processo do aleitamento materno?
4. Como você percebe o desejo de amamentar ou de não amamentar na mulher?
5. Quais os motivos na sua opinião que leva a mulher à não querer amamentar?
6. Quais os motivos na sua opinião que leva a mulher a querer amamentar?
7. Você promove o aleitamento materno? De que forma?

Perguntas Específicas para Atingir os Objetivos Propostos

8. Como você percebe que a mulher não quer amamentar ou não amamenta?
9. Como você se aproxima da mulher que não amamenta?
10. Como você se comunica com a mulher que não amamenta?
11. Como você a orienta se ela não amamenta mais?
12. Se a mulher opta por não amamentar, o que você faz?
13. Como você trabalha essas mulheres?
14. Como é para você trabalhar com essas mulheres?

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Conforme a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, solicito seu consentimento, através da assinatura deste Termo, para entrevistá-lo (a) bem como utilizar, dados obtidos do seu depoimento, em publicações e divulgações em eventos científicos nessa pesquisa, orientada pela Prof^a.Dr^a. Jane Márcia Progianti e que possui como título provisório: “Comunicação e Relação Interpessoal na Amamentação: Contradições no Cuidado da Enfermeira Frente à Mulher que Escolhe Desmamar Precocemente”. Este estudo tem como objetivos Identificar quais as estratégias utilizadas pelas enfermeiras para se comunicarem com as mulheres que escolhem desmamar precocemente; Discutir a relação interpessoal no processo do cuidar entre a enfermeira e a mulher que escolhe desmamar precocemente; Analisar o cuidado da enfermeira à mulher que escolhe desmamar precocemente sob a ótica da teoria de Peplau.

. A sua participação neste estudo é voluntária, e perguntas podem ser feitas em qualquer momento que você julgar necessário. Mesmo que você decida participar, você tem plena liberdade para sair do estudo a qualquer momento, sem que isso implique em qualquer tipo de prejuízo. Será realizada uma entrevista, gravada em fita magnética, posteriormente transcrita na íntegra, sem qualquer alteração do seu conteúdo. A sua identidade será mantida como informação confidencial.

Eu, _____, li e entendi todas as informações sobre este estudo e todas as minhas perguntas e/ou dúvidas foram respondidas a contento. Portanto consinto voluntariamente participar desta pesquisa.

Assinatura da Entrevistada

Paula A. M. de Bacco

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2007.

APÊNDICE C - Quadro 1 - Síntese das unidades de registro e temas na análise de conteúdo

CÓDIGO DAS U.R.	TEMAS/UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO	ENTREVISTAS										
		01	02	03	04	05	06	07	08	09	TOTAL ENTREV.	TOTAL UR
01	Significados – benefícios para a criança	02	05	01	05	03	03	02	02	02	09	25
02	Significados – benefícios para a mulher	04	03	01	01	-	01	04	02	01	08	17
03	Significados – determinação de classe	02	05	02	02	02	02	01	-	-	07	16
04	Significados – amor materno e instinto	01	03	02	05	11	01	01	02	01	09	27
05	Sentimentos - rejeição	-	-	01	01	05	-	01	-	-	04	08
06	Sentimentos – tristeza/fracasso	02	04	-	01	-	01	04	-	01	06	13
07	Sentimentos - raiva	-	-	-	-	01	-	-	-	-	01	01
08	Conflitos – influência da mídia	-	-	02	-	-	-	01	-	01	03	04
09	Conflitos – influência familiar	02	03	03	02	01	02	02	03	01	09	19
10	Conflitos – influência dos profissionais	03	02	02	01	02	01	-	02	01	08	14
11	Conflitos – cansaço /falta de tempo	02	02	09	01	01	02	01	03	02	09	23
12	Conflitos - trabalho	-	-	01	-	01	01	-	-	-	03	03
13	Conflitos – estética e sexualidade	05	02	01	-	-	03	01	01	-	06	13
14	Comunicação – dificuldade falar /culpa	02	01	04	04	02	12	01	04	02	09	32
15	Comunicação - toque	07	05	-	02	02	01	01	-	01	07	19
16	Comunicação - expressões	01	01	-	03	02	01	02	02	02	08	14
17	Comunicação - características. físicas	01	-	01	06	-	04	-	-	01	05	13
18	Comunicação – conhecer família	02	-	-	02	-	05	-	-	-	03	09
19	Comunicação – deixar a vontade	04	-	-	02	-	02	01	01	01	06	11
20	Comunicação - perguntas abertas	-	-	-	01	03	02	01	-	-	04	07
21	Comunicação - empatia	05	-	02	-	01	06	01	01	-	06	16
22	Comunicação - ambiente	01	-	-	01	02	-	01	-	-	04	05
23	Contradições – direito de escolha	09	02	01	07	01	04	02	02	03	09	31
24	Contradições - ameaça	09	02	-	01	02	01	02	-	-	06	17
25	Contradições – lição de moral	03	-	-	06	03	-	01	-	-	04	13
26	Contradições - ordens	01	01	01	-	02	-	-	-	-	04	05
27	Contradições – vínculo	06	03	-	06	-	04	01	-	02	07	22
28	Contradições - vulnerabilidade	-	-	-	01	03	-	-	-	-	02	04

Modelo elaborado por Dr^a. Denize Cristina de Oliveira. Faculdade de Enfermagem/UERJ.

APÊNDICE D - Quadro demonstrativo da construção de categorias - Análise de conteúdo

TEMAS	Nº U.R.	% U.R.	CATEGORIAS	Nº de U.R. Por Categoria	% de U.R. por Categoria
1- Significados do Aleitamento Materno para as Enfermeiras	1, 2, 3, 4	14,3%	1 - Os Determinantes do Relacionamento Interpessoal das Enfermeiras com a Mulher que Escolhe desmamar Precocemente	13	46,4%
2 – Conflitos da Mulher	8, 9, 10, 11, 12, 13	21,4%			
3 – Sentimentos da Enfermeira	5,6,7	10,7%			
4 - Comunicação Não Verbal	14, 15, 16, 17, 22	17, 9%	2 - Estratégias de Comunicação das Enfermeiras com a Mulher que Escolhe Desmamar Precocemente	09	32,2%
5 - Comunicação Verbal Associada a Comunicação Não Verbal	18, 19, 20, 21	14,3%			
6 - Contradições	23, 24, 25, 26, 27, 28	21,4%	3 - Contradições da Enfermeira no Processo de Cuidar da Mulher que Escolhe Desmamar Precocemente.	06	21,4%

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



Comitê de Ética em Pesquisa

Parecer nº 38A/2007

Rio de Janeiro, 09 de abril de 2007.


Sr(a) Pesquisador(a),

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde - CEP SMS-RJ -, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:

PROCOLO DE PESQUISA Nº 33/07**TÍTULO:** A enfermeira frente à mulher que escolhe não amamentar.**PESQUISADOR RESPONSÁVEL:** Paula Angélica Martinez de Bacco.**UNIDADE ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA:** Unidades de Saúde do Município do Rio de Janeiro.**DATA DA APRECIÇÃO:** 09/04/2007.**PARECER:** APROVADO

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII. 13.d., da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

Esclarecemos, ainda, com relação aos Protocolos, que o CEP/SMS deverá ser informado de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.


Salésia Felipe de Oliveira
Vice-Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa