



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Lívia Xavier de Meirelles

**Amamentação sob a ótica do desejo e das tecnologias não invasivas de
cuidado de enfermagem: narrativas de vida**

Rio de Janeiro

2014

Lívia Xavier de Meirelles

Amamentação sob a ótica do desejo e das tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem: narrativas de vida

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 Dra. Rosângela da Silva Santos

Rio de Janeiro

2014

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CB/B

M514	<p>Meirelles, Lívia Xavier. Amamentação sob a ótica do desejo e das tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem: narrativas de vida / Lívia Xavier Meirelles. - 2014. 82 f. Orientadora: Rosângela da Silva Santos. Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.</p> <p>1. Enfermagem obstétrica. 2. Amamentação. 3. Cuidados em enfermagem. I. Santos, Rosângela da Silva. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDU 614.253.5</p>
------	---

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

Assinatura

Data

Lívia Xavier de Meirelles

Amamentação sob a ótica do desejo e das tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem: narrativas de vida

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.

Aprovada em 11 de fevereiro de 2014.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Rosângela da Silva Santos (Orientadora)

Faculdade de Enfermagem - UERJ

Prof. Dr. Octavio Muniz da Costa Vargens

Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof.^a Dra. Inês Maria Meneses dos Santos

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2014

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por estar sempre presente na minha vida, por não me desamparar e por guiar os meus caminhos sempre para o bem. Dedico-o também ao meu filho Bernardo, que alegra todos os dias a minha vida, enchendo-me de orgulho e, sobretudo, por ser a inspiração para que eu continue a minha caminhada. E ao meu marido, Fernando, companheiro e meu porto seguro. Sem você, meu amor, eu não teria conseguido. Não tenho palavras para descrever o seu significado na minha vida. Agradeço a compreensão de vocês e me desculpo pelos momentos de ausência.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente a Deus, pela Sua presença na minha vida e na minha família, pelos milagres recebidos nos momentos em que mais precisei. Que seja feita a Sua vontade sempre.

Ao meu filho Bernardo, essa criança maravilhosa, amável, inspiradora e companheira que Deus colocou na minha vida.

Ao meu amor, Fernando, meu porto seguro. Obrigada por me ouvir, por cuidar de mim, por me admirar e acreditar em mim.

Aos meus pais, Marilda e Geraldo, por nunca terem me faltado amor, por me orgulhar pela vitória de vocês, por terem me ensinado o caminho da caridade, de fazer o bem para o outro.

Ao meu irmão Guilherme, meu filhinho do coração, por sempre poder contar com você, por ser meu amigo, meu orgulho.

À querida Valdéia, por me ouvir e me dar forças, mostrando o meu potencial de uma maneira humana e encantadora, e por viver comigo as minhas intimidades.

À minha Orientadora, Prof.^a Dr.^a. Rosângela da Silva Santos, pela oportunidade de conhecê-la, pelas horas a mim dedicadas, pelas demonstrações de competência, pelos ensinamentos transmitidos, por ser uma educadora, e também pela paciência e carinho comigo e com meu filho.

Ao Prof. Dr. Octavio Muniz da Costa Vargens, por ter acreditado em mim, pelas contribuições, pelo carinho e sabedoria. Sem você, teria sido mais difícil chegar até aqui.

À Prof.^a Dr.^a. Inês Maria Meneses dos Santos, pelas contribuições e dedicação.

Aos professores da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FENF/ UERJ), pelos ensinamentos e conhecimentos adquiridos ao longo do curso.

Às mulheres participantes deste estudo, por confiarem a mim suas narrativas de vida, e por serem elas mesmas uma lição de vida.

Aos funcionários da Associação de Proteção a Maternidade e à Infância de Resende (APMIR), em especial à amiga Andréa Millen Penedo, pela compreensão nos momentos de ausência, por acreditar em mim e pela disposição que sempre demonstrou no sentido de me ajudar.

Aos funcionários do Programa Estratégias Saúde da Família nos quais atuei, pelo carinho, atenção e receptividade.

Às amigas e companheiras Vivian Ávila e Daniele Aguiar, por permanecerem comigo nos momentos de sufoco, pela amizade, risos e força incondicional nesses anos de convivência.

A todos aqueles que “torceram” por mim, oferecendo-me palavras de apoio e incentivo.

Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina.

Cora Carolina

RESUMO

MEIRELLES, Livia Xavier. *Amamentação sob a ótica do desejo e das tecnologias não invasivas de cuidado de Enfermagem: narrativas de vida*. 2014. 82f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa exploratória que teve como objeto de estudo o desejo de amamentar na perspectiva das tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem. Objetivou: Descrever a vivência da mulher em relação à amamentação quanto ao seu desejo de amamentar. Identificar se o desejo da mulher de amamentar foi respeitado. Discutir os cuidados de enfermagem recebidos pela mulher durante o período de amamentação na perspectiva das tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem. Utilizou a Narrativa de Vida como método, adotou o referencial metodológico de Daniel Bertaux e realizou entrevista aberta com dezesseis mulheres em processo de amamentação, a partir do pós-parto imediato até os 06 meses de vida do bebê em atendimento no alojamento conjunto, no alojamento de mães que possuem seus bebês internados na UTI neonatal e as Estratégias de Saúde da Família com a seguinte pergunta norteadora: Fale a respeito de sua vida que tenha relação com a amamentação. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Prefeitura Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a julho de 2013, até atingir o ponto de saturação. Emergiram a partir de suas narrativas duas unidades de significação: “Vivência da mulher em relação à sua amamentação” e “Cuidados de enfermagem na perspectiva da tecnologia não invasiva de cuidado de enfermagem”. O referencial teórico adotado foi Donald Woods Winnicott. As narrativas de vida das mulheres entrevistadas evidenciaram que entre dezesseis mulheres, onze queriam amamentar e cinco relataram que não queriam amamentar. Das mulheres que queriam, observa-se que algumas já possuíam o desejo, por decisão própria. Vivenciar ou ter vivenciado a amamentação; influência familiar e relação mãe-filho são fatores que levam uma mulher a decidir ou não amamentar. O estudo evidenciou que a mulher se sente completamente responsável pelo filho, julga as que não amamentam e amamenta mesmo com dificuldades. As que inicialmente, relataram o desejo de não amamentar na gravidez, no puerpério decidiram amamentar e algumas dessas, justificaram a mudança em função da pressão profissional. A Enfermagem não utiliza dos preceitos das Tecnologias Não Invasivas de Cuidado de Enfermagem para cuidar da mãe e seu filho com relação ao desejo de amamentar. O relacionamento mãe-filho é um fator que nos leva a uma reflexão considerada como uma das mais importantes quando se fala de amamentação na concepção de Donald Winnicott. A enfermagem deve incorporar possibilidades e concepções das tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem em sua prática nas diversas áreas de atuação. Na amamentação, as Tecnologias Não Invasivas de Cuidado de Enfermagem são excelentes ferramentas para a enfermagem praticar no seu cotidiano assistencial com mulheres que estão amamentando. Uma vez que priorizam a não invasão, o respeito ao desejo, o empoderamento, a autonomia e a autoconfiança.

Palavras-chave: Amamentação. Cuidado. Enfermagem obstétrica.

ABSTRACT

MEIRELLES, Livia Xavier. *Breastfeeding from the view of desire end of non invasive technologies for nursing care: life narratives*. 2014. 82f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

It is an exploratory qualitative research that had as study object the desire to breastfeed woman from the perspective of the non invasive technologies for nursing care. It aimed: Describe the experience of women in relation to breastfeeding as your desire to breastfeed. Identify whether the woman's desire to breastfeed was respected. Discuss the nursing care received by women during the period of breastfeeding from the perspective of non-invasive technologies for nursing care. It was used the Life Narrative method, adopted Daniel Bertaux methodological reference and conducted open interviews with sixteen women in the breastfeeding process, from the immediate postpartum period until 06 months of baby's life in attendance in rooming-in facility, in the accommodation of mothers who have their babies hospitalized in a neonatal ICU and Basic Health Units with the following guiding question: Talk about your life that is related to breastfeeding. The study was approved by the Ethics and Research of the Rio de Janeiro Municipal Government of Health. Data collection was conducted in the period of February to July 2013, up to the saturation point. Emerged from their narratives two units of meaning: "Experience of women in relation to their breastfeeding" and "Nursing Care from the perspective of non-invasive technology for nursing care." The theoretical approach adopted was Donald Woods Winnicott. The life narratives of women interviewed showed that women between sixteen, eleven wanted to breastfeed and five reported that they did not want to breastfeed. Women who wanted, it is observed that some already had the desire, by her own decision. Experiencing or have experienced breastfeeding; family influence, and mother-child relationship are factors that lead a woman to decide whether or not to breastfeed. The study showed that the woman feels completely responsible for the child, judges those who do not breastfeed and breastfeeds even with difficulties. Those who initially reported the desire not to breastfeed during pregnancy, in the postpartum decided to breastfeed and some of these justified the change due to professional pressure. Nursing does not use precepts of Noninvasive Technologies for Nursing Care to care for the mother and her child in relation to the desire to breastfeed. The mother-child relationship is a factor that leads to a reflection regarded as one of the most important when it comes to breastfeeding in the conception of Donald Winnicott. Nursing must incorporate concepts and possibilities of non-invasive technologies for nursing care in his practice in several areas. In the breastfeeding, Non-invasive Technologies of Nursing Care are excellent tools for nursing to practice in their daily care to women who are breastfeeding. Since they do not prioritize invasion, respect the desire, empowerment, autonomy and self-confidence.

Keywords: Breastfeeding. Care. Obstetrical nursing.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Levantamento do Estado da Arte	18
Quadro 2 – Dados pessoais e obstétricos das participantes do estudo	48
Quadro 3 – Historiograma das Participantes do Estudo	49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AME	Aleitamento Materno Exclusivo
APMIR	Associação de Proteção à Maternidade e à Infância
ATSCAM	Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno
CNS	Conselho Nacional de Saúde
ENPACS	Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável
ESF	Estratégia Saúde da Família
FEBRASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
FENF	Faculdade de Enfermagem
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
INAN	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
IUBAAM	Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação
MP4	Musical Player 4
NAC	Norma para Comercialização de Alimentos
NBCAL	Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAISMCA	Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher, Criança e Adolescente
PNIAM	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SES/RJ	Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SMSDC/RJ	Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	12
1	REFERÊNCIAS CONCEITUAIS	21
1.1	A mulher e as questões de gênero	21
1.2	Políticas Públicas e aleitamento materno	28
1.3	Maternagem	33
1.4	Tecnologias e Tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem	37
2	ABORDAGEM METODOLÓGICA	42
2.1	Aspectos éticos	43
2.2	Cenários e participantes da pesquisa	44
2.3	Caracterização das participantes	47
2.4	Historiograma	49
3	ANÁLISE DAS NARRATIVAS	51
3.1	Primeira Categoria: Vivência da mulher em relação à sua amamentação..	51
3.2	Segunda Categoria: Cuidados de enfermagem na perspectiva das tecnologias não invasivas de cuidado	61
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
	REFERÊNCIAS	73
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	78
	APÊNDICE B – Autorização das participantes do estudo para gravação da entrevista	79
	ANEXO A – Dez passos para o sucesso do aleitamento materno (IHAC – Iniciativa Hospital Amigo da Criança)	80
	ANEXO B – Dez passos para o sucesso do aleitamento materno (IUBAAM – Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação)	81
	ANEXO C – Aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro	82

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A presente investigação teve como objeto de estudo **o desejo de amamentar, na perspectiva das tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem**. Corresponde à inquietação, como aluna do Curso de Graduação em Enfermagem, quando surgiu o interesse em estudar a falta de desejo da mulher em amamentar e suas repercussões na Enfermagem.

Naquela época, tinha comigo o pensamento de não amamentar quando vivenciasse a gestação e o parir. Inicialmente, fui criticada pelos colegas de turma, e em alguns momentos, pela minha família. Quando me tornei mãe, não me senti pressionada a fazê-lo, e logo no início tive o desejo de amamentar pela primeira vez. Foi, então, um despertar emocionante que me levou ao ato de amamentar por prazer. Ao terminar a Graduação em Enfermagem, iniciei o curso de pós-graduação em Enfermagem Obstétrica e, em seguida, obtive o meu primeiro emprego na área em que havia me especializado, especificamente atuando na coordenação do serviço de aleitamento materno.

A partir da experiência com mulheres que amamentaram, e tendo vivenciado a ausência de desejo de amamentar, inquieta-me observar em meu cotidiano profissional as mulheres que querem amamentar, mas não podem por algum motivo, bem como as que não querem mas são pressionadas a fazê-lo.

A amamentação é muito importante para a mãe e para o bebê, mas não é a única forma da mãe oferecer amor ao filho. Aleitar é diferente de amamentar. Aleitar é simplesmente oferecer o leite materno ao bebê; já para amamentar, é preciso haver todo um envolvimento emocional, um vínculo afetivo. Sabendo que o sentimento materno é humano, mas imperfeito, ele pode não estar presente em todas as mulheres e, assim, precisará ser conquistado. Algumas mulheres podem ter preferências por seus filhos e outras, apresentar um amor extremado (BADINTER, 1985).

A nossa sociedade não admite a possibilidade de que a mãe não ame o seu filho. Considera-se “escândalo e aberração”. “No fundo de nós mesmos, repugna-nos pensar que o amor materno não é indefectível. Talvez porque nos recusemos a questionar o amor absoluto de nossa própria mãe [...]” (BADINTER, 1985, p. 22).

Aceitando-se a ideia de a mulher amar e não amamentar seu filho respeitando-se o direito dela desejar ou não amamentá-lo, buscou-se na concepção da Sociologia, a definição da palavra *desejo*, que significa aquilo que se deseja, ou seja, o objeto do desejo, que por ser histórico e culturalmente construído, depende de todo um processo de interação com o outro.

“Então, é definido como: expressão de impulsos inatos insatisfeitos, na busca de satisfação, o desejo seria a força motivadora, a base de todas as ações” (DESEJO, 2001a).

E na concepção da Psicologia, observa-se que compreende duas partes distintas:

[...] O estado psicológico do indivíduo, ou seja, o sentimento e a emoção que o indivíduo está tendo, e a ação ou atividade que o indivíduo se prepara para realizar, isto é, o motivo que o leva a agir (DESEJO, 2012b).

Em suma, para a Psicologia, de acordo com o grau de motivação, o indivíduo estará desenvolvendo determinada expectativa para o que deseja realizar, passando então para um estado emotivo que o levará a agir.

Dentre as situações observadas nos casos de mulheres que desejam amamentar e são impedidas por algum motivo, destaca-se a da mulher drogadicta com padrão de lucidez alterado, que chega transtornada na maternidade ou nas instituições de saúde apresentando risco obstétrico e fetal por estar em franco trabalho de parto, precisando de atendimento imediato. Porém, no dia seguinte, ou mesmo horas depois, ao passar o efeito da droga, estando lúcida, questiona porque não está amamentando o seu filho, fica aborrecida, às vezes nervosa e agressiva por querer amamentar e ser impedida de fazê-lo pelos profissionais de saúde. O impedimento resulta do fato de que o Ministério da Saúde preconiza que se a mulher utilizou a droga nas 48 horas que antecedem seu período expulsivo de trabalho de parto, o aleitamento materno deve ser inibido (BRASIL, 2010a). Trata-se de situação angustiante para a equipe de saúde porque envolve uma mulher incapaz de decidir pela saúde do filho, por ser dependente química e não conseguir abster-se dela.

Ao nos depararmos com as gestantes que acompanhamos no pré-natal, sabemos do seu envolvimento com drogas lícitas e/ou ilícitas; mas, reconhecendo um laço de cumplicidade e acreditando que todo cidadão tem o direito de livrar-se da dependência, o desejo de amamentar é respeitado. Com isso, forma-se um elo de confiança e apoio perante essa mulher e sua família. Tem-se experiências de acompanhamento de algumas mulheres que, em busca do sonho de ser mãe e do desejo de amamentar, lutam e se sentem fortalecidas e empoderadas. Algumas são capazes até de deixar o uso das drogas.

Muito me inquieta também a situação da mãe soropositiva, que deseja amamentar mas está impedida pelo risco potencial de contaminação vertical pelo HIV, o que faz com que se sinta fragilizada e impotente. Lidar com ela exige muita precaução, sobretudo no sentido de preservar sua identidade. Para tanto, busca-se manter ao máximo a maioria dos cuidados desenvolvidos no âmbito de uma enfermagem de alojamento conjunto. Assim, ela não

amamenta, mas pode ficar junto do seu bebê na mesma enfermaria com as demais mulheres que amamentam. Também é orientada no sentido de que sua situação clínica será mantida sob sigilo absoluto; suas mamas são enfaixadas; recebe medicação inibidora da lactação; e seu bebê passa a ser alimentado com leite artificial.

É possível observar que mesmo com a equipe de Enfermagem procurando manter todos os cuidados para proporcionar o bem estar emocional dessa mulher, ela se sente diferente das outras, preocupada com o sigilo, pois, tal como faz a maioria na mesma situação, não revela para a família a sua condição de HIV positiva.

Também existe a situação da mãe adotiva, que tanto sonha em ser mãe, mas não consegue vivenciar o fenômeno da amamentação. Sabe-se que a ocitocina natural está presente nas diversas situações que proporcionam prazer na vida de uma mulher, sobretudo quando ela não pode ter filhos e consegue adotar.

Minha experiência com a amamentação me permite afirmar que é possível produzir leite diante da estimulação hormonal em virtude de muita alegria e sucesso, fazendo com que a produção aconteça, mas não em quantidade satisfatória para ser exclusiva. Nesses casos, a maioria dos bebês necessita receber alimento complementar, como o leite artificial.

Existe também a mãe trabalhadora e/ou a estudante, que querem continuar amamentando, mas precisam retornar às suas atividades. Nessas situações, muitas precisam complementar a alimentação com leite artificial ou até mesmo interromper a amamentação, por não terem condições de continuar a oferecer exclusivamente seus seios. Cabe lembrar que é um direito da mulher trabalhadora ter quatro meses de licença maternidade e, ao mesmo tempo, o Ministério da Saúde preconiza seis meses de aleitamento materno exclusivo de acordo com Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001), o que nem sempre é possível cumprir.

Em minha prática assistencial também observo a mulher que não quer amamentar, seja por decisão própria, pela sexualidade, por estética, por precisar retornar logo ao trabalho, por ser autônoma e não dispor de licença maternidade, dentre outros motivos. Há casos de mães que foram submetidas a cirurgias plásticas e já chegam à maternidade com a decisão de não amamentar. Em contrapartida, outras mulheres querem amamentar, mas por terem também realizado uma cirurgia plástica, não conseguem produzir leite suficiente para alimentar o filho.

Na qualidade de coordenadora do Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno, sinto-me impotente em algumas situações, pois necessito cumprir o protocolo ministerial, zelar pelo Título de Hospital Amigo da Criança, lutar para que os Dez Passos para o Sucesso

do Aleitamento Materno sejam cumpridos, considerando que são práticas e orientações que favorecem a amamentação.

No cotidiano assistencial, observo que a equipe de enfermagem simplesmente cumpre o protocolo, ou seja, perde-se o fator relacional que é tão importante para empoderar essa mulher; sequer lhe damos chance de expor seus anseios, seus desejos. Diante de muitos afazeres, todas são tratadas mecanicamente num mesmo alojamento conjunto, como se fossem iguais. Não sabemos lidar com a diversidade, e menos ainda com a adversidade. Temos uma “receita” a seguir, e quando alguém se manifesta a respeito de algo ou reporta alguma situação inesperada, não sabemos como lidar com o problema, e o que nos resta é criticar, e achar que somos “donas da verdade”, e até mesmo pela falta de conhecimento, às vezes tomamos atitudes tecnocratas e agressivas desnecessariamente.

Ao assistir mulheres que possuem alguma dificuldade com a amamentação, observa-se que algumas demonstram desinteresse em amamentar e são impedidas de ter alta por não estarem amamentando; com isso, sofrem muito. A maioria possui outros filhos e se preocupa em saber como estão em casa; sentem-se ameaçadas com relação à amamentação, fator que interfere na produção de colostro, uma vez que aumenta a adrenalina, inibindo a ação da ocitocina e da prolactina (ODENT, 2000). E com isso, o problema aumenta, pois outras dificuldades se apresentam.

Está claro que todos os diferentes hormônios liberados pela mãe e pelo bebê durante o trabalho de parto e nascimento não são eliminados imediatamente. Também está claro que todos têm um papel específico nas futuras interações entre a mãe e o bebê (ODENT, 2000, p. 13).

Também é causa de inquietação ver mães que estão amamentando simplesmente por não terem outra fonte de alimento para oferecer a seu filho, e verbalizarem que não gostam de amamentar. Na verdade, é a minoria, mas não se pode pensar que tal fato inexistia. Em meu cotidiano profissional, percebo que há um problema ao observar nas feições, no simples fato da mulher não dar um nome ao seu bebê, de não olhar para ele ou acariciá-lo, é nesse momento que a equipe precisa estar preparada para auxiliar essa mulher no que ela precisar.

É muito difícil saber realmente quantas mulheres amamentam “espontaneamente e por prazer”; quantas seguem o modismo e repetem um ato mecânico, quantas não querem ser julgadas pela sociedade como “más mães”, nem querem se sentir culpadas (BADINTER, 1985, p. 342).

Em seu livro “O Mito do Amor Materno”, Badinter (1985) relata que este amor é conquistado, cheio de imperfeições e não é igual para todas as mulheres. Ainda hoje, diante de tantas atribuições que a mulher exerce, sendo mãe, trabalhadora e esposa, acaba desenvolvendo problemas físicos e emocionais que não aconteciam no passado. Com isso, o estresse surge como um grande vilão na vida dessas mulheres.

Espera-se dos profissionais de enfermagem que estão mais próximos dessas mulheres, que sejam capazes de seguir o paradigma da humanização da assistência, atuando em toda dimensão da integralidade da assistência e com uma visão holística, isto é, vendo a mulher como um todo, como um ser que possui vontades, desejos e dúvidas. Isto é relevante porque muitas vezes são esses mesmos profissionais que atuam de forma tecnocrata ao prestarem seus cuidados, entendendo a mulher como um ser coadjuvante da situação. E como se fossem detentores dos saberes. Tudo isso, gera graves consequências pelo mau exemplo que os enfermeiros dão ao grupo de auxiliares e técnicos de enfermagem que neles deveriam se espelhar.

Estes, uma vez que são preparados para realizar o trabalho técnico, são cobrados no cotidiano assistencial diante das várias tarefas a cumprir, que não se resumem à amamentação, e nessa rotina adversa estão sujeitos a cometer os mesmos erros e talvez outros, até piores. É importante lembrar que esse grupo é o que está atuando nos alojamentos conjuntos, assistindo de forma direta ao binômio mãe-bebê. Como consequência para as mulheres, muitas vezes a assistência é prestada de forma inadequada e autoritária. As que não manifestam o desejo de amamentar são vistas como pessoas más e julgadas por esses profissionais, que as responsabilizam pela saúde de seu filho e até mesmo pela alta hospitalar, que se torna responsabilidade exclusivamente dela, como mencionado anteriormente.

Como coordenadora do Programa de Incentivo e Apoio ao Aleitamento Materno de uma maternidade que possui o título de Hospital Amigo da Criança, é necessário cumprir a meta de que todas as mães estejam amamentando quando recebem a alta hospitalar. E de fato, isto ocorre com 98% delas, considerando as raríssimas exceções em que se incluem as mães soropositivas e as usuárias de *crack*.

Sendo assim, coordenar uma equipe torna-se um desafio, pois tenho a certeza de que a essência de cada mulher é única, e de que precisamos proporcionar-lhes uma fase de muito prazer, independente da escolha de estar junto dela. Todavia, a equipe de Enfermagem manifesta uma dificuldade muito grande para entender isso, visto que seus integrantes acham que pelo fato dela sair da maternidade sendo capaz de amamentar, um bom trabalho assistencial foi realizado, o que não é verdade, tanto assim que basta acompanhá-la nos

ambulatórios de puericultura para constatar que muitas não amamentam ou deixam de amamentar tão logo retornam às suas casas.

O cuidado da enfermagem obstétrica é algo insubstituível. É preciso ter muita ética, empatia e uma relação de afeto com a mulher. Sua intimidade deve estar sempre preservada e deve-se ter consciência de que ela é a protagonista de sua história, cabendo-nos tão somente compartilhar com ela suas vontades e anseios.

As tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem possuem uma concepção ecológica de cuidado que inclui a não invasão da natureza (PROGIANTI; VARGENS, 2004). Essa maneira de pensar é totalmente contrária ao modelo tecnocrático de assistência, cujo indivíduo não tem direito de escolha, sendo visto como máquina, como coadjuvante, Tudo isso fazendo parte do pensamento clínico-biomédico vigente como alternativa para atender e interpretar a saúde e o cuidado. Trata-se de uma atitude, de transformar um mero procedimento em cuidado adequado.

A expressão Tecnologias não Invasivas de Cuidado de Enfermagem diz respeito aos “procedimentos de cuidado desenvolvidos e utilizados prioritariamente pela enfermeira obstétrica no atendimento ao parto”, segundo Progianti e Vargens (2004, p. 196), autores que afirmam ser esse um conceito que ultrapassa os procedimentos inerentes à enfermagem obstétrica e, portanto, capaz de se tornar um caminho para a desmedicalização do parto e de outras situações naturais da vida, como menstruar, amamentar e envelhecer, dentre outras, que estão perdendo o seu valor intrínseco.

O cuidar é função precípua da enfermagem, então, seus profissionais devem incorporar as possibilidades e concepções das tecnologias não invasivas de cuidado em sua prática diária, nas diversas áreas de atuação.

No que tange à amamentação, essas tecnologias são excelentes ferramentas para a prática assistencial cotidiana junto às mulheres que estão amamentando, uma vez que priorizam a não invasão à sua privacidade, o respeito aos seus desejos, o seu empoderamento, a sua autonomia e autoconfiança, estaremos favorecendo um cuidado mais humano e voltado para os valores ‘do coração’. Daí o meu questionamento: será que a Enfermagem utiliza esses preceitos para cuidar da mulher com relação ao desejo de amamentar?

A partir dessas inquietações, foram definidas como **questões norteadoras**:

- a) Qual a vivência da mulher em relação ao desejo de amamentar?
- b) Seu desejo em relação à amamentação foi respeitado?

- c) Que cuidados de Enfermagem ela recebeu durante o processo de amamentação?
- d) Os cuidados de Enfermagem recebidos por ela durante o período de amamentação estimularam a sua autonomia e autoconfiança?

Para responder às questões acima, foram estabelecidos os seguintes **objetivos**:

- a) Descrever a vivência da mulher em relação à amamentação quanto ao seu desejo de amamentar;
- b) Identificar se o desejo da mulher de amamentar foi respeitado;
- c) Discutir os cuidados de enfermagem recebidos pela mulher durante o processo de amamentação na perspectiva das tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem.

O levantamento do Estado da Arte foi realizado nas bases de dados Lilacs, Bedenf e Scielo, utilizando-se os descritores: amamentação; amamentação e desejo; amamentação, desejo e enfermagem; amamentação e enfermagem; amamentação e tecnologia. A Medline foi excluída da busca, por terem sido selecionados somente os estudos veiculados em Português. O levantamento evidenciou os seguintes resultados apresentados no Quadro 1.

Quadro 1 – Levantamento do Estado da Arte

Descritores	Lilacs /Art Tese	Bedenf / Art Tese	Scielo / Art Tese
Amamentação	1.280 / 237	241 / 68	374 / __
Amamentação e desejo	10 / 06	__ / __	04 / __
Amamentação, desejo e enfermagem desejo	__ / 02	__ / 01	__ / __
Amamentação e enfermagem	110 / 37	91 / 30	81 / __
Amamentação e tecnologia	06 / __	04 / __	__ / __

Percebe-se que com o descritor *amamentação*, foi possível verificar que existe uma grande produção de artigos e teses em todas as bases de dados. Ao acrescentar outros descritores para *amamentação*, como *desejo*, por exemplo, observa-se que o número de publicações inicialmente encontrado, cai bastante. Isso leva a pensar que os profissionais de

saúde ainda atuam e produzem com base no modelo cartesiano, funcionalista, não priorizando a mulher, e sim a sua patologia. Tanto é verdade que nos artigos encontrados com o descritor, *amamentação*, a maioria vinculava-se aos estudos relacionados às mães soropositivas.

Com os descritores *enfermagem*, juntamente com *desejo* e *amamentação*, só foram encontrados dois trabalhos na Lilacs e um na Bedenf.

Ao pesquisar com os descritores *amamentação* e *enfermagem*, notou-se um aumento importante nos estudos, porém, voltados para a fisiopatologia da lactação.

Cabe ressaltar que somente o termo *tecnologia* é considerado um descritor, razão pela qual ao utilizar os termos *tecnologia do cuidado* e *tecnologia não invasiva de cuidado*, não obtivemos resultados.

O Estado da Arte mostrou ineditismo no que se refere à amamentação sob a ótica do desejo e na perspectiva das tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem. Embora existam estudos sobre amamentação e desejo, consideramos que sejam insuficientes para proporcionar uma reflexão crítica e humanística com relação às mulheres que já amamentaram e/ou estão amamentando.

O enfoque da tecnologia não invasiva de cuidado de enfermagem voltado para a amamentação proporcionará possibilidades para uma assistência humanizada, tornando-se, portanto um novo modelo de cuidar em amamentação, assim justificando o estudo. Possibilitará, ainda, uma assistência baseada na não invasão e no resgate da autonomia e da autoconfiança da mulher que está amamentando ou vivenciando algum fator limitante para amamentar, auxiliando até mesmo as que manifestam o desejo de não amamentar, no sentido de serem acolhidas e compreendidas como protagonistas, donas de seus corpos e capazes de decidir e manifestar suas ansiedades e desejos sem serem julgadas por suas atitudes.

A relevância do tema para o ensino de graduação, de pós-graduação e pesquisa, prende-se ao fato de poder contribuir com novos saberes, fundamentando cientificamente o fenômeno da amamentação em diferentes aspectos, sobretudo do ponto de vista das tecnologias não invasivas de cuidado, assim demonstrando a importância de ‘enxergar’ a amamentação de acordo com a ótica da mulher, um ser que possui direitos sobre o seu corpo, seus desejos e anseios.

Pretende-se, ainda, que os resultados do estudo possam fomentar a participação dos profissionais de Enfermagem em grupos de estudos e pesquisas, visando o aprofundamento teórico e científico da temática abordada, e por via de consequência, o aprimoramento profissional daqueles que atuam junto a essa clientela específica.

Finalmente, espera-se que o estudo possa contribuir para uma assistência humanizada, visto que a amamentação favorece o primeiro contato mãe-filho, e que a relação afetiva estabelecida certamente contribuirá para que, no futuro, os jovens sejam mais tranquilos e seguros, possibilitando um convívio social mais receptivo e humano.

1 REFERÊNCIAS CONCEITUAIS

1.1 A mulher e as questões de gênero

A autoridade do homem sobre a mulher vem de tempos remotos, e por mais que retrocedamos na história das sociedades ocidentais, sempre nos depararemos com o paternalismo acompanhado da autoridade marital (BADINTER, 1985).

Tanto Roma quanto a Grécia antiga eram sociedades patriarcais. Em determinados momentos na Grécia, essa autoridade masculina era mais atenuada do que em Roma. A mulher romana ou ateniense geralmente tinha uma condição jurídica inferior, assim como seus filhos. O homem era o chefe e o magistrado da família, tendo o poder de julgar e punir esposa e filhos (BADINTER, 1985).

Com o surgimento do Cristianismo, pelo menos teoricamente a situação das mulheres deveria melhorar, já que Cristo pregava a igualdade entre homens e mulheres, e que ambos tinham os mesmos direitos e deveres em relação aos filhos. Porém, na prática, essa melhoria não aconteceu, já que a maioria dos líderes do Cristianismo que se iniciava vinha da cultura judaica, reconhecidamente patriarcal, em que a mulher tinha poucos direitos e era altamente submissa (BADINTER, 1985).

Na Idade Média, as ideias e conceitos eram elaborados pelos Eclesiásticos, que associavam a figura feminina à culpa, em função do “pecado original”, e à sublimação, em função do perfil da Virgem Maria (CARVALHO; SILVA, 2012). Então, segundo a mesma autora, “as mulheres continuaram a ser consideradas pelo Clero como criaturas débeis e suscetíveis às tentações do diabo, logo, deveriam estar sempre sob a tutela masculina” (CARVALHO, 2012). “Esses homens possuíam acerca da mulher uma visão dicotômica, ou seja, ao mesmo tempo em que ela era tida como a culpada pelo Pecado Original, a Virgem Maria foi a mulher que deu ao mundo o salvador e redentor dos pecados” (CARVALHO; SILVA, 2012). Com isso, perpetuou-se o papel submisso e passivo da mulher na sociedade. Ela não tinha direito à educação, ao trabalho, nem poder de decisão. Deveria cuidar apenas do lar e da família, servindo ao homem.

Apenas em meados do século XX, principalmente através do movimento feminista, as mulheres começaram a conseguir alguns direitos como, por exemplo, o direito ao voto

(PINTO, 2003). Essas diferenças sociais aparecem desde os tempos mais antigos, e ainda hoje muitos destes fatores continuam em vigor.

Embora existam muitos estudos que buscam compreender o ser masculino e o ser feminino, as relações de gênero ainda trazem um cenário masculino como líder e detentor do poder feminino (PROGIANTI; LOPES; GOMES, 2003), assim afetando ainda mais as relações sociais até hoje.

Nos tempos antigos, a mulher não podia sair de casa sem a permissão de um ser masculino; não tinha vontade própria e era destinada a executar as tarefas do lar e criar seus filhos. Não trabalhava fora de casa, e para consumir algo tinha que obter autorização porque o dinheiro da família era administrado pelo homem. Desde tempos remotos, a mulher tinha função primordial para a sobrevivência da espécie, mas só recentemente a maternidade e a responsabilidade da mãe pelo conceito passaram a ser valorizadas pela sociedade (SPINDOLA; SANTOS, 2004).

A maternidade é um evento considerado importante na vida da mulher, sobretudo se for desejada. Porém, nem mesmo neste aspecto ela pode decidir livremente, haja vista que sofre pressões sociais e religiosas na decisão de ter ou não filhos e quantos ter. Por um lado, é a mesma sociedade que a critica por ter muitos filhos sem condições financeiras para criá-los; por outro lado, é a Igreja Católica que se manifesta contrária aos métodos anticoncepcionais que não sejam aqueles considerados naturais.

Em relação à assistência à mulher, é certo que houve uma evolução muito grande. Com a política de humanização do parto e nascimento, respeita-se mais as mulheres; estimula-se a decidirem sobre seu corpo, sua vontade e seus desejos. O antigo modelo tecnocrático de assistência, que persiste mesmo nos dias atuais, privilegia o poder médico, e assim, as mulheres são vistas como ‘máquinas’, submissas às determinações que lhes são impostas, e expostas aos riscos desnecessários de procedimentos cirúrgicos como as cesarianas, por exemplo (PROGIANTI; LOPES; GOMES, 2003).

Com a evolução da mulher no mercado de trabalho, atualmente muitas são independentes e capazes de decidir sobre suas vidas e de sustentar uma família. Porém, ainda predomina o gênero masculino no mundo do trabalho. Observa-se que as mulheres, apesar de já serem quase cinquenta por cento da mão de obra no mercado de trabalho, dificilmente são vistas em posições de liderança nas grandes empresas, no mundo corporativo e até mesmo na política (ALAMBERT, 2004). Também é fato que a mulher muitas vezes ocupa o mesmo cargo que o homem, desempenha as mesmas atividades e percebe um salário menor. Pode-se

inferir, portanto, que para uma mulher se destacar efetivamente no mundo do trabalho, precisa se esforçar e demonstrar muito mais competência do que o homem necessitaria.

Hoje ela ainda encontra dificuldades para conseguir um bom emprego, e também para ser amparada legalmente. A mulher mãe, por exemplo, tem direito à licença maternidade pelo período de quatro meses, e o Ministério da Saúde preconiza o aleitamento materno exclusivo durante os seis meses de vida da criança (BRASIL, 2010b). Também é seu direito dispor de dois turnos de trinta minutos para amamentar seu filho, sair do trabalho uma hora mais cedo ou entrar uma hora mais tarde (BRASIL, 2010b). Todavia, muitas perdem o emprego quando reivindicam esses direitos, porque muitos empregadores não cumprem a lei. A legislação prevê ainda que é preciso ter creches disponíveis para prover a necessidade da mãe trabalhadora, mas o que se observa é um excesso de crianças a serem atendidas e um reduzido número de vagas que obviamente não atende a demanda (SOUZA; RODRIGUES, 2010). Muitas mulheres que ainda não são registradas no trabalho, enfrentam dificuldades ainda maiores em relação ao cumprimento de leis que as favorecem.

A mulher trabalhadora, assim como a estudante, sofrem também pressões nos seus relacionamentos. O homem, com sua cultura machista, não aceita a ideia de que a mulher possa ter o mesmo salário ou até mesmo maior remuneração que ele, além de também não admitir ser comandado por uma mulher no seu local de trabalho.

É verdade que esse quadro vem mudando, tanto assim que já existem mulheres ocupando o cargo de Presidente do seu país, como no Brasil e na Argentina, e na Alemanha, o cargo de Primeira Ministra. As mulheres começam a ocupar posições que antes eram exclusivas dos homens, como por exemplo, motoristas de ônibus e de caminhões, e as indústrias contam cada vez mais com a presença feminina em seus quadros de pessoal. Em suma, a participação das mulheres vem crescendo em todas as áreas, mas elas ainda enfrentam muitos obstáculos e preconceitos para serem reconhecidas.

As conquistas do movimento feminista no Brasil demonstram que houve ganhos, como a inserção da mulher na sociedade e na política, porém, muitas propostas ainda sofrem discriminação em vários níveis, todos marcados pelas influências das questões de gênero (SOUZA, 2006).

Ao mesmo tempo em que a mulher conquista todo este espaço, apresenta-se totalmente sobrecarregada pelo acúmulo de atividades pessoais, com jornadas laborais duplas e até triplas. Há uma proposta equivocada da igualdade de direitos face à inserção da mulher no mercado de trabalho (SOUZA, 2006) e em decorrência da falta de organização das mulheres em sindicatos e de sua tradição de resignação, o trabalho foi lentamente

regulamentado pelos homens (SPINDOLA; SANTOS, 2003), resultando em distorções que podem ser claramente percebidas.

É importante, com isso, pensar na percepção da amamentação e na inserção da mulher nessa sociedade, “não mais como sujeito acorrentado e condenado a atuar em seu espaço privado (historicamente feminino), mais sim, libertando as amarras e participando ativamente na esfera pública como sujeito transformador dessa realidade” (MENDONÇA; MOREIRA, 2012, p. 1), até porque os movimentos feministas surgiram para auxiliar e defender a inserção dessa mulher na sociedade, destacando a sua importância no mundo capitalista em que vivemos.

Sendo elas membros integrantes desta sociedade capitalista, muitas sustentam as próprias famílias (SOUZA; RODRIGUES, 2010), desempenhando o papel que cabia exclusivamente ao homem nos tempos antigos. Hoje criam sozinhas seus filhos, sustentam suas casas e valorizam os estudos, acreditando que através dele podem construir a própria independência.

Hoje em dia, como mãe, esposa, trabalhadora, cidadã, e com diversas atribuições e afazeres, muitas mulheres não conseguem desenvolver total dedicação e qualidade nas relações afetivas com seus filhos (KUSCHNIR, 2008). Em decorrência, sofrem muitas pressões da sociedade e cobram muito de si mesmas, muitas vezes tornando-se insatisfeitas no trabalho e na vida pessoal. Diante disso, são comuns os casos de mulheres com transtornos de ansiedade e totalmente estafadas (SPINDOLA; SANTOS; 2003). Frente a este quadro, a mulher deve ser vista pelo profissional da área da saúde em sua dimensão ampliada, e não apenas na dimensão biológica, considerando-se os vários papéis desempenhados na sociedade, já citados. Esse novo olhar não significa negar a criança; ao contrário, o que se pretende é buscar um equilíbrio na demanda de todas as partes envolvidas (NAKANO; MAMEDE, 1999).

Sendo assim, o profissional deve compreender e valorizar o fato de que a separação entre mãe e bebê, quando a mulher necessita voltar ao trabalho, é uma situação muito delicada e sofrida para ambos, que ainda estão intimamente ligados (KUSCHNIR, 2008). Nesse momento, a mulher vivencia um conflito muito grande e se cobra muito, pois precisa trabalhar para sobreviver e sente-se culpada em deixar seu bebê sob os cuidados de terceiros. Muitas choram e, às vezes, necessitam até mesmo de suporte emocional. Algumas são criticadas e julgadas pela sociedade por decidirem não ter filhos, ou por terem muitos filhos e passarem por dificuldades financeiras para criá-los, como já referido.

A mulher contemporânea tem que saber administrar o seu tempo para ser capaz de desempenhar o novo papel de mãe e manter as atividades profissionais para as quais foi contratada, já que depende de sua remuneração para o sustento próprio e o de seu filho (SOUZA; RODRIGUES, 2010). As mulheres de alto poder aquisitivo e maior grau de instrução encontram menos dificuldades para continuar a amamentação quando voltam ao trabalho, pois podem contratar serviços particulares para suprir as necessidades do bebê (SOUZA; RODRIGUES, 2010). Mesmo assim, o que se observa é a tríplice jornada laboral: trabalhar fora, cuidar do filho e dos afazeres no lar.

No entanto, as mulheres que trabalham e não são registradas, ao retornarem da licença maternidade apresentam-se inseguras, angustiadas e receosas de serem demitidas (SOUZA; RODRIGUES, 2010). São poucas as instituições empregatícias que adotam medidas que trarão benefícios ao vínculo mãe-filho.

Além dos conflitos vivenciados pela mulher na atualidade, frente aos novos papéis assumidos socialmente, também, encontramos aquelas que não manifestam o desejo de amamentar. O fenômeno da amamentação é algo natural e fisiológico do corpo humano. Então, como pode uma mulher não desejar amamentar? Sabemos que a mulher é dona de seu corpo e capaz de decidir pela saúde de seu filho. Muitas decidem não amamentar pelo fato de precisarem retornar ao trabalho, mesmo não sendo amparadas legalmente. Assim, existem as que querem amamentar e não podem, mas também existem as que podem, mas não querem amamentar.

É a mulher quem decide se quer ou não amamentar, o sucesso depende dela, embora ela e seus familiares estejam sensibilizados, a culpa e o insucesso são somente para as mulheres (TEIXEIRA; PAIVA, 2006). Esta concepção reforça a ideia de culpa da mulher por não amamentar.

É comum observar a sociedade colocando a mulher como única responsável pela saúde de seu filho. Muitas mulheres amamentam por obrigação e imposição, por se sentirem ameaçadas e julgadas. Este é um conflito importante que será abordado com maior ênfase no decorrer deste estudo. Existe toda uma pressão social para que a mulher tenha a figura de boa mãe nutriz. A literatura científica confirma que tal fato revelará uma construção da identidade feminina fortemente ligada à maternidade e à amamentação (MENDONÇA; MOREIRA, 2012).

A influência familiar na vida da mulher em fase de amamentação, em especial, é muito forte. As questões de gênero estão envolvidas neste sentido. Basta pensar no termo “aleitamento materno”, ou seja, só pode ser da mãe, ela é a responsável e foi criada para isso.

Uma menina já nasce sabendo que irá procriar e amamentar seus filhos. Ela cresce com esses conceitos familiares e, de acordo com sua cultura, desenvolve determinadas ações relacionadas à amamentação. Desde a infância, a mãe estimula a menina com brincadeiras de boneca, antecipando assim experiências que vivenciará futuramente (SOUZA; RODRIGUES, 2010). E “a amamentação é ainda representada como um protótipo de feminilidade, qualificando socialmente a mulher como mãe” (NAKANO; MAMEDE, 1999, p. 74).

Então, podemos pensar nessa mulher que apreendeu durante a vida toda que deve amamentar, pois ela é a responsável pela saúde de seu filho, e com isso concordo com Moreira (2008, p. 25) quando afirma que “a amamentação é um cumprimento de um ritual de amor e dedicação para com seu filho.” Em seu estudo sobre os significados da amamentação em primíparas que vivenciaram fissura mamilar, evidenciou que as mulheres entrevistadas mantinham a amamentação em virtude da saúde de seus filhos. Também ficaram evidentes as influências das relações de gênero, pois amamentavam com dor, em situações de sofrimento, mas não se permitiam deixar de amamentar. A autora relata que sentiu tristeza por parte das depoentes, quando estas apresentavam fissuras “demonstrando impotência por parte da mulher em resolver a patologia, por vezes, desconhecida, a qual não havia sequer sido abordada como possibilidade no período de amamentar” (MOREIRA, 2008, p. 7).

Ainda nessa mesma linha de reflexão sobre a mulher mãe, a que cuida e possui o dom de ser mãe, afirmo que seja uma necessidade social, pois se ela não o faz, é considerada “desnaturada”. Aliás, elas mesmas se culpam, pois reproduzem o que apreenderam com suas mães, confirmando a influência muito grande da mãe na vida de uma filha. E para reforçar esse pensamento, cito o estudo de Kuschnir (2008) no qual fez uma biografia demonstrando as relações de gênero intergeracionais de acordo com a maternidade e a amamentação.

Nesse estudo, a biografia é de uma mulher moderna, contemporânea, que realiza o sonho de ser mãe aos 42 anos de idade (KUSCHNIR, 2008). Com todas as questões de gênero, sofre pressão familiar, mais propriamente por parte de sua mãe, dizendo que ela não seria capaz de amamentar, pois nenhuma mulher da família conseguiu fazê-lo. Com isso, a nutriz se cobrava pela interrupção da amamentação e por ter produzido “pouco leite”; ficava dividida pelo insucesso e, ao mesmo tempo, compreendia sua mãe pela dificuldade que passou ao não ter conseguido amamentar seus filhos. Tratando-se de uma mulher contemporânea, como foi dito, então, era uma mulher que trabalhava e tinha conhecimento, mas mesmo assim, envolvida pelas questões de gênero, culpava-se e acreditava não ser capaz de amamentar.

É difícil para a mulher admitir que não possa amamentar, porque no período da gravidez ela alimenta o sonho perfeito do parto e da amamentação, sonho que pode ter sido alimentado desde a sua infância (KUSCHNIR, 2008).

A autora da biografia relata que durante toda a entrevista, a participante sempre pontuava um sentido negativo “anormal” para ela e para a filha, enquanto o mundo lá fora “seria normal e saudável”. A participante afirmava que ter sido mãe mais velha, ter que voltar ao trabalho e ser filha única seriam os motivos que a levaram a ter dificuldades para seguir com a amamentação (KUSCHNIR, 2008, p. 92).

As mulheres são divididas emocional e socialmente. Por um lado, esperam contar com as mulheres da família, como a mãe ou a avó; e por outro lado, desejam romper com algumas práticas tradicionais transmitidas pela socialização (KUSCHNIR, 2008).

Muitas mulheres relatam ansiedade e frustração por não terem conseguido amamentar e, ao mesmo tempo, demonstram interesse em ajudar suas filhas quando se tornam mães, para que tenham sucesso e realizações com a amamentação. Mas também existem as que não conseguem, pois têm mais dificuldades em rever o passado. E também existem as filhas que ao vivenciarem a maternidade, adquirem uma visão mais compreensiva de suas mães (KUSCHNIR, 2008).

Muitos profissionais de saúde acreditam que métodos intervencionistas, como a laqueadura tubária e a vasectomia, são resolutivos para a questão da multiparidade. Não consideram que a mulher seja capaz de decidir e conduzir seu método anticoncepcional de escolha. Sendo assim, o ato de invadir é mais comum e prático para resolver a procriação considerada excessiva pela sociedade. Observa-se, então, o poder médico, ou seja, do homem atuando sobre o corpo feminino (PROGIANTI; LOPES; GOMES, 2003). Relatam que em decorrência de toda essa sobrecarga, a saúde da mulher fica prejudicada. Explicam que hoje as mulheres se encontram com problemas que não tinham no passado, e como o estresse já faz parte de suas vidas, não existe programa específico para atendê-las neste contexto (SPINDOLA; SANTOS, 2003).

As mulheres começaram a ocupar espaços anteriormente masculinos não só no mercado de trabalho. Hoje é comum depararmos com o envolvimento de mulheres com drogas lícitas e ilícitas, alcoolismo e criminalidade. São criticadas e julgadas pelas próprias famílias. E como vivemos em um mundo machista e preconceituoso, raríssimas são as que conseguem ter acesso a grupos de apoio, como os Narcóticos Anônimos e os Alcoólicos Anônimos (SPINDOLA; SANTOS, 2003). Atualmente as mulheres já procuram e participam de tais grupos, mas ainda em quantidade bem inferior aos homens. Com o homem, já é

diferente. Parece que por ser mais comum acontecer esse tipo de problema com ele, a sociedade releva ou compreende melhor, e por isso, ele tem mais apoio do que a mulher.

De acordo com Souza (2006), programas direcionados à promoção e prevenção da saúde da mulher ainda não foram totalmente implantados; conseqüentemente, deixam de atender a algumas especificidades oriundas desse estresse social vivenciado por ela. Todavia, não se pode deixar de reconhecer que, no Brasil, as políticas públicas destinadas ao cuidado da saúde da mulher vêm evoluindo consideravelmente.

Em suma, as questões de gênero e amamentação poderão trazer para a sociedade, nos âmbitos público e privado, um novo pensar acerca dos papéis do homem e da mulher, uma vez que numa visão de compartilhamento de responsabilidades, ela conseguirá amamentar de forma mais tranquila, enquanto ele passará pela experiência de ajudá-la na divisão das responsabilidades advindas com o nascimento do filho.

1.2 Políticas Públicas e aleitamento materno

Neste subitem são abordados aspectos relacionados à Iniciativa Hospital Amigo da Criança; Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias; Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL); Rede Amamenta Brasil; Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM); Rede Amamenta e Alimenta Brasil e Programa Humaniza SUS.

De acordo com o Ministério da Saúde, a publicação “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” é a base da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) da OMS/UNICEF (OMS, 2001). Eles resumem as práticas necessárias para apoiar o aleitamento materno nas maternidades. “Desde que foi lançada pela UNICEF e OMS em 1991 e 1992, a IHAC tem crescido, contando com mais de 20.000 hospitais credenciados em mais de 152 países nos últimos 15 anos” (OMS, 2009, p. 7).

A IHAC foi criada para promover a implantação da segunda meta operacional da Declaração de Inocentti.

Assegurar que todo estabelecimento que ofereça serviços de maternidade pratique integralmente todos os passos dos Dez Passos para o Sucesso no Aleitamento Materno estabelecidos na declaração conjunta OMS/UNICEF Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços de maternidade, e os aspectos relevantes aos estabelecimentos de saúde da terceira meta operacional: para

efetivar os princípios e os objetivos de todos os Artigos do Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno e das subsequentes resoluções relevantes da Assembleia Mundial da Saúde em sua integridade (OMS, 2001, p. 9).

A Declaração de Inocenti foi adotada na 45^a Assembleia Mundial de Saúde, realizada em maio de 1992, conforme Resolução MAS 45.34 (OMS, 2001). A IHAC visa enfrentar um fator fundamental que tem contribuído para prejudicar o aleitamento materno: as práticas de saúde que interferem na amamentação. Até que estas práticas sejam aperfeiçoadas, as tentativas de promover o aleitamento materno fora da unidade de saúde estarão prejudicadas. Apesar de as práticas inadequadas nas maternidades não poderem ser consideradas as únicas responsáveis pelas baixas taxas de aleitamento materno exclusivo, cuidados apropriados podem ser um pré-requisito para aumentá-las (OMS, 2001).

Em suma, para aumentar adequadamente as taxas de aleitamento materno exclusivo e manter o aleitamento materno, muitos outros componentes do programa são necessários, incluindo legislação trabalhista, ampla educação do público, apoio da comunidade e implementação do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno, visto que o aperfeiçoamento das práticas de saúde é fundamental (OMS, 2001). Destaque também deve ser dado ao desenvolvimento de uma política que assegure o treinamento de pessoal que atua junto às mulheres nutrizes, resultando em apoio apropriado e capacitado para elas antes, durante e após o parto, resultando em um trabalho contínuo pós-natal na comunidade, requisitos considerados necessários para obter as melhorias desejadas e objetivadas em outras atividades relacionadas com a saúde da mulher e da criança (OMS, 2001).

Seguem-se algumas recomendações da OMS (2001, p. 122) em prol do Incentivo ao Aleitamento Materno:

- 1- Existem evidências suficientes das eficácias dos 10 passos para o sucesso do aleitamento materno, que justificam totalmente a implementação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, em todas as maternidades e que tem esses mesmos passos como base, em todas as maternidades. O fracasso em tornar as maternidades amigas das crianças não pode ser mais considerado defensável.
- 2 - Os “Dez Passos” devem ser implementados em conjunto, não se deve esperar eficácia quando os mesmos forem introduzidos de forma incompleta ou isoladamente.
- 3 - Os estabelecimentos de saúde devem desenvolver normas fortes, cobrindo todos os “Dez Passos” e incluindo restrições à distribuição gratuita de “substitutos do leite materno”, por meio de acordos apropriados para a cobrança do cumprimento e da supervisão dessas normas.
- 4 - O treinamento de profissionais de saúde em relação aos “Dez Passos” deve ter duração adequada e incluir componentes práticos para assegurar o aperfeiçoamento da capacitação clínica e de aconselhamento. O treinamento deve também enfatizar as

atitudes dos profissionais de saúde com relação à amamentação e ao uso de suplementos.

5 - Esforços renovados devem ser empreendidos para fortalecer os passos relativos à educação, orientação e apoio às mães, antes e depois do parto, mesmo após a alta médica, visto que estas são claramente as intervenções mais eficazes. Sem educação, orientação e apoio às mães, a implementação dos passos de manejo, tal como o alojamento conjunto, provavelmente terão apenas um efeito limitado. Todas as mães devem ter acesso à orientação apropriada e apoio durante o período de amamentação.

O Ministério da Saúde, por meio da Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (ATSCAM), em parceria com a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), implantou o Manual sobre Amamentação e o Uso de Medicamentos e Outras Substâncias (BRASIL, 2010a). Este manual tem como propósito auxiliar os profissionais de saúde nas suas avaliações quanto ao uso de drogas durante a amamentação.

É muito comum o uso de medicamentos e outras substâncias por mulheres que estão amamentando. A maioria é compatível com a amamentação; poucos são os fármacos formalmente contraindicados, mas alguns requerem cautela ao serem prescritos durante a amamentação, devido aos riscos de efeitos adversos nos lactentes e/ou na lactação (BRASIL, 2010a). Com frequência, os profissionais de saúde recomendam a interrupção do aleitamento materno quando as mães são medicadas, isto porque na maioria das vezes desconhecem o grau de segurança do uso das diversas drogas durante o período da lactação (BRASIL, 2010a).

A mobilização para resgatar a prática do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) até os seis meses começou nos anos 70, e acompanhando o movimento mundial, em 1979 o Brasil participou da reunião conjunta da Organização Mundial da Saúde (OMS), do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), além de agências governamentais, indústrias de alimentos infantis e várias outras instituições, com a finalidade de trazer à discussão a “alimentação de lactentes e crianças pequenas”. Essa discussão apontou para a necessidade da implantação de Programas de Promoção, Apoio e Proteção ao Aleitamento Materno e criação de um conjunto de normas para a comercialização e distribuição de alimentos para lactentes (BRASIL, 2012b).

A 34^a Assembleia Mundial de Saúde realizada em 1981, com a participação de representantes de 151 países, incluindo o Brasil, aprovou o Código Nacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno. No mesmo ano, no Brasil, foi criado o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), coordenado pelo

Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) do Ministério da Saúde. Com base no Código Internacional,

Após revisão, a Norma para Comercialização de Alimentos (NCA) foi transformada na Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL), mediante Resolução 31, de 12 de outubro de 1992, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b). Com isso, houve um marco importante na história da amamentação no Brasil, por se tratar de um documento importante, legal, que visa proteger o lactente e regular a venda de produtos ou alimentos que competem com o leite materno, como por exemplo, chupetas e mamadeiras (BRASIL, 2012b).

A Lei nº 11.265, publicada em 04 de janeiro de 2006, regulamentou a comercialização de alimentos para lactentes e crianças da primeira infância, e também de produtos de puericultura correlatos (BRASIL, 2006).

A NBCAL teve a primeira versão publicada em 1988 como Resolução do Conselho Nacional de Saúde e já ocorreram revisões em 1992 e em 2001/2002

A Portaria nº 2799, de 18 de novembro de 2008, instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Amamenta Brasil, tendo como objetivo contribuir para a redução da mortalidade materna e infantil através do aumento dos índices de aleitamento materno no Brasil (BRASIL, 2012d). A Rede Amamenta Brasil se constitui estratégia de promoção, proteção e apoio à prática da amamentação na atenção básica, por meio de revisão e supervisão do processo de trabalho interdisciplinar nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). É desenvolvida de forma articulada com a rede de Bancos de Leite Humano, a Rede Norte Nordeste de Saúde Perinatal e com o Pacto Nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal, contando com a articulação de um representante de cada uma dessas instituições (BRASIL, 2012d).

É coordenada em âmbito nacional pelo Departamento de Ações Programáticas Estratégicas em conjunto com o Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à saúde do Ministério da Saúde; e em âmbitos estadual e municipal, pelas respectivas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Para fins de monitoramento e avaliação dos indicadores de amamentação nas Unidades Básicas de Saúde, pela Rede Amamenta Brasil, utiliza-se o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) (BRASIL, 2012d).

A Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM) foi criada no Estado do Rio de Janeiro em 1999, e vem sendo implementada pela SES– RJ/PAISMCA com o apoio do Grupo Técnico Interinstitucional de Incentivo ao Aleitamento Materno e dos polos

regionais de aleitamento materno (OLIVEIRA; CAMACHO; SOUZA, 2005). Atualmente no Estado do Rio de Janeiro, já temos 62 unidades primárias credenciadas como ‘Amigas da Amamentação’ (OLIVEIRA, 2011).

Os “Dez Passos para o Sucesso da Amamentação” observados pela IUBAAM são fruto de uma revisão sistemática acerca das intervenções conduzidas nas fases de pré-natal e acompanhamento do binômio mãe-bebê, que foram efetivas em estender a duração da amamentação (CARDOSO et al., 2008). Foi criada também uma metodologia de avaliação, a partir de uma adaptação dos instrumentos de avaliação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (UNICEF, 2008). Essa metodologia foi testada em 24 UBS de várias regiões do Estado do Rio de Janeiro, e validada cientificamente (OLIVEIRA; CAMACHO; SOUZA, 2005). A equipe de consultores em aleitamento materno foi constituída pela OMS, uma vez que as bases científicas já estavam disponíveis para investir na viabilização e aperfeiçoamento da “Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação” visando implantá-la em todo o Brasil (OLIVEIRA, 2011).

O Ministério da Saúde lançou a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, durante o Congresso Mundial de Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva – *World Nutrition Rio 2012*, que ocorreu na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) - (BRASIL, 2012c), tendo como finalidade reforçar e incentivar a promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável para crianças menores de dois anos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A ação está focada na qualificação do processo de trabalho dos profissionais da atenção básica, resultando no fortalecimento das ações de promoção da alimentação saudável para esse público.

O objetivo da União é incentivar o aleitamento materno exclusivo até os seis meses, e dar continuidade ao aleitamento materno complementado por uma alimentação segura e saudável. Inserida na Rede Cegonha, a nova estratégia é resultado da união das ações da Rede Amamenta Brasil e da Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável (ENPACS) - (BRASIL, 2012c).

A proposta dessa integração surgiu de demandas dos próprios profissionais, nos respectivos estados e municípios, em trabalhar ao mesmo tempo o aleitamento materno e a alimentação complementar, já que as duas estratégias preveem as mesmas ações e atingem o mesmo público alvo: profissionais de UBS, mães, crianças e suas famílias. A integração é o resultado da parceria de duas áreas do Ministério da Saúde, além da participação de especialistas que acompanharam o processo de implementação da Rede Amamenta Brasil e da ENPACS (BRASIL, 2012c).

O HumanizaSUS foi criado em 2003 com o intuito de colocar em prática os princípios do SUS no cotidiano de saúde, mudando os modos de gerir e cuidar. Incentiva a corresponsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde, ou seja, o protagonismo e a autonomia dos sujeitos e do coletivo. Trabalha com as seguintes diretrizes: clínica ampliada, cogestão, acolhimento, ambiência, valorização do trabalho e do trabalhador, defesa dos direitos dos usuários e fomentos das grupalidades coletivas e rede (BRASIL, 2010c).

Tem como princípios a *transversalidade*, que busca diminuir a hierarquização das relações de poder e ampliar o contato e a comunicação entre as pessoas e grupos (BRASIL, 2010c). Em suma, a transversalidade reconhece que o saber do indivíduo assistido pode somar-se ao saber das diversas especialidades e práticas de saúde, a fim de produzir saúde de forma corresponsável. É o saber compartilhado. E ainda tem como princípio a *indissociabilidade* entre atenção e gestão, ou seja, não dividir a gestão da atenção (BRASIL, 2010c). Os trabalhadores de saúde, e até mesmo os usuários, devem conhecer como funciona a gestão e participar ativamente das decisões. O protagonismo, a corresponsabilidade e a autonomia dos sujeitos e coletivos têm como objetivos contagiar trabalhadores, gestores e usuários do SUS com os princípios e as diretrizes da humanização; fortalecer as iniciativas de humanização existentes; desenvolver tecnologias relacionais e de compartilhamento das práticas de gestão e de atenção; aprimorar, ofertar e divulgar estratégias e metodologias de apoio a mudanças sustentáveis dos modelos de atenção e de gestão e implementar processos de acompanhamento e avaliação, ressaltando saberes gerados no SUS e experiências coletivas bem sucedidas. Apresenta a proposta de um trabalho coletivo para que o SUS seja mais acolhedor, mais ágil e mais resolutivo (BRASIL, 2010c).

1.3 Maternagem

Donald Woods Winnicott sempre se interessou em valorizar o que ele denominava “boa mãe comum”, e isso se tornou o alvo de seus estudos. Para o autor, os pais são tão importantes quanto as mães; e ainda, o enfoque na maternagem inclui um interesse nos pais e na parte vital que eles desempenham nos cuidados ao bebê.

O pai torna-se um fator significativo enquanto homem, e assim como a família é a base da união de pais e mães, compartilha a responsabilidade pelo que fizerem juntos com o

bebê (WINNICOTT, 2005). Na concepção winnicotiana, as crianças crescem, tornam-se adultas, assumem o papel de pais e mães, e não conseguem recordar dos cuidados que receberam na infância, assim como não devem gratidão aos pais por terem sido cuidadas, razão pela qual os pais não devem esperar essa gratidão, afinal os bebês não pediram para nascer (WINNICOTT, 2005).

Concordo com o autor quando diz que o pai e a mãe são aqueles que constroem um lar, por isso é tão importante uma criança viver em um lar agradável, onde ela se sinta segura. Mesmo que não seja possível ter o pai e a mãe juntos, o importante é que o lar seja harmonioso e acolhedor.

Se o papel da mãe não for reconhecido, permanecerá um medo da dependência, que toma a forma de um medo de mulher, ou medo de uma mulher; quando isso acontece, surge o medo da dominação (WINNICOTT, 2005). O medo de mulher seria o medo de reconhecer a dependência. Por isso, para o autor, tornou-se muito importante ingressar nos estudos sobre a relação mãe-criança. Foi estudando muito sobre a palavra “devoção” procurando com isso também se reconhecer com relação à própria mãe, o que para ele não foi fácil, pois, por ser homem, não podia reconciliar-se com sua mãe e se tornar mãe.

Surge daí o desenvolvimento da maternagem, “o desenvolvimento da maternagem como uma qualidade em seu caráter, não vai ser muito profunda, e a feminilidade num homem manifesta-se apenas como um caminho paralelo aos assuntos principais” (WINNICOTT, 2005, p. 120). Muitas mudanças ocorreram no que diz respeito à importância da maternagem satisfatória, o que inclui os pais. Dessa forma, o autor escolheu o termo “maternal” para descrever a atitude global em relação aos bebês e o cuidado a eles dispensado. No imaginário social, a maternagem origina-se naturalmente pelo ato de ser mãe. Costuma-se dizer que, nos primeiros meses, se trata de uma questão de cuidados corporais e que uma boa enfermeira seria suficiente. Ele faz uma crítica a esse pensamento, pois acredita que esse seja o grau mais extremo de negar a maternagem, processo que é complexo e envolve fatores psicológicos, culturais e sociais. Com o nascimento do bebê, a mulher transita do *status* de filha/esposa para o de mãe, sendo que somente a partir da sua interação com o filho é que a maternagem sai do plano dos sonhos e se torna real (SANTOS, 2009).

As mulheres que já passaram pela experiência da maternagem, provavelmente possuem algum interesse em ler, dar suporte moral à boa mãe comum, independentemente de ser educada, de ser rica ou pobre, de protegê-la de qualquer interferência sobre ela e seu bebê. Assim, todos devem contribuir para o desenvolvimento natural da relação emocional entre a mãe e seu bebê (WINNICOTT, 2005).

O ambiente é muito importante como facilitador para essas crianças sentirem-se acolhidas e protegidas. Um domicílio mais luxuoso não o faz mais importante que os mais carentes. A relação de afeto é que está envolvida. Ou seja, se a mãe consegue atingir essa relação e pratica o cuidado com seu bebê de uma forma prazerosa e satisfeita, isso contribuirá para a felicidade dessa criança no futuro.

No dia a dia, observam-se pessoas, e até mesmo profissionais de saúde, julgando e emitindo suas opiniões quando se deparam com “mães mais carentes”, com baixo poder aquisitivo. Acham que elas não deveriam mais ter filhos, pois não possuem condições financeiras para criá-los (WINNICOTT, 2005). Chega-se ao ponto de incentivar a laqueadura tubária, por acreditar que é a melhor opção para a classe menos favorecida. Todavia, a ciência mostra que cada mãe pode oferecer ao seu filho aquilo que é mais importante na vida do ser humano: a proteção e o afeto.

Não se faz aqui uma crítica à mulher contemporânea, que precisa trabalhar para sustentar sua família, e que por isso precisa contar com a ajuda de cuidadoras para auxiliar na criação de seus filhos, e nem tão pouco às que o fazem por opção. A princípio, toda mulher é capaz de atingir a maternagem, desde que queira e não seja impedida de fazê-la.

Em 1983, Winnicott, em sua obra denominada “O ambiente e os processos de maturação”, traz o conceito de “mãe suficientemente boa” segundo o qual, de acordo com o papel representado pela mãe, existem dois extremos, a saber: a mãe suficientemente boa e a mãe não suficientemente boa. Para esse autor, a “mãe suficientemente boa” “alimenta a onipotência do lactente e até certo ponto vê sentido nisso. E o faz repetidamente”. E ainda, afirma que “um falso *Self* começa a ter vida através da força dada ao fraco ego do lactente pela complementação pela mãe das expressões de onipotência do lactente” (WINNICOTT, 1983, p. 133). Quando isso não acontece, acredita-se que a mãe possua um falso *Self*, que resulta na sua inabilidade de sentir as necessidades do lactente.

Para Forlenza Neto (2005, p. 18), mãe suficientemente boa é a “mãe devotada comum”, “é a mulher da realidade, não é projeção de objeto interno, é aquela que proporciona à criança ser-o-seio”. Relata que seria o gesto espontâneo materno.

Ressalta que o *going-on-being*, seria “a elaboração imaginativa das funções, inicialmente somáticas e, posteriormente psíquicas”. Quando as reações às invasões são eventuais e passageiras, serão incorporadas no desenvolvimento, no voltar-se para a realidade. A criança se recobra e retoma o *going-on-being* (FORLENZA NETO, 2005. 18).

Ao explicar o desenvolvimento emocional do ser humano, Forlenza Neto (2005) considera a fase inicial da vida da criança, a fase de dependência absoluta, em que a criança

cria o seio e ela deve estar lá onde foi criado. A mãe mantém a ilusão de onipotência necessária, e a *criança é-o-seio*.

Após a fase de dependência absoluta, segue-se a fase dependência relativa, na qual “com a desilusão gradual por parte da mãe, o bebê vai ocupando um espaço separado dela personalizado”. Para Forlenza Neto (2005, p. 18), nesse ponto surge o *Eu* e o *Não-eu* e a afirmação *Eu sou*, em que a criança se reconhece como um ser com um interior e um exterior, e começa a ter identidade.

A mãe suficientemente boa consegue captar as peculiaridades do ser em desenvolvimento e respeitá-las, na visão winnicottiana. Não se confunde com o bebê, não impõe seu gesto, empresta seu sonhar para que a individualidade se constitua (CELERI, 2005).

Ao nascer, o bebê, traz consigo suas tendências hereditárias que, para Winnicott, seriam “processos de maturação”, ou seja, impulsos biológicos para a vida, para o crescimento e o desenvolvimento (CELERI, 2005). Mas tudo isso depende do que o autor denomina como “ambiente de facilitação”. A mãe suficientemente boa, para ele, é o ambiente favorável. Ela reconhece a dependência do bebê e se adapta constantemente às suas necessidades (CELERI, 2005).

Cada mãe conhece seu bebê e é capaz de fazer o que for melhor para ele. É preciso respeitar a individualidade, o que é bom para o bebê de uma, não será para o da outra. De acordo com o que ele necessitar, ela atenderá. O ambiente, quando suficientemente bom, “possibilita o processo de maturação, isto é, a evolução do ego e seus mecanismos de defesa, o desenvolvimento do *self*, a história do *id*, das pulsões e de suas vicissitudes” (CELERI, 2005, p. 28).

Essa condição, para Winnicott é denominada “preocupação materna primária”; nessa condição, para desempenhar tal tarefa, a mãe assume a vulnerabilidade do bebê, passando a necessitar ela própria de amparo. Daí elas precisarem de muita ajuda, oriunda do pai da criança, da família e do ambiente social em que vivem (CELERI, 2005).

Na concepção winnicottiana essa condição materna primária não tem nada a ver com sentimentalismo. “A mãe suficientemente boa ama, mas também se permite odiar seu bebê sendo, entretanto, capaz de conter seu ódio, sem atuá-lo e sem se vingar” (CELERI, 2005, p. 30).

O início da vida psíquica começa no momento em que o ego passa a se desenvolver. O bebê está em um estado de fusão com a mãe, sendo absolutamente dependente da provisão física e emocional que ela lhe proporciona. “O ego fraco do bebê, amparado pelo ego

materno, torna-se forte, uma vez que a mãe passa a sustentar física e emocionalmente esse bebê, satisfazendo a sua dependência absoluta” (CELERI, 2005, p. 30). Essa satisfação não se relaciona com as necessidades instintivas, acreditando que o apoio das necessidades egóicas é mais importante que a satisfação ou frustração das necessidades instintuais. A mãe suficientemente boa aguarda que o bebê dê sinais de suas necessidades e de sua prontidão para receber a gratificação instintual, e só então providencia sua satisfação (CELERI, 2005).

Situações como mudanças repetidas na maternagem e rotina, abandono do bebê, são consideradas perturbações fundamentais de adaptação. Quando isso acontece, a “continuidade de ser” é interrompida, provocando o enfraquecimento do ego e uma ameaça de aniquilamento no *self*, um sofrimento de qualidade e intensidade psicóticas (CELERI, 2005).

Se o bebê não tiver oportunidade de recuperar-se dessas falhas em um ambiente favorável à “continuidade da linha da vida”, essa linha não poderá ser facilmente recuperada, e nos casos extremos, ele deixa de ter condições de “ser” (CELERI, 2005).

Logo nas 24 primeiras horas de vida, o bebê encontra-se em um estado integrado, sendo uma integração estruturada. Nos primeiros estágios de desenvolvimento, a integração está mais claramente associada a determinados estados afetivos e emocionais, como no momento da amamentação (CELERI, 2005). Nos momentos calmos de contato mãe-bebê, surge uma relação de ego entre os dois (CELERI, 2005).

A mãe oferece experiências afetivas e físicas ao bebê, através do cuidado com o corpo, da satisfação de suas necessidades de movimento e expressão corporal e da facilitação de satisfações cutâneas e musculares, demonstrando todo seu amor (CELERI, 2005).

1.4 Tecnologias e Tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem

Nos dias de hoje, vivemos numa era tecnológica em que o termo tecnologia é empregado de diferentes maneiras, sobretudo na área da saúde, na qual comumente é empregado, mormente, como produto ou equipamento. O profissional da saúde, ao pensar em realizar algum procedimento, já está lidando com a tecnologia, ou seja, tudo que envolve o seu saber está relacionado com a tecnologia, e na área da Saúde em especial, existem várias possibilidades de utilizá-la (KOERICH et al., 2006).

O termo *tecnologia* não deve ser visto apenas como algo concreto, como um produto palpável, mas como resultado de um trabalho que envolve um conjunto de ações abstratas ou

concretas que apresentam uma finalidade, nesse caso, o cuidado em saúde (ROCHA et al., 2008).

O enfermeiro deve estar em contínuo processo de capacitação técnica, aprendendo e pesquisando, conhecendo as novas tecnologias, identificando seus conceitos, além de ser um profissional importante, cuja competência é imprescindível para a integração e aplicação dos mesmos, na incorporação, na utilização e avaliação tecnológica dos produtos de seu serviço e área de atuação (ARONE; CUNHA, 2007).

A compreensão do termo *tecnologia* respalda as ações no âmbito teórico-metodológico para os profissionais de enfermagem, facilitando suas ações; possibilita a aplicação do conceito em sua plenitude, inclusive, por enfermeiros que a adota há muito em suas práticas, embora de forma empírica ou inconsciente (AQUINO et al., 2010). Assim, na prática da saúde, pode ser um desafio promover e/ou adequar a inserção da tecnologia, devendo-se contemplar as demandas sociais da contemporaneidade e refletir sobre as questões éticas que permeiam a utilização dessas tecnologias (KOERICH et al., 2006).

O termo *tecnologia* tem sido empregado, desde 1995, pelo médico Sanitarista Emerson Elias Merhy, numa perspectiva de modelos assistenciais em saúde, e pode ser classificado em três tipos: tecnologias leves, que possuem um caráter relacional; leve-duras, que são os saberes estruturados, como a clínica, a epidemiologia; e as duras, que são os equipamentos, as normas e as estruturas organizacionais (MERHY; FRANCO, 2003).

As tecnologias leves estão mais voltadas para o acolhimento, o vínculo, ou seja, para a relação interpessoal com o cliente. “no campo da enfermagem essas tecnologias integram o ato de cuidar de si, relacionadas a diferentes formas de integração com o cliente” (SILVA; ALVIN; FIGUEIREDO, 2008, p. 294).

A partir dessas três vertentes da tecnologia, segundo a concepção de Merhy, tem-se a Composição Técnica do Trabalho, que pode ser dividido em trabalho morto e trabalho vivo. O primeiro é constituído pelos instrumentos que serão utilizados na produção do serviço refletindo um processo de trabalho, sendo utilizadas as tecnologias assistenciais do tipo duras; o segundo está relacionado ao trabalho em ato, ou seja, possui formas de abordagens mais relacionais entre trabalhador e usuário (MERHY; FRANCO, 2003). Essa perspectiva atende parcialmente os anseios da enfermagem, em especial da enfermagem obstétrica quando utiliza a tecnologia leve do cuidado, por ser relacional, uma vez que prioriza uma atuação menos intervencionista.

A elaboração e a aplicação de um modelo de cuidado é uma forma de tecnologia, pois é uma forma de ação, um modo de fazer o cuidado, e pode ser visto como uma tecnologia leve e ao mesmo tempo, leve-dura (ROCHA et al., 2008).

Para cada ser humano existem diferentes modos de cuidar, de acordo com o significado das ações de saúde. Ou seja, “os modos de cuidar dos enfermeiros são orientados por um conjunto de ideias teórico-filosóficas, as quais justificam a adoção de determinadas condutas” (SILVA; FERREIRA, 2009, p. 173).

Concordamos com a afirmação de Rocha et al. de que “é o cuidado que indica quais tecnologias são necessárias em uma determinada situação, ou seja, para prestar um cuidado eficiente e eficaz, necessitamos de diferentes tipos de tecnologias” (ROCHA et al., 2008, p. 115). Muitas vezes, no dia a dia vemo-nos cumprindo tarefas e nos tornamos cada vez mais dependentes de recursos tecnológicos. Quando um recurso tecnológico falha, ocorre uma insegurança do profissional que dele depende totalmente.

A enfermeira utiliza atributos que são próprios da relação humana e fundamentais na criação de vínculo, sendo eles: “a conversa, o saber ouvir, o toque, o compartilhamento de ideias, a demonstração de preocupação e a expressão de afeto, de estar atenta aos desejos e reivindicações, além de outros aspectos que são valorizados na visão holística do cuidado” (SILVA; ALVIN; FIGUEIREDO, 2008, p. 294).

Existe uma correlação entre cuidado de enfermagem e tecnologia; nessa correlação, “a enfermagem está comprometida com princípios, leis e teorias, e a tecnologia consiste na expressão desse conhecimento científico, e em sua própria transformação” (ROCHA et al., 2008, p. 114). Portanto, as tecnologias de cuidado de enfermagem “são aquelas atitudes que permitem à mulher viver o seu processo de forma natural, sem a invasão de fatores estressantes ou pensamentos racionais ou sentimentos ruins que significam um grande esforço” (MACEDO et al., 2008, p. 343).

Em relação ao trabalho da enfermagem, “o cuidado e a tecnologia possuem aproximações que fazem com que o cuidado de enfermagem resulte do trabalho vivo em ato, sistematizado e organizado cientificamente”, segundo a concepção de Merhy (ROCHA et al., 2008, p. 115). O cuidado de enfermagem seria classificado, então, como tecnologias leves, ou seja, tecnologias de relação, de acesso, de acolhimento, produção de vínculo, de encontros de subjetividades, levando à autonominação (KOERICH et al., 2006).

Ao proporcionarmos apoio e segurança transmitidos pela pessoa de confiança da parturiente, podemos pensar nesse cuidado também voltado para a mulher em processo de amamentação. Deste modo, “manter um ambiente o mais tranquilo possível é uma tecnologia

de cuidado”, bem como “deixar a mulher seguir seus instintos e manter um ambiente silencioso” (MACEDO et al., 2008, p. 345).

Pensando na mulher em seu processo de amamentação, sabemos que se trata de um processo natural e que, sem dúvida, de acordo com cada situação, o cuidado a ser prestado será estabelecido de acordo com sua individualidade. A enfermeira, para utilizar tecnologias de cuidado durante o trabalho de parto, precisa conhecer suas clientes, reconhecer o que é manifestação do processo fisiológico e o que é expressão do processo sociocultural. Assim, “o objetivo do uso das tecnologias de cuidado é que a própria mulher conduza o seu trabalho de parto, ela é o sujeito do seu processo, sendo a enfermeira sujeito do cuidar através das tecnologias de cuidado” (MACEDO et al., 2008, p. 347).

As tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem são consideradas um conjunto de “procedimentos de cuidado desenvolvidos e utilizados prioritariamente pela enfermeira obstétrica no atendimento ao parto” (PROGIANTI; VARGENS, 2004, p. 196). São consideradas não invasivas porque possibilitam a escolha da mulher de utilizá-las ou não (MACEDO et al., 2008).

A ideia de não invasão vem para refletirmos e entendermos que o simples olhar ou o tocar, é um cuidado. O cuidado da enfermeira obstétrica é essencialmente humano e insubstituível para atender as necessidades da mulher em seu período gravídico-puerperal. “A enfermeira obstétrica preocupa-se em prestar um cuidado não invasivo respeitando individualidade, desejo, direito e autonomia da mulher” (PROGIANTI; VARGENS, 2004, p. 196). Parte do princípio de que nenhuma mulher é igual à outra, e que cada uma traz em sua história, a sua necessidade. Reconhece que a enfermeira obstétrica “ não quer ser o sujeito do evento; não vê o parto unicamente como um evento biológico; acredita que o evento exige cuidado e não controle. Admite o uso da intuição; defende o respeito à privacidade e à segurança” (PROGIANTI; VARGENS, 2004, p. 196).

Essa terminologia nasce na Enfermagem Obstétrica que prioriza um olhar voltado para o parto natural. Tendo em vista tais princípios acreditamos que deva ser praticado para um novo modelo de cuidar em diversas áreas da enfermagem, sobretudo na saúde da mulher.

A opção por estudar as tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem emergiu do interesse da pesquisadora em adotar uma concepção ecológica do cuidar que empodera a mulher e lhe dá autonomia, coloca-a como protagonista dando-lhe o direito de escolha e participação ativa no processo de parturição e aqui em especial, no processo de amamentação. Nesta perspectiva, a atuação da enfermeira é ampliada para “os cuidados de manutenção da

vida e ressignifica o valor social do fazer da enfermeira” (TORRES; SANTOS; VARGENS, 2008, p.663).

O significado das tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica pode ser definido em sete elementos (TORRES; SANTOS; VARGENS, 2008, p. 663):

- 1) Tecnologia relacional: acolhimento e estabelecimento de vínculo, construir cuidado em parceria com as mulheres em uma abordagem integral;
- 2) Tecnologia potencializadora: busca as capacidades existentes em cada mulher para lidar a sua maneira e da melhor forma possível com as transformações geradas em sua vida através da gravidez;
- 3) Tecnologia aberta: integra diversos saberes de diversas disciplinas e saberes populares na construção do cuidado, considerando o contexto da vida da mulher e o ambiente onde está inserida modifica-se a cada encontro, com cada mulher;
- 4) Tecnologia viva: é dinâmica, adaptável e renovável a cada encontro de acordo com cada contexto social e demandas femininas;
- 5) Tecnologia instituinte: é aberta a se recriar constantemente;
- 6) Tecnologia complexa: admite o uso da emoção, da sensibilidade, da intuição, da espiritualidade, além da razão;
- 7) Tecnologia de conforto: busca descobrir com as mulheres, formas de conciliar diferentes sensações experimentadas na gravidez com o objetivo de alcançar uma vivência prazerosa deste período.

Logo, no cotidiano assistencial da enfermeira obstétrica, vários cuidados podem ser considerados tecnologias não invasivas de cuidado, entretanto, o limite entre a imposição e a sugestão é muito sutil e depende, principalmente, da atitude do profissional que a atende (SEIBERT, 2010).

2 ABORDAGEM METODOLÓGICA

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, de base compreensiva das questões que envolvem a amamentação, sob a ótica do desejo e das tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem. A opção pela abordagem qualitativa se deu em função desta permitir a obtenção de informações que demonstrem a essência de toda a vida de uma pessoa. Portanto, qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que cada indivíduo faz a respeito de como vive, sente e pensa (MINAYO, 2010). Trata-se de abordagem mais utilizada pelas ciências sociais e estas “se conformam melhor à investigação de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e de documentos” (MINAYO, 2010, p. 57).

O método História de vida, muito utilizado em ciências sociais, tem como precursor o sociólogo francês Daniel Bertaux. Nos Estados Unidos, na década de 30 do século passado, a história de vida era utilizada como técnica. Este termo originou-se do vocábulo francês *histoire* que, foi traduzido para o Inglês em 1970, pelo sociólogo americano Norman K. Denzin, o qual propôs uma distinção com a utilização de dois vocábulos: *life history* e *life story*.

A *life history*, compreende o estudo aprofundado da vida de um ou mais indivíduos, utilizando-se não só do relato dos mesmos, como também de documentos e/ou depoimentos de outras pessoas que possam atestar o que foi narrado pelo sujeito do estudo. Já a *life story*, também traduzida como “narrativas de vida”, significa uma forma particular de entrevista na qual uma pessoa conta a sua experiência vivenciada, no todo ou em parte, a partir da solicitação de um investigador. Não é um discurso qualquer, “é um discurso narrativo que se esforça para contar uma história real” (BERTAUX, 2010, p. 89).

Este método possibilita à enfermeira, exercitar a escuta atenta, a capacidade de apreender, através da observação e da captação de todos os dados que a clientela possa fornecer a problemática apresentada por ela e, então, atuar de forma consistente e competente.

Ao utilizar a narrativa de vida, histórias complexas e íntimas são desveladas, as trajetórias de vida são repensadas e a possibilidade da pessoa contar sua vida em uma entrevista e ter quem a ouça de forma atenta pode, em certas ocasiões, ser similar a uma terapia (REIS et al., 2012), motivo pelo qual é necessário um período de ambientação do pesquisador no cenário de pesquisa, a fim de que ele possa tornar-se “familiar” no cotidiano

dos indivíduos, até porque escutar atentamente “exige método do pesquisador para que o sujeito seja efetivamente valorizado em suas experiências. É importante lembrar que quanto mais ouvimos, mais aprendemos a ouvir o outro” (REIS et al., 2012, p. 622). Portanto, como seres humanos, pesquisadores e profissionais de saúde, devemos exercitar virtudes humanas: ouvir e, concomitantemente, silenciar sem julgar.

Os *status* de indícios são os fragmentos da narrativa que obtiveram maior recorrência. Corresponde a um momento no contexto da totalidade da narrativa. Para que apareçam recorrências, é necessário que os conteúdos latentes de cada uma das narrativas recolhidas, tenham sido antes explicitados. Assim, a análise torna-se muito mais precisa, pois, para obter-se esse *status*, é preciso extrair das narrativas de vida somente as significações pertinentes ao objeto da pesquisa (BERTAUX, 2010).

2.1 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC/RJ) no dia 23 de novembro de 2012, sob protocolo nº 163/12¹ (ANEXO C).

Em concordância com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentares de pesquisas envolvendo seres humanos, e considera o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos, as participantes do estudo foram devidamente instruídas pela pesquisadora quanto à participação voluntária, garantia do sigilo e do anonimato na utilização de suas narrativas (BRASIL, 2012a). Da mesma forma, foram esclarecidas quanto ao uso de nomes fictícios para identificá-las. Todas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), receberam uma cópia do referido documento e foram informadas de que poderiam desistir da entrevista a qualquer momento, sem risco algum para ela e seu filho em relação à assistência institucional recebida.

As narrativas foram gravadas em Musical Player 4 (MP4), com autorização prévia das entrevistadas. Esse material permanecerá sob a guarda da pesquisadora durante 5 anos, e após

¹ O projeto de pesquisa foi encaminhado ao CEP da SMSDC/RJ conforme previsto na Resolução CNS nº 196/96, vigente à época, e posteriormente revogada pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

este período será destruído. As transcrições foram realizadas imediatamente após o término de cada entrevista, de forma a não perder o fio condutor das informações apresentadas.

2.2 Cenários e participantes da pesquisa

Como método, a narrativa de vida preconiza a diversificação das participantes, como dispor não só de um caso, mas de uma série de casos, construída de maneira a tornar possível sua comparação e compreender semelhanças e diferenças entre esses casos. Assim, é possível descobrir o que há de geral em cada caso particular (BERTAUX, 2010).

Atendendo ao preconizado no método em relação à diversificação das participantes, o estudo foi realizado em três cenários distintos, a saber: o alojamento conjunto e o alojamento de mães que possuem seus bebês internados na UTI neonatal. Ambos possuem o título de Hospital Amigo da Criança e de Unidade Básica Amiga da Amamentação. O terceiro cenário foi o Programa Saúde da Família. Todos estão situados na região do Médio Paraíba, no Estado do Rio de Janeiro. A coleta das narrativas ocorreu no período de fevereiro a julho de 2013.

Uma ambientação foi realizada, e previamente ao início das entrevistas, a pesquisadora manteve contato com as participantes. Destaca-se como limitação do estudo o fato de ser ela também Coordenadora do Programa de Incentivo e Apoio ao Aleitamento Materno da maternidade que foi um dos cenários da pesquisa, condição esta que inibiu as narrativas de algumas participantes que a perceberam como avaliadora da instituição.

Como consequência, mudou-se o cenário de pesquisa para a Estratégia Saúde da Família (ESF), onde também houve uma ambientação considerada exitosa porque as participantes que tiveram seus filhos na maternidade, assim como os funcionários da referida Estratégia, já conheciam a pesquisadora, detalhe que contribuiu para que as narrativas ocorressem tranquilamente, sem apreensão.

Foram realizadas entrevistas abertas com 16 participantes para coletar as narrativas, que fluíram naturalmente. Porém, é importante ressaltar que em determinado momento houve necessidade de ir aos domicílios de algumas participantes para realizar as entrevistas, isto porque elas não compareciam na ESF, embora tivessem concordado em participar voluntariamente da pesquisa. A coleta das narrativas nos domicílios foi satisfatória. As participantes sentiram-se à vontade e seguras para falar de suas vidas, visto que estavam em

seu *habitat*, seu porto seguro. Para a identificação das participantes da pesquisa, utilizou-se o pseudônimo de nomes de flores e são descritas no Quadro 3 (f.49).

A princípio, a questão norteadora da entrevista foi a seguinte: “fale-me a respeito de sua vida que tenha relação com seu desejo de amamentar, e os cuidados que você recebeu da equipe de enfermagem no processo de amamentação”. Todavia, após realizar a primeira e a segunda entrevistas, ficou clara a necessidade de rever a pergunta, assim como de incluir o filtro preconizado por Bertaux (2010) que facilita o entendimento da participante em relação aos objetivos da pesquisa, e possibilita focar nas recordações, lembranças de sua vida que tenham relação com o objeto investigado. Desta forma, passaram a narrar apenas o que consideraram importante para o estudo.

A questão norteadora da entrevista utilizada inicialmente estava longa e dificultava a compreensão das participantes, e foi substituída por: “Fale a respeito de sua vida que tenha relação com a amamentação”. É importante registrar que três entrevistas foram descartadas, duas por contaminação, e a terceira por inabilidade técnica da pesquisadora com equipamento eletrônico.

Durante as entrevistas, a pesquisadora procurou manter-se atenta, com gestos que demonstravam interesse e expressões faciais de satisfação, a fim de que a participante percebesse que existia um real interesse naquilo que estava sendo narrado. Foi possível constatar que elas não estavam somente relatando fatos de suas vidas, mas também refletindo a respeito.

As participantes da pesquisa estavam em processo de amamentação a partir do pós-parto imediato até os 06 meses de vida do bebê, em atendimento nos cenários da pesquisa já descritos. A partir das respectivas narrativas, buscou-se o ponto de saturação, que surgiu quando a pesquisadora percebeu que as narrativas eram similares e que nada mais havia a acrescentar.

Foi importante fazer a transcrição das narrativas imediatamente após as entrevistas, como preconizado no método escolhido para a pesquisa, pois as lembranças, os fatos, os gestos, as expressões faciais, o dito e o não dito pelas participantes emergiram para a pesquisadora, garantindo fidelidade e facilidade na transcrição.

De acordo com a orientação teórica e metodológica de Daniel Bertaux (2010), após a transcrição e re-transcrição das narrativas, foi iniciada a análise temática. De posse do material empírico transcrito (as narrativas), foi feita uma leitura flutuante inicial para permitir que emergissem os temas em comum. As narrativas que se aproximaram por semelhança

receberam o mesmo título, e tiveram destaque no texto através da marcação por cores. Essa etapa, denominada codificação, deu origem a 26 unidades temáticas descritas a seguir:

- a) primeira vez que está amamentando;
- b) desejo;
- c) cuidado de enfermagem apoio, tecnologia não invasiva de cuidado de enfermagem;
- d) medo;
- e) culpa;
- f) para ser mãe tem que amamentar;
- g) emagrecer;
- h) imposição Iniciativa Hospital Amigo da Criança e Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação;
- i) querer ser mãe;
- j) ausência de amor materno;
- k) relação mãe – filha;
- l) falta de cuidado;
- m) lembrança da família amamentando;
- n) dificuldade na amamentação;
- o) decisão de amamentar;
- p) no começo eu não queria amamentar (desinteresse);
- q) tudo eu queria saber (interesse);
- r) técnica – manejo;
- s) lembrança de quando amamentou seus outros filhos;
- t) no começo não queria engravidar (desinteresse);
- u) orientação no Posto de Saúde;
- v) amamentaram mesmo com dificuldades, pela criança, obrigação;
- w) preconceito, julgamento;
- x) amamentação cruzada;
- y) vontade de parar de amamentar;
- z) imposição da família.

A fase seguinte, denominada recodificação, foi constituída de releitura das narrativas e comparação com as unidades temáticas. Contabilizou-se o número de vezes que as unidades

temáticas apareceram nas narrativas, assim caracterizando a recorrência. Após o agrupamento foi realizada nova leitura do material com a realização de comparação das narrativas que, sintetizado, deu origem a duas categorias analíticas.

- a) Categoria 1: Vivência da mulher em relação à sua amamentação.
- b) Categoria 2: Cuidados de enfermagem na perspectiva das tecnologias não invasivas de cuidado.

2.3 Caracterização das participantes

O Quadro 2 apresenta dados pessoais e obstétricos das participantes e observa-se que 03 tinham 18 anos ou mais; 11 estavam na faixa etária entre 18 e 34 anos; e 02 tinham 35 anos ou mais. Com relação à cor da pele, 05 participantes declararam-se brancas, 05 negras e 06 pardas.

Quadro 2 - Dados pessoais e obstétricos das participantes do estudo

Nome	Idade	Cor	Paridade	Parto	Estado civil	Escolaridade
Margarida	19 anos	Negra	GIPOA0	Cesárea	Solteira	ensino fundamental completo
Violeta	28 anos	Parda	GVPIVAI	Cesárea	Solteira	ensino médio completo
Jasmim	23 anos	Negra	GIPIA0	Normal	Solteira	ensino fundamental incompleto
Cravo	17 anos	branca	GIPIA0	Normal	Solteira	ensino fundamental incompleto
Azaléia	35 anos	branca	GIPIAI	Cesárea	Casada	ensino médio completo
Copo-de-leite	18 anos	Negra	GIPIA0	Cesárea	Solteira	ensino médio incompleto
Bromélia	32 anos	Negra	GIPIA0	Cesárea	Solteira	ensino superior incompleto
Orquídea	30 anos	branca	GIPIA0	Cesárea	Casada	ensino médio completo
Rosa	18 anos	branca	GIPIAI	Normal	Solteira	ensino fundamental incompleto
Begônia	33 anos	Parda	GIIPIIIA0	Cesárea	Casada	ensino médio completo
Flor-de-lis	25 anos	Parda	GIIPIIAI	Cesárea	Casada	ensino fundamental incompleto
Girassol	27 anos	Negra	GIVPIIIAI	Cesárea	Solteira	ensino fundamental completo
Hortência	24 anos	Parda	GIIPIIA0	Normal	Solteira	ensino fundamental incompleto
Gerânio	33 anos	Parda	GIIPIIA0	Cesárea	Solteira	ensino médio incompleto
Flor-de-laranjeira	19 anos	branca	GIPIA0	Normal	Solteira	ensino médio incompleto
Alfazema	38 anos	Parda	GIIPIIIA0	Cesárea	Solteira	ensino fundamental incompleto

Fontes: Entrevista e prontuários das 16 mulheres participantes do estudo.

Observa-se que 11 participantes tiveram seus filhos por meio de cesariana, e 05 em parto normal. Destas, 11 eram solteiras, e 04 declararam-se casadas. E ainda, 07 possuíam o ensino fundamental (05 incompletos e 02 completos). Com relação ao ensino médio 04 possuíam o ensino completo e 03 incompletos. Uma participante possuía ensino superior incompleto.

2.4 Historiograma

Quadro 3 – Historiograma das Participantes do Estudo (continua)

Participantes	Breve relato das narrativas de vida
Margarida 1	19 anos, negra, primeiro filho, cesárea, solteira, entrevista realizada na maternidade, no alojamento de nutrizes, não desejava amamentar, bebê com 07 dias de vida, registrado na maternidade.
Violeta 2	28 anos, parda, quarto filho, cesárea, solteira, ensino médio completo, entrevista realizada na maternidade, no alojamento de nutrizes, não desejava amamentar, bebê com 03 dias de vida, sem registro até o momento da entrevista.
Jasmim 3	23 anos, negra, parto normal, primeiro filho, solteira, ensino fundamental incompleto, entrevista realizada na maternidade, no alojamento conjunto, desejava amamentar, bebê com 01 dia de vida, sem registro até o momento da entrevista.
Cravo 4	17 anos, branca, primeiro filho, parto normal, solteira, ensino fundamental incompleto, entrevista realizada na maternidade, no alojamento conjunto, desejava amamentar, bebê com 01 dia de vida, sem registro até o momento da entrevista.
Azaléia 5	35 anos, branca, segundo filho, cesárea, casada, ensino médio completo, entrevista realizada no Programa Saúde da Família, desejava amamentar, bebê com 18 dias de vida, saiu sem registro da maternidade.
Copo-de-leite 6	18 anos, negra, primeiro filho, cesárea, solteira, ensino médio incompleto, entrevista realizada no Programa Saúde da Família, não desejava amamentar, bebê com 04 dias de vida, saiu sem registro da maternidade.
Bromélia 7	32 anos, negra, primeiro filho, cesárea, solteira, superior incompleto, entrevista realizada no domicílio, não desejava amamentar, bebê com 15 dias de vida, saiu sem registro da maternidade.
Orquídea 8	30 anos, branca, primeiro filho, cesárea, casada, ensino médio completo, entrevista realizada no Programa Saúde da Família, desejava amamentar, bebê com 05 meses e 09 dias de vida, registro não declarado.
Rosa 9	18 anos, branca, primeiro filho, parto normal, solteira, segundo ano do ensino fundamental completo, entrevista realizada no domicílio, desejava amamentar, bebê com 14 dias de vida, saiu sem registro da maternidade.
Begônia 10	33 anos, parda, terceiro filho, cesárea, casada, ensino médio completo, entrevista realizada no domicílio, desejava amamentar, bebê com 03 dias de vida, registro na maternidade.
Flor-de-lis 11	25 anos, parda, segundo filho, cesárea, casada, segundo ano do ensino fundamental incompleto, entrevista realizada no domicílio, desejava amamentar, bebê com 05 meses de vida, registro na maternidade.
Girassol 12	27 anos, negra, terceiro filho, cesárea, solteira, segundo ano do ensino fundamental completo, entrevista realizada na Estratégia Saúde da Família, não desejava amamentar, bebê com 18 dias de vida, registro na maternidade.

Quadro 3 – Historiograma das Participantes do Estudo (conclusão)

Participantes	Breve relato das narrativas de vida
Hortência 13	24 anos, parda, segundo filho, parto normal, solteira, segundo ano do ensino fundamental incompleto, entrevista realizada na Estratégia Saúde da Família, desejava amamentar, bebê com 02 meses de vida, saiu sem registro da maternidade.
Gerânio 14	33 anos, parda, segundo filho, cesárea, solteira, ensino médio incompleto, entrevista realizada na Estratégia Saúde da Família, desejava amamentar, bebê com 06 meses de vida, saiu sem registro da maternidade.
Flor-de-laranjeira 15	19 anos, branca, primeiro filho, parto normal, solteira, ensino médio incompleto, entrevista realizada na Estratégia Saúde da Família, desejava amamentar, bebê com 21 dias de vida, registro na maternidade.
Alfazema 16	38 anos, parda, terceiro filho, parto normal, solteira, ensino fundamental incompleto, entrevista realizada na Estratégia Saúde da Família, desejava amamentar, bebê com 06 meses de vida, saiu sem registro da maternidade.

3 ANÁLISE DAS NARRATIVAS

Neste capítulo, são apresentadas as duas categorias analíticas que emergiram dos dados coletados para o estudo, a saber: “vivência da mulher em relação à sua amamentação” e “cuidados de enfermagem na perspectiva das tecnologias não invasivas de cuidado”. Na primeira, serão abordados aspectos relacionados à vivência da mulher em relação ao processo de amamentação, a Relação mãe – filha, a ausência de amor materno, o desejo de ser mãe e desejo de amamentar.

3.1 Primeira Categoria: Vivência da mulher em relação à sua amamentação

Nesta categoria, discute-se a vivência da mulher em relação ao desejo de amamentar a partir do conhecimento de suas vivências, experiências, as recordações familiares das participantes do estudo, o desejo de ser mãe e o desejo de amamentar.

As narrativas de vida das entrevistadas evidenciaram que, dentre as dezesseis mulheres, onze queriam amamentar, ao contrário de cinco que relataram não desejar fazê-lo. Aquelas que queriam amamentar, conseguiram demonstrar seu desejo de uma forma espontânea e natural, que foi observado em suas falas e em seus semblantes. Por se sentirem responsáveis pela saúde do próprio filho, consideravam que não tinham o direito de pensar de outra forma. A responsabilidade de cuidar coloca a mulher diante da capacidade de criar e zelar pela saúde do seu filho, como evidenciado nas falas a seguir:

Porque é fantástico você ver seu filho... Pra mim é uma sensação maravilhosa. Uma emoção. É emocionante ver você amamentando, o seu leite saindo ali. Você sentir a pulsação do leite quando puxa e estimula. Nossa! Muito, muito bom. (Alfazema)

[...] são cuidados de mãe, é um cuidado que você vê mesmo, que você tem que dar suporte mesmo para uma criancinha [...]. (Begônia)

Badinter (2011, p. 149), ao falar sobre a “vocação materna”, relata que para essas mulheres a plenitude não se esgota no face a face, j a que “a criança   obra de uma vida porque   uma cria o arrebatadora com a qual nenhuma outra pode rivalizar”.

Na prática assistencial, observa-se que a maioria das mulheres reage defensivamente quando é indagada a respeito do seu desejo de amamentar. É como se não pudessem sentir o não desejo. Para elas, é uma surpresa alguém perguntar se desejam amamentar. A propósito, uma entrevistada relatou seu sentimento em relação à amamentação:

Mas eu fiz questão... E eu me senti muito honrada, muito orgulhosa de ter conseguido amamentar minha filha até os 5 meses, quase 5 meses, só com o peito. (Alfazema)

No entanto, havia mulheres que inicialmente não manifestaram o desejo de amamentar, mas que, no momento das entrevistas encontravam-se amamentando ainda que não quisessem fazê-lo:

[...] eu não queria amamentar não [...] (Margarida)

[...] no começo, eu não queria, mas agora eu quero... eu não queria porque prende muito a gente...eu nunca tive assim, ah... vontade assim não ... (Violeta)

[...] eu não tive assim tanto interesse na parte de amamentação, também não pensava em amamentar assim, seis meses... (Bromélia)

É comum a mulher se culpar de alguma forma, e acreditar que merece ser castigada como evidenciado a seguir:

[...] eu acho que por eu ter errado dessa forma quando eu era mais nova, eu tive consequência, eu tive que sofrer, sentir a dor da perda para poder amadurecer. (Gerânio)

Badinter (2011, p. 69) questiona: “se o aleitamento é o fator desencadeador do apego materno, o que acontece com aquelas que amamentam na maternidade e param assim que saem de lá, ou algumas semanas depois?”. A propósito, é importante conhecer o relato de uma parturiente, transcrito em obra de Badinter (2011, p. 69-70), afirmando que para amamentar é preciso reaprender a ser um animal:

Há dois tipos de mulheres: aquelas que não reclamam de investir muito na maternidade e as que se negam a isso; as que aceitam ser um mamífero e as que não podem imaginá-lo. Há as que adoram ser um animal [...], as militantes do aleitamento, as fanáticas da maternidade, e as que estão enojadas dela [...], as que o fazem por dever ou por compaixão.

Cabe ressaltar que, neste estudo, tanto as que queriam amamentar, como as que não queriam fazê-lo, apresentaram diversos tipos de dificuldades na amamentação, muitos deles relacionados ao fato de serem primíparas. Para as que desejavam amamentar, as principais

dificuldades encontradas foram fissuras mamilares, dor nos mamilos ao iniciar a amamentação, e outras porque já estavam na fase de iniciar a alimentação da família e a criança só aceitava o peito (sem ganho de peso), amamentação cruzada, postura inadequada ou incorreta, dentre outras. Seguem-se dois exemplos de entrevistadas dispostas a amamentar a qualquer custo:

[...] tem gente que não quer amamentar porque dói. Eu não, o meu doeu e eu amamentei mesmo assim. Eu sempre falei: se machucar, eu vou dar assim mesmo, pode ta sangrando. Só se o médico falasse que não pode ... (Flor-de-Lis)

Ele [o mamilo] tava machucado, mas eu insistia porque eu sei que... passei a tal saliva, mas eu sei que... amamentando... o colostro lá. Saliva não. Passei leite em pó e tudo. (Alfazema)

O momento da amamentação é único entre a mãe e o filho. Eles não precisam de ninguém para interferir nesse momento, salvo em raríssimas exceções quando apresentam alguma dificuldade na amamentação e solicitam ajuda. O momento do primeiro contato entre mãe e filho é de fundamental importância para favorecer o vínculo afetivo (WINNICOTT, 1983). Uma entrevistada relatou os momentos seguintes ao parto e a ansiedade que sentiu:

A doutora (diz o nome da pediatra), que acompanhou o parto. Ela falou: Olha mãe! Sua filha... Colocou nem meio minuto em cima de mim. Tirou. Colocou lá naquele lugar pra ver APGAR, aquele negócio todo. Botou lá. E eu fiquei olhando pra ela, porque... O que tá acontecendo? Eu não queria saber de mim mais. Eu queira saber dela. Eu queria saber o que tava acontecendo com ela. Por que ela não ia ficar comigo? (Alfazema)

É o aleitamento e a proximidade que ele implica que forjam laços poderosos entre a mãe e o filho (BADINTER, 2011). No dia a dia, os profissionais da saúde têm hábito de ensinar, interferir, e com isso atrapalham o momento mais importante entre mãe e bebê. São ansiosos e querem que dê certo. Cada bebê tem o seu tempo, alguns irão iniciar a sucção rapidamente outros, levarão alguns minutos.

Na gestação eu já conversava muito. Cada segundo da vida dela, a gente tem um diálogo maravilhoso (risos). Muito bom. Muito bom. Eu falo. Ela me entende. Ela me olha. Eu tenho certeza que ela me entende. (Alfazema)

Igual, ela acorda chorando... esperneando né? Aí eu falo: Já vou buscar seu mamá. 'Pera' só um pouquinho, tá? Ela pega a chupeta, põe na boca e ela sossega. (Alfazema)

A relação que a mãe tem com o bebê antes do parto, e também nas primeiras semanas e meses após o nascimento, chama a atenção para “a imensa contribuição ao indivíduo e à

sociedade que a boa mãe comum faz desde o começo, com seu marido dando suporte, e que ela faz simplesmente por ser devotada a seu filho” (WINNICOTT, 2005, p. 119).

Badinter (2011, p. 64) defende a ideia e reforça “os defensores do naturalismo, notadamente os que se vangloriam de ser “amigos dos bebês” (como se todos os outros fossem inimigos dos bebês), continuam a preconizar o pele a pele no instante que sucede o nascimento, para despertar o instinto materno”.

A autora conta que muitos antropólogos, em numerosas culturas, observam uma reação materna reservada, considerada um período de indiferença enquanto a mulher se recupera do esgotamento do parto. Tal fato foi confirmado por um estudo sobre as mulheres primíparas britânicas, quando foi constatado que 40% declaravam que, no início, não sentiam nenhuma afeição pelo bebê (BADINTER, 2011).

Vivenciar ou ter vivenciado a amamentação, para algumas mulheres, traz uma experiência individual e única que jamais será esquecida, e ainda, se torna o momento de decisão de amamentar e de despertar para o desejo de fazê-lo ou não.

O momento, para os profissionais da saúde, sobretudo os da enfermagem, pode ser mais um, porém, certamente para a mulher é ímpar. Mesmo que ela possua mais filhos, uma gestação, uma amamentação, não será igual à outra, razão pela qual todos os profissionais devem se empenhar em estimular o início e o desenvolvimento natural da relação emocional entre as mães e seu bebê (WINNICOTT, 2005).

[...] eu acho que a pessoa tem que vivenciar mesmo, para ela poder realmente perceber e ter essa experiência mesmo própria... acho que é prazeroso, eu acho que é uma coisa mais particular da mãe com a criança. (Azaléia)

A participante Violeta, cujo depoimento se segue, enfatizou que vivenciar ou ter vivenciado a amamentação, também é um fator que leva uma mulher a se decidir por amamentar ou não.

[...] aí, o primeiro eu amamentei até os quatro anos, aí o segundo também eu amamentei pouco, porque ele não quis mais, largou... e a última também amamentei pouco também, só que ela não quis mais. (Violeta)

As narrativas de vida evidenciaram que muitas mulheres não tinham companheiros, e este fato não interferiu na capacidade de oferecer carinho, atenção, dedicação, proteção e segurança aos seus filhos. Ser solteira ou não viver no mesmo lar do pai de seus filhos, não as impediu de ter autonomia e de ser capaz de criar seus filhos e de certa forma, incentivar a

“onipotência do lactante”, algumas vezes de forma repetitiva (WINNICOTT, 1983, p. 133) Nesta fase inicial, a criança é a mãe e a mãe é a criança. A mãe suficientemente boa observa, conhece e consegue captar e atender a necessidade da criança. Já a mãe que não é suficientemente boa, não consegue entender a reação do lactente e, conseqüentemente, não atende suas necessidades no devido tempo. Esta inabilidade em perceber e atender as necessidades de seu filho não possibilita que a criança realize o gesto por ele. Tem-se, assim, um lactente submisso e essa submissão dá origem ao “estágio inicial do falso *self*” (WINNICOTT, 1983, p. 133).

É muito importante velar pela criança desde o nascimento, ajudando-a a desenvolver etapa por etapa da vida, para ter alegria e o orgulho de, um dia, ver um adulto realizado (BADINTER, 2011). A condição do sucesso é que a mãe encontre prazer nisso e o filho também, ou seja, a amamentação tem que ser algo bom para as duas partes.

Outro fator muito importante que leva à decisão de amamentar ou não, é a questão familiar. A influência da família, as lembranças, recordações, são pontos citados pelas participantes que descrevem o desejo de amamentar, como nos exemplos que se seguem:

[...] minha mãe me explicou como que é a amamentação... minha mãe amamentou, eu acho que eu mamei até, se eu não me engano, até seis anos... (Cravo)

[...] você é responsável por um ser que não responde por ele sozinho...eu achava que era uma coisa boa, uma coisa legal que eu estaria trazendo no decorrer da minha geração através da minha mãe e da minha avó... (Azaléia)

A vivência familiar se torna, portanto, muito importante para as mulheres que estão em processo de amamentação. O fato de já ter sido amamentada, repercutirá na vida adulta da mulher quando for mãe. E ainda, ter presenciado a família e as amigas amamentando, fortalece a decisão de fazê-lo, como relataram três entrevistadas:

[...] As minhas amigas também que já foram mães, passaram experiência, me deram conselhos me ensinaram amamentar, porque eu não sabia amamentar ... (Cravo)

[...] eu sempre ouvi minha mãe contando histórias dela amamentar tanto eu como minha irmã, que foi benéfico em termos de saúde para a gente, por ela perceber que a gente quase não ficava doente ... (Azaléia)

[...] toda vez que eu via minha mãe dando mamar, eu fui aprendendo [...] as minhas irmãs também sempre deram de mamar [...]. (Begônia)

A relação íntima mãe-filha, influencia a vida da mulher, em especial, quando se torna mãe. Gerânio repetia muito o fato de não ter tido o apoio de sua mãe quando se tornou mãe.

Não teve o apoio dela quando mais precisou, e atribui a este fato os sérios problemas vivenciados para aceitar sua primeira gravidez, como relatou:

[...] como eu poderia ser mãe, se eu não tinha o amor da minha mãe? (Gerânio)

Ao chegar à fase adulta, a mulher não se lembra da fase inicial de sua vida, quando apresentava dependência total de sua mãe. Na fase adulta, ao se tornar feliz, acredita ter um débito com uma mulher, sua mãe (WINNICOTT, 2005).

As narrativas de vida das mães adolescentes mostraram que estão bastante ligadas a suas mães. Para algumas, o cuidado com seus bebês estavam condicionados ao que suas mães propunham. Já para outras, esse condicionamento era quase desnecessário porque se sentiam fortemente capazes de cuidar de seus filhos, a exemplo de Rosa.

No começo minha mãe achava que eu ia ter dificuldade porque sou muito nova, mas dou banho, troco fralda, faço tudo (risos). (Rosa)

As mães adolescentes, por inexperiência, estão sob processo de dependência de suas mães quando se tornam mães, razão pela qual precisam “de proteção e informação; precisam do melhor que a ciência médica pode oferecer em termos de cuidados corporais e prevenção de acidentes evitáveis” (WINNICOTT, 2005, p.121). Precisam também de profissionais em quem confiem e ser orientadas de uma forma clara, sem a utilização de termos científicos. Essa parcela da sociedade não tem o hábito de aprender através dos livros. Para as que já passaram pela maternagem, e que se permitem olhar em torno, talvez houvesse algum interesse em ler a respeito (WINNICOTT, 2005). A propósito, segue-se outra narrativa:

Então, o primeiro bebê da minha mãe, ela não tinha bico do peito, então foi muito difícil. Ela morava na roça e não tinha incentivo, não tinha apoio, não tinha assim o conhecimento que a gente tem hoje. (Orquídea)

As narrativas de vida de algumas mulheres evidenciaram a interferência familiar alterando o comportamento na decisão de amamentar, confirmando que a mulher sofre influências familiares consideradas fundamentais e decisivas para ela. Mesmo com dificuldades, continuam amamentando, mesmo com dor sentem-se obrigadas a continuar, pois, a família a coloca como responsável pelo bebê, como exemplificado abaixo:

[...] o meu peito tava dolorido, eu tava querendo deixar, largar, mas fui e tentei... não desisti... (Flor-de-lis).

[...] chorava, já tava começando a mexer com a minha cabeça já. Eu não queria mais. Não queria mais amamentar, não queria porque doía, tava me machucando. (Flor-de-laranjeira)

A mulher que vivenciou o processo de amamentação, apresentou dificuldades e foi influenciada pela família para não interrompê-lo, acredita que o fato de a família ter insistido, impedindo-a de desistir, foi o fator que contribuiu para que continuasse amamentando. Desta forma, a mulher contemporânea se obriga a amamentar por pedido ou exigência pessoal e social, até que a criança atinja a saciedade (BADINTER, 2011). Não só se obriga como tenta a todo custo convencer os outros. Flor de laranjeira narra a situação da tia, que teve um insucesso com a amamentação e, segundo ela, teve depressão pós-parto:

[...] Aí não deu, mas se ela (tia da participante) tivesse tentado, ela tinha conseguido. (Flor-de-laranjeira)

O aleitamento materno traz muitas vantagens para o bebê e para a mãe, sobretudo as ecológicas, mas a conclusão é irrecorrível: a boa mãe é aquela que amamenta. As mães que não conseguem ou decidem não amamentar, sentem-se culpadas. Além disso, estigmatizam-se aquelas que preferem dar a mamadeira e, portanto, não poderão experimentar o mesmo apego físico em relação ao seu bebê (BADINTER, 2011). A mulher sente-se responsável pela saúde de seu filho por questões culturais, pela sociedade que não a vê como “boa mãe”, pela estigmatização que sofre. Isto porque a vida da mãe, tanto afetiva como emocionalmente, gira em torno da vida de seu filho. Tornam-se mães dedicadas para atender integralmente as necessidades de seus filhos (BADINTER, 2011). Segue-se a narrativa de Azaléia acerca da sua angústia em relação à amamentação:

[...] eu me senti assim, não completa totalmente, assim meia pela metade, entendeu? Eu percebi que estava faltando alguma coisa, que meu trabalho não estava completo como mãe... até um certo tempo eu achava que devia ter me empenhado mais, aquela coisa toda ... (Azaléia)

A amamentação é um fator fundamental para essa relação mãe-filho, pois é a primeira aproximação que ela tem com seu bebê, a primeira oportunidade que tem de demonstrar que é devotada a seu filho (WINNICOTT, 2005). Porém, quando a amamentação é realizada de forma mecânica, imposta, não será capaz de dar conta desse momento tão significativo na vida do binômio mãe-bebê.

As narrativas de vida também evidenciaram que muitas mulheres se culpam pelo fato de terem que voltar ao trabalho ainda no período de amamentação. Ressalta-se, então, o

aspecto legal que prevê licença maternidade de 120 dias e o Ministério da Saúde preconiza que a amamentação seja exclusiva, até os seis meses de vida do bebê. A participante Alfazema comentou essa questão:

Tinha aquele negócio de ter que parar pra poder voltar a trabalhar. Então, eu acredito que ele mamou entre 2 meses e meio a 3. Mas eu queria ter tido... com ele eu comecei mais cedo a dar a mamadeira, porque eu ia voltar a trabalhar... (Alfazema)

Algumas mulheres são capazes de deixar seus trabalhos para cuidar dos filhos, mesmo que posteriormente venham a se arrepender; outras são incapazes de fazer isso (BADINTER, 2011). Na prática assistencial, não é raro depararmos-nos com mulheres que deixaram seus empregos quando acabou o período da licença maternidade.

Por outro lado, o estudo evidenciou participantes que verbalizaram o desejo de não engravidar, e sim de amamentar somente; como também, as que desejavam somente engravidar e não amamentar, conforme seus depoimentos:

[...] Ah, eu sempre quis... é... engravidar não, mas amamentar, eu sempre quis amamentar, sempre. (Flor-de-lis)

[...] foi uma gravidez meio forçada, né ... mas eu amamentei a minha menina até dois anos e três meses. (Gerânio)

[...] eu não tinha aquela coisa de ser mãe. (Alfazema)

Nem sempre o fato de ser mãe implica em querer amamentar. Badinter (2011) chama a atenção para os dois hormônios da maternagem que as mulheres possuem: a prolactina e a ocitocina, e relata que algumas mulheres podem mesmo desejar ser mãe, mas não desejar amamentar. Mas é necessário entender que o desejo de ser mãe ou de amamentar não depende exclusivamente de aspectos biológicos. Se assim fosse, não haveria tantas mulheres que param de amamentar antes do final da licença maternidade. Deve-se considerar a importância e a influência do meio e do aspecto emocional, compreender que estas mães não são inconsequentes, e muito menos mães más (BADINTER, 2011).

O combate ideológico se apoia em dois princípios mais ou menos claramente formulados. “O primeiro diz que a boa mãe põe “naturalmente” as necessidades do filho acima de tudo. O segundo, que as necessidades do filho são estabelecidas pela “natureza”, e que são progressivamente cada vez mais conhecidas” (BADINTER, 2011, p.88).

Badinter (2011) relata que a *Leche League* francesa, criada em 1979, após conquistar esses princípios, desenvolveu argumentações baseadas em quatro temas principais: a

autoridade moral da natureza, as vantagens do aleitamento materno, a condição da mulher e a reforma moral da sociedade. Portanto, segundo esses princípios, toda dificuldade, física ou psíquica, pode ser superada, então todas as mães possuem condições de amamentar (BADINTER, 2011).

A participante de codinome Gerânio narrou que foi forçada a engravidar de sua primeira filha e depois, ao engravidar da segunda, sua gestação evoluiu para um feto morto, a termo. No dia anterior, ela havia perdido também a mãe. Culpava-se pelo fato de não ter aceitado a gravidez anterior, achando que esse tinha sido o motivo da perda de sua segunda filha, pois não conseguiria mais dividir o amor de mãe com outro filho. Relatou que não desejava engravidar, mas afirmou que quando descobriu a gravidez, passou a amá-la. Após tudo isso, ela teve outra filha que, no momento da entrevista, aos seis meses de idade, ainda estava sendo amamentada. Segue-se um trecho de sua narrativa:

[...] eu falei para mim mesma e para o meu atual esposo que eu não desejaria ser mais mãe, porque eu não conseguiria dividir o amor com outra criança, o amor que eu tinha era só para aquela filha... então se eu plantei aquela mágoa no meu coração, aquele preconceito, para eu me livrar daquilo eu tinha que passar por alguma coisa... (Gerânio)

Quando nasceu seu segundo filho, ela já se considerava mais experiente, desejava muito a gravidez, e um fato muito importante que influenciou também o desejo de amamentar, foi descobrir que era mais uma menina. Era um sonho que tinha: o de ter mais uma menina. A aceitação da gravidez pode estar entrelaçada com a questão do sexo. Para algumas pessoas, isso pode parecer insignificante, mas para Gerânio, essa foi a motivação que precisava para aceitar ser mãe e amamentar.

Analisando as narrativas de vida, o método preconiza que seja realizada uma escuta atenta, sendo que cada gesto, semblante, fato da vida que seja importante, precisa ser considerado. E isso foi possível perceber em algumas narrativas, como por exemplo, na de Azaléia, que sorria e tinha os olhos brilhantes ao recordar o momento em que descobriu que teria outra menina. Ela falava que queria muito ter outra menina.

[...] eu descobri que estava grávida de novo e até então eu não queria mais ter filhos... depois que eu descobri que era uma menininha, aí eu vi que realmente o meu campo era menina mesmo (risos) ... (Azaléia)

Badinter (2011) registrou em seu livro “o conflito: a mulher e a mãe” que desde 1981, o psicanalista Bruno Bettelheim, manifestou seu descontentamento em relação à tese que ela

defendia em “O mito do amor materno: um amor conquistado”, ressaltando que não há instinto materno, pois se existisse não seriam tantas crianças a precisar de seus serviços, uma vez que sempre trabalhou com crianças que tiveram a vida destruída porque a mãe as odiavam.

É comum a mulher criticar outras mulheres, pautada em valores ou aspectos culturais que a rotula de “mãe boa e mãe má”. Cabe questionar, então: que tipo de amamentação, queremos incentivar e acreditar? A amamentação deve ser vista de ambos os lados: o do bebê e o da mulher. Uma mulher que amamenta com dor, com algum tipo de sofrimento, certamente não conseguirá transmitir todas as vantagens que a amamentação oferece. Além disso, amamentar é algo que precisa ser agradável para os dois, por ser de fundamental importância para a mulher e para o bebê e ser o melhor alimento para a criança de 0 a 06 meses.

Ao considerar a mulher que amamenta uma heroína como o fazem determinadas literaturas e vários depoimentos, supervaloriza-se a maternidade e pressiona-se a mulher a amamentar (BADINTER, 2011). Na verdade, deve-se valorizar a história pessoal e cultural de cada mulher, sem negar a existência dos hormônios da maternagem, e apenas acreditar que não existem dois modos de viver a maternidade. São vários os modos, mas não se resumem somente no biológico (BADINTER, 2011).

Segundo a autora, “não é fácil saber o que as mulheres pensam verdadeiramente sobre amamentação hoje, quando a ambivalência materna é ocultada”. Ela faz uma classificação de três categorias de mães na França: “Há aquelas para quem o aleitamento é uma evidência, uma experiência insubstituível de plenitude e felicidade”; “no outro extremo, quase 40% das mães ainda se recusam a tentar a experiência” e “as mães que começam a amamentar na maternidade e param pouco depois de voltar a casa, raramente invoca a falta de desejo de aleitamento, ou mesmo a repugnância a ele” (BADINTER, 2011, p. 117-118).

Esta categoria evidenciou que a amamentação deve ser vista como um fenômeno bio-psico-sócio-cultural, sob todos os aspectos, considerando que os hormônios presentes na mulher em fase de amamentação, desenvolvem a maternagem de uma forma ímpar na vida de cada uma, e as fortes relações familiares podem influenciar no desejo de amamentar.

3.2 Segunda Categoria: Cuidados de enfermagem na perspectiva das tecnologias não invasivas de cuidado

Nesta categoria são discutidos os objetivos delineados: Identificar se o desejo da mulher de amamentar foi respeitado e, também, discutir os cuidados de enfermagem recebidos pela mulher durante o período de amamentação, na perspectiva das tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem.

Para oferecer um cuidado que seja coerente e atenda as necessidades da mulher no processo de amamentação, a enfermeira obstétrica pode direcionar esse cuidado na perspectiva das tecnologias não invasivas de cuidados, com seus sete elementos referidos anteriormente, que preconizam a não invasão do corpo feminino. Entendo que o peito não é um corpo que alimenta, mas uma parte do corpo que envolve sexualidade, desejos e anseios. Parte do princípio de que cada mulher é única nesse processo, e que umas despertarão para o fenômeno da amamentação de forma diferente das outras, cada uma com suas necessidades individuais. Não invadir pode ser considerado não intervir nos eventos fisiológicos, respeitando-se a natureza (SEIBERT, 2010).

Por ser um conceito ainda em fase de desenvolvimento e aplicado na Enfermagem Obstétrica, na atenção ao trabalho de parto e parto, o mesmo será aqui ampliado visando o cuidado à mulher no processo de amamentação.

O termo *tecnologia*, enquanto saber estruturado, é aplicado com uma intencionalidade e uma justificativa que produz resultado (TORRES; SANTOS; VARGENS, 2008). Como já discutido anteriormente, quando relacionado à saúde, deve ser visto além de máquinas, instrumentos. Os profissionais da área da saúde precisam compreender que a máquina jamais substituirá a essência humana, embora precisemos também utilizar recursos tecnológicos cada vez mais avançados em algumas situações (BARRA et al., 2006).

A análise das narrativas de vida evidenciou que 13 mulheres relataram que tiveram alguma dificuldade na amamentação, e que três não tiveram nenhum tipo de dificuldade. Das 16 mulheres, 15 receberam orientação sobre amamentação, apenas uma não recebeu.

É importante ressaltar que apesar da orientação, algumas mulheres podem apresentar dificuldades para amamentar. A enfermeira, em seu cotidiano assistencial necessita repensar a forma como está orientando, e entender que às vezes, por razões que fogem ao controle, algumas mulheres poderão apresentar dificuldades. Torna-se uma tecnologia complexa por

admitir o uso da emoção, da sensibilidade, da intuição, da espiritualidade, além da razão. (TORRES; SANTOS; VARGENS, 2008).

As narrativas de vida evidenciaram que, apesar da orientação da enfermagem, vários fatores podem contribuir para que as mulheres não consigam seguir com facilidade o manejo da amamentação, como evidenciado a seguir:

[...] minha filha mais velha com três meses eu levei um susto muito grande, quando meu pai faleceu aí meu leite secou de um dia pro outro, não teve mais como eu amamentar... foi difícil porque ela tava acostumada a mamar no peito e foi uma semana de luta... (Begônia)

[...] eu não tava querendo amamentar ela, eu não tava tendo aquela paciência e o meu bico, já tava começando a machucar o meu peito e tava dolorido... (Flor-de-laranjeira)

Winnicott (1983) mostra a importância de entender que devemos intervir cada vez menos no elo mãe – filho. As dificuldades aparecerão, mas se agirmos no momento errado, certamente o dano será maior. É o momento em que eles estão se conhecendo. Contudo, estaremos contribuindo para a insegurança dessa mãe, e atrapalhando o momento que para ela e seu bebê talvez fosse o mais importante.

Odent (2000), ao estudar a complexidade do equilíbrio hormonal, afirma que o estrogênio ativa a ocitocina e a prolactina, ou seja, imediatamente após o parto, a ocitocina e a prolactina se completam. Ressalta que essa liberação hormonal acontece quando o bebê se encontra no estado de alerta no parto, com os olhos bem abertos e as pupilas dilatadas; com isso, as mães ficam fascinadas e encantadas pelo olhar fixo e atento de seus bebês. “É como se o bebê estivesse dando um sinal, e parece que esse contato humano, olho a olho, é uma importante característica do início do relacionamento mãe-bebê em humanos” (ODENT, 2000, p. 13).

Os diferentes hormônios liberados pela mãe e pelo bebê durante o trabalho de parto e parto, não são eliminados imediatamente, sendo que todos têm um papel específico nas futuras interações entre mãe e bebê (ODENT, 2000). Em seu cotidiano, a enfermagem cada vez mais vem procurando orientar as questões do aleitamento materno, e às vezes até se choca quando o insucesso acontece. Acredita ser realmente uma falha no cuidado. Pensando na ótica das tecnologias não invasivas no cuidado de enfermagem, estas mais uma vez contribuem, pois priorizam o respeito à individualidade, e neste caso, a individualidade do binômio, acreditando que a situação determinará o cuidado, e o momento, a própria mulher. É uma

tecnologia viva, ou seja, dinâmica, adaptável e renovável a cada encontro, de acordo com cada contexto social e demandas femininas (TORRES; SANTOS; VARGENS, 2008).

Existem várias situações que potencializam a dor como, por exemplo, o estresse, um ambiente não acolhedor, o fato de estar sozinha e a inexperiência. Juntos, esses fatores podem desencadear uma descarga de adrenalina no organismo feminino. A companhia atenciosa e carinhosa gera confiança, e ajuda a mulher a passar pelo período de trabalho de parto com o alívio da dor, uma prática da enfermeira obstétrica nas tecnologias não invasivas de cuidado.

Por esta razão, é necessário, considerar que a dor é um fator que aparece frequentemente, e é predominante nas narrativas de mulheres que referiram dificuldades na amamentação. Ao realizar as entrevistas, foi possível perceber que o ambiente, tanto na maternidade quanto no domicílio, influencia na intensidade da dor. Do mesmo modo, tal qual durante o trabalho de parto e parto, em que fatores ambientais que incluem a presença de pessoas que criticam ou condenam a mulher como incapaz, podem prejudicá-la e interferir na fisiologia do trabalho de parto e parto (MACEDO et al., 2005). O mesmo acontece na amamentação, e a fisiologia da lactação pode ser alterada por estes mesmos fatores, contribuindo para que a mulher apresente dificuldades na amamentação. Cabe ressaltar que o ambiente sendo favorável e tranquilo, também irá ajudá-la nesse processo.

Uma mulher ao amamentar seu bebê, tem o direito de ter um ambiente que lhe ofereça segurança, conforto e privacidade acima de tudo, livre de ruídos, que consiga obter uma iluminação mais baixa, que seja fresco arejado, longe de muitas pessoas em cima dando sugestões, e às vezes até ordens. A composição do ambiente e o conforto da parturiente devem ser uma preocupação da enfermeira obstétrica, de modo a proporcionar um meio favorável ao desenvolvimento do parto (SEIBERT, 2010). E assim, é o mesmo na amamentação.

Acontece que na prática esquecemos que elas têm esse direito, pois não respeitamos sequer a sua privacidade, e colocamos as mãos em seus seios sem pedir licença. É importante lembrar que se trata de um órgão sexual, uma parte do corpo dela, e não nosso.

Na prática assistencial, é preciso observar a importância do ambiente como potencializador da tranquilidade para a mulher amamentar. O momento da amamentação deve ser respeitado, toda mulher precisa ter tranquilidade para que, assim, consiga transmitir paz ao seu bebê. Muitas vezes não respeitamos esse momento, e muito menos entendemos que se trata de uma tecnologia de cuidado. É como se banalizássemos tal situação. Trata-se de uma tecnologia de conforto, pois busca descobrir com as mulheres, formas de conciliar diferentes

sensações experimentadas na gravidez com o objetivo de alcançar uma vivência prazerosa deste período (TORRES; SANTOS; VARGENS, 2008).

O estudo evidenciou que em relação aos profissionais que realizam as orientações em relação à amamentação, predomina o profissional da área da enfermagem. Dentre as 16 mulheres entrevistadas, todas citaram o técnico de enfermagem 12 vezes, e a enfermeira, 07 vezes. Já o agente comunitário de saúde foi citado 04 vezes, sendo que por 02 vezes elas relataram que receberam orientações de outros profissionais, tais como: psicólogo, fonoaudiólogo, auxiliar de nutrição e de serviços gerais. Na realidade, as participantes estavam mencionando as estagiárias do curso técnico de enfermagem e do curso de especialização em enfermagem obstétrica.

[...] eles tiveram bastante carinho, eles tiveram não só as estagiárias...mas também as próprias funcionárias em questões não só da... acho que são todas, não só da cozinha, mas da limpeza... (Azaléia)

Os treinamentos e capacitações de aleitamento materno são fornecidos pelo Ministério da Saúde em parceria com a UNICEF e destinados a todos os integrantes da equipe que tenham contato com a mulher no processo de amamentação, como recepcionistas, auxiliares administrativos, auxiliares de nutrição, dentre outros. Mas as mulheres também recebem orientações de profissionais de outras categorias, como evidenciado a seguir:

[...] a psicóloga também. Eu lembro assim, umas duas ou três enfermeiras também foi um amor pra mim... em relação à amamentação fui muito bem orientada e como já faço o curso técnico de enfermagem, a gente vai aprendendo e vai treinando... (Gerânio)

O desenvolvimento de uma política e o treinamento de pessoal, resultando em apoio apropriado e capacitado para as mães antes, durante e após o parto, em um apoio contínuo pós-natal na comunidade, são requisitos necessários para obter as melhorias desejadas e objetivadas em outras atividades (OMS, 2001). Assim, a tecnologia aberta integra diversos saberes de diversas disciplinas e saberes populares na construção do cuidado, considerando o contexto de vida da mulher, e o ambiente onde está inserida modifica-se a cada encontro, com cada mulher (TORRES; SANTOS; VARGENS, 2008).

As orientações que receberam foram das enfermeiras e técnicos de enfermagem. Cabe ressaltar que em alguns momentos, elas citavam as enfermeiras, mas, na realidade, estavam se referindo ao técnico de enfermagem. Durante a transcrição, e prestando atenção nas falas, foi possível fazer a diferenciação da categoria:

[...] ah, eu gostei, eu lembro até da enfermeira, a (nome da enfermeira), eu gostei dela... a enfermeira veio aqui e me orientou... ah, negócio de mamar... (Flor-de-lis)

[...] no postinho mesmo eu tive várias aulas com a enfermeira, esqueci o nome dela. E aí, ela me explicou como que amamenta, o bebê tem que pegar a aréola do peito, tem que fazer boca de peixinho... (Orquídea)

No caso de Flor-de-lis, ao citar o nome da enfermeira, foi possível identificar que se tratava de uma técnica de enfermagem.

Em relação aos cenários: maternidade e Estratégia Saúde da Família, 11 participantes narraram que a primeira orientação foi na maternidade e 09 na Estratégia Saúde da Família. É fato que os dois cenários possuem o título de Incentivo ao Aleitamento Materno, o de Hospital Amigo da Criança e o de Instituição Unidade Básica Amiga da Amamentação. Sendo assim, a maternidade apareceu como destaque nas orientações às mulheres em processo de amamentação.

Cabe registrar que essas mulheres são orientadas no pré-natal, na maternidade e na Estratégia Saúde da Família. A maternidade por ser um cenário marcante e impactante permanece vivo, no senso comum, na memória dessas mulheres. Elas se referiram à maternidade, onde a enfermagem tem pouco tempo para fornecer as orientações necessárias e, contudo, a enfermagem até intensifica as informações. Apesar de a maternidade ser o principal local onde as mulheres entrevistadas relataram que receberam informações, elas se sentiram mais acolhidas na Estratégia Saúde da Família.

[...] vim conhecer mais depois que eu frequentei o posto no curso de amamentação, que eu fui conhecer mais de amamentação... eu não sabia muita coisa ... a questão da amamentação, eu fui levando o que eu aprendi no posto, o que eu aprendi no meu pré-natal, que eu fui lavando para frente. (Bromélia)

[...] a moça que trabalha aqui (posto), ia lá em casa para poder me orientar como dar o peito da maneira correta. (Hortênsia)

Nossa cultura é assim: o fato de a funcionária da Estratégia Saúde da Família ter ido até a casa dela, já faz com que ela considere que foi “bem cuidada”. Essa participante demonstra que a profissional a ensinou a maneira “correta” de amamentar. Sabemos que essa é uma forma vertical de se reportar à mulher, de cima para baixo, o que significa dizer “eu te ensino e você faz”. A formação profissional, com raras exceções, ainda apresenta ensino tradicional e cartesiano, capacitando o profissional para agir desta forma.

Ao pensarmos no cuidado, e mais especificamente no de enfermagem obstétrica, foi possível perceber que muitas vezes, a equipe de enfermagem cumpre tarefas e protocolos de

forma mecanizada. As mulheres reconhecem a importância das orientações, porém, criticam a maneira persistente e impositiva dos profissionais de enfermagem. Em algumas ocasiões, a equipe apresenta-se muito rígida e indelicada. A mulher pode deixar de amamentar precocemente, ou amamentar da forma que considerar melhor para ela e para seu filho, assim que sai do ambiente hospitalar e chega à sua casa, como explicitado a seguir:

[...] aí ela foi ignorante comigo, pegou a cabeça do meu filho e falou: é assim que amamenta. Aí eu disse, peraí machuca, tanto eu como eles. Aí ela falou, ah... me largou assim e saiu xingando pra lá. Eu não gostei. (Flor-de-lis)

[...] aí depois de tanto a (enfermeira do posto de saúde) ficar falando na minha cabeça, que fazia meu pré-natal... ficava falando, falando e falando, aí eu comecei a amamentar. (Girassol)

[...] eles falavam que eu tinha que lavar a mão antes de entrar, quando sair, quando for pegar alguma coisa, quando eu ia tirar o leite... porque tinha que tirar o leite pra deixar para ele mamar, eu tinha que ficar de touquinha e de máscara, então aquilo me incomodava um pouquinho, porque eu pensava: meu filho, pra que isso? (Margarida)

O cuidado relacional ocorre através de uma troca entre enfermeira e cliente, em que estão presentes sentimentos, emoções, crenças, valores e saberes de ambos os sujeitos (SILVA; ALVIN; FIGUEIREDO, 2008).

O hospital, enquanto espaço terapêutico, foi concebido segundo os ditames do modelo biomédico, que traz consigo a visão fragmentária e maquinal do homem no que tange às ações do profissional neste espaço do cuidado em si (SILVA; ALVIN; FIGUEIREDO, 2008). Nesta visão, ocorre pressão do profissional de saúde no intuito de que sejam executados os afazeres técnicos em maior quantidade e em menor tempo (SILVA; ALVIN; FIGUEIREDO, 2008).

É possível observar que a participante Margarida estava com o filho internado na UTI neonatal, local onde algumas regras rígidas são necessárias por medida de prevenção de infecção hospitalar, tais como lavar as mãos e usar gorros ao retirar o leite humano ordenhado. Mas isso não justifica um comportamento agressivo, pois as mulheres que por lá se encontram, estão em um momento muito fragilizado e de conflito. Precisam de muito apoio, seja da equipe, do companheiro ou de um ente querido.

Ao pensarmos na palavra apoio, sabemos que quando se trata de amamentação, o peso da palavra é muito grande, pois não tem como amamentar se não tiver o apoio mútuo, e não somente na maternidade, mas na Estratégia Saúde da Família, na comunidade, no domicílio, nos órgãos institucionais.

Estes são princípios do curso Aconselhamento, fornecido pelo Ministério da Saúde, com carga horária de 40 horas. É o único curso fornecido que tem o olhar relacional, naquilo que não está dito, no interior, no respeito ao desejo, a estimulação do protagonismo da mulher e é reconhecido por elas como positivo, como evidenciado na narrativa da Azaléia que é uma Agente de Saúde:

[...] suporte técnico também é importante porque acho que as meninas que ficam lá, elas ficam muito vulneráveis essas questões do emocional, e por se preocuparem com essa questão do aleitamento... (Azaléia)

Por ser importante, critica-se o fato dele ser oferecido somente para profissionais de nível superior. Foi comprovado nesta pesquisa que dentre 16 mulheres entrevistadas, 12 vezes apareceu o grupo técnico de enfermagem sendo responsável pelas orientações, e 04 vezes, o agente comunitário de saúde. Sabemos que são eles que estão mais próximo das mulheres, que passam mais tempo com elas. Estão sendo capacitados somente para a parte técnica, ou seja, para o manejo do aleitamento materno, e ainda são cobrados para executarem os protocolos ministeriais e zelarem pelos passos a serem cumpridos. Existem muitas normas rígidas e ao lidar com uma mulher em processo de amamentação, em especial, temos que flexibilizar, de acordo com cada mulher e cada situação.

Chamou-nos a atenção a participante Gerânio, que verbalizou que há 13 anos, quando teve sua primeira filha, não recebeu ajuda para amamentar. Ela disse:

[...] assim, ajuda pra amamentar, eu não tive porque a (nome da maternidade) há treze anos atrás, ela não tinha esse acolhimento que tem hoje, entendeu? É, a atenção ... nossa, era horrível... (Gerânio)

Cabe ressaltar que a maternidade, cenário deste estudo, adquiriu o título de Hospital Amigo da Criança em 2007, como resultado de uma política nova no município, e a participante Gerânio faz uma comparação do cuidado prestado antes daquele ano com o de hoje, após a aquisição do referido título.

Uma mulher que amamenta, facilmente pode perder a confiança si. Por isso é tão importante que elas se sintam protegidas, acolhidas, sabendo que podem contar com a ajuda de um profissional, e também com a de seus amigos e familiares. Muitas não têm a presença do companheiro, e sentindo-se mais carentes, procuram esse apoio em outras pessoas que lhes transmitam segurança. Embora tenha sido abordada a situação da mulher em sua contemporaneidade, batalhadora e líder de famílias, infere-se que ainda existem mulheres

fragilizadas no momento da amamentação, que precisam de uma rede de apoio para ajudá-las em seus anseios. A tecnologia potencializadora busca as capacidades existentes em cada mulher para lidar à sua maneira, e da melhor forma possível, com as transformações geradas em sua vida pela gravidez (TORRES; SANTOS; VARGENS, 2008).

Além do apoio, “o acolhimento é considerado para além da influência do contexto físico onde o cuidado se dá, uma vez que um ambiente acolhedor se objetiva em um conjunto de ações, dentre elas, na construção da relação com o outro” (SILVA; ALVIN; FIGUEIREDO, 2008, p.294).

A tecnologia relacional propõe o acolhimento e estabelecimento de vínculo, constrói um cuidado em parceria com as mulheres em uma abordagem integral (TORRES; SANTOS; VARGENS, 2008). A forma como falamos com elas, como nos colocamos, é fundamental. Não devemos dar ordens, e sim sugestões; não devemos ser simpáticos, mas sim empáticos, colocando-nos no lugar do outro. É importante deixá-la perceber que entendemos como ela se sente. E quando agimos assim, a própria mulher entende e reconhece, como evidenciado na narrativa da Flor-de-lis.

[...] ela gosta do que faz... ela deu atenção pro meu filho, não só pro meu, mas pra todos que estavam lá... eu gostei dela (Flor-de-lis)

Elas não são iguais, logo, não podem ser vistas como uma ‘receita de bolo’ que dará certo para todas. Elas são individuais e o fato de terem um, dois ou quantos filhos, não significa que está preparada e não precise de ajuda, que saiba amamentar. Cada gravidez é única, assim como cada bebê, portanto, cada mulher deve ser a protagonista de sua própria história.

Considerando essa singularidade, “a enfermeira não deve esquecer que as tecnologias de cuidado são uma opção e uma decisão da mulher. Deve tomar cuidado para que essas práticas não se tornem impositivas” (MACEDO et al., 2008, p.343) de apenas trazer a sua experiência prática. As decisões devem ser tomadas em conjunto, ou seja, não devemos criticar a mulher, mas apoiá-la de forma consciente. Ela é corresponsável por todo processo. Possui direito à informação, e após isso, a decisão deve ser compartilhada. É uma via de mão dupla na qual a enfermeira tem sua responsabilidade para com a mulher e vice-versa, portanto, uma tecnologia instituinte que se torna aberta para se recriar constantemente. (TORRES, SANTOS, VARGENS, 2008).

A falta de cuidado apareceu nas entrevistas como fator determinante para não respeitar o desejo de amamentar. A amamentação depende de outros fatores, que não são puramente

técnicos como observado a seguir, cabendo à enfermeira contornar e ajudar a resolver os problemas que surgem, inclusive os de ordem emocional:

[...] eu não quis amamentar porque eu ficava com medo, pensando que o meu peito ia cair, achava que era ruim..mas aí a (enfermeira do posto), falava na minha cabeça e foi saindo isso da minha cabeça. Aí eu amamentei normal, mas eu não queria amamentar não. (Girassol)

[...] não tinha assim interesse na parte da amamentação, também não pensava em amamentar... assim seis meses; agora eu tô vendo que precisa realmente de amamentação e pretendo amamentar os seis meses e o tempo que for necessário. (Bromélia)

A escuta atenta da enfermeira, orientando, esclarecendo e tirando dúvidas, pode eliminar fantasmas e medos em relação à amamentação, e estimulando a decisão compartilhada. Assim, a “utilização das tecnologias de cuidado permite que a mulher entenda e participe de forma ativa de todas as modificações do seu corpo. O profissional é o sujeito do cuidado, a mulher conduz todo o processo e não necessita para fazer por ela” (MACEDO et al., 2008, p. 343).

Causou-nos forte impressão saber e experienciar, na prática cotidiana, que alguns profissionais considerados “militantes do aleitamento”, acham que o fato de uma mulher não querer amamentar seja puramente um fator biológico, uma falta de orientação. Às vezes, acham até que é incompetência do profissional que acredita estar cuidando dessa mulher. Mas independente do que ‘acham’, o estudo evidenciou que algumas mulheres não querem mesmo amamentar, por razões diversas.

Uma mulher que está amamentando participa ativamente de todo processo, sendo capaz de escolher o que for melhor para ela, após receber todas as informações pertinentes para embasá-la na escolha, que deve ser consciente, levando em conta os saberes adquiridos. “As mulheres devem ser, através de orientações e esclarecimentos, estimuladas a participar ativamente do seu processo, essa é a principal tecnologia de cuidado” (MACEDO et al., 2008, p. 343).

Na perspectiva das tecnologias de cuidado, os profissionais, sobretudo os de enfermagem, ainda estão enraizados nas tecnologias duras, ou seja, centrados na doença, nos instrumentos. Pouco se dedicam aos aspectos relacionais, apegos, conversas, respeito à escolha feita pela mulher.

[...] uma coisa que me falavam assim, é: sem amamentação não é ser mãe e ser mãe tem que amamentar, que o prazer da mãe é a amamentação, pra ter conhecimento do filho... (Girassol)

[...] eu senti muitas vezes que eu era chata porque tudo eu perguntava... tudo eu queria saber... (Margarida)

É importante registrar que algumas interferências podem ocorrer em relação ao processo de amamentação. Em alguns casos, a pressão familiar faz com que a mulher amamente sem desejar. A forte influência da família pode interferir na decisão dessa mulher, mesmo que seja contra sua vontade. O medo de desagradar ou de ser criticada, faz com que ela vá contra seu sentimento, como evidenciado a seguir:

[...] Eu nunca tive assim, ah, vontade assim não... aí minha mãe me falou que era melhor, aí eu resolvi dar.. (Copo-de-leite)

O estudo evidenciou que a mulheres relacionam o êxito na amamentação ao fato de terem tido apoio familiar, como é possível observar nas seguintes narrativas:

[...] eu conversei muito com minha mãe sobre essas coisas, pra eu ter mais experiência. (Cravo)

[...] minha mãe me ajudou bastante, minhas irmãs também me ajudou bastante, recebi bastante apoio. (Hortênsia)

Esta categoria evidenciou que as tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem não são utilizadas na prática da amamentação. Trata-se, portanto, de um quadro que precisa ser revertido porque a utilização dessas tecnologias configura um saber que nasce na enfermagem obstétrica, que respeita os direitos da mulher e não são impositivos; ao contrário, valorizam a não invasão e, sobretudo, aprimoram o modelo de cuidado junto à mulher.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa buscou apresentar uma compreensão da experiência vivenciada pelas mulheres em processo de amamentação, em relação ao desejo de fazê-lo e considerando a análise do uso das tecnologias não invasivas de enfermagem relacionadas com o processo de amamentar.

Embora a amamentação seja uma temática bastante explorada, no que diz respeito à ótica da mulher ainda falta muito para esgotar o assunto. Torna-se necessário o surgimento de novas pesquisas voltadas para a temática, pois muito se vê a criança e pouco, a mulher. O aprofundamento do assunto, e os novos saberes adquiridos pela enfermagem, poderão garantir o respeito a essas mulheres como protagonistas de suas histórias e possuidoras de direitos e desejos.

Embora a pergunta norteadora da entrevista fosse indutora de acordo com os objetivos do estudo, o método narrativa de vida proporcionou uma gama de informações sobre a vida das participantes, o que enriqueceu o estudo e facilitou a análise temática, pois possibilitou uma diversidade nas narrativas, que não haviam sido sugeridas no início do estudo.

Como método, a narrativa de vida trouxe uma enorme contribuição, sobretudo na escuta atenta, pois proporcionou à pesquisadora a oportunidade de ouvir, refletir sobre o que estava sendo narrado. Assim, colocou-se na posição de coadjuvante, e a mulher, no pedestal.

As mulheres falaram se desejavam ou não amamentar, e também sobre os cuidados recebidos no processo de amamentação. Considera-se que o fenômeno da amamentação é algo natural e fisiológico do corpo humano. Então, como pode uma mulher não desejar amamentar? A sociedade coloca a mulher como única responsável pela saúde de seu filho. Muitas mulheres amamentam por obrigação e imposição, por se sentirem ameaçadas e julgadas. A mulher mãe, a que cuida e possui o dom de ser mãe, torna-se uma necessidade para a sociedade, pois se ela não faz, é considerada “desnaturada”.

As mulheres relataram que os cuidados recebidos dos profissionais da enfermagem, algumas vezes foram de agressivos e impositivos, tratando-as mecanicamente, da mesma forma, como se todas fossem iguais.

Essa pesquisa visou mostrar que a equipe de enfermagem, principalmente os enfermeiros, deve atuar como facilitadores desse processo, na medida em que despertam nas mulheres condições de mudança.

Evidenciaram-se fatores que interferiram negativamente para que a mulher não desejasse amamentar ou tivesse dificuldades na amamentação, como a falta de apoio, tanto da equipe de enfermagem quanto da família e do companheiro.

As contribuições das tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem, voltadas para a amamentação, são excelentes ferramentas para a enfermagem utilizar no seu cotidiano assistencial junto a mulheres que estão amamentando, uma vez que priorizam a não invasão, o respeito ao desejo, o empoderamento, a autonomia e a autoconfiança da mulher.

Os resultados explicitam o desejo ou não, de amamentar bem como a necessidade de romper com o modelo dominante de cuidado, que contribui para que a assistência seja realizada de forma incoerente e autoritária.

As narrativas de vida das mulheres entrevistadas evidenciaram que dentre as mulheres que queriam amamentar, algumas já possuíam o desejo por decisão própria. Vivenciar ou ter vivenciado a amamentação; influência familiar e relação mãe-filho são fatores que levam uma mulher a decidir amamentar ou não.

O estudo evidenciou que a mulher se sente completamente responsável pelo filho, além de julgar as que não amamentam. Amamenta mesmo com dificuldades. As que inicialmente relataram o desejo de não amamentar, durante a gravidez e no puerpério, decidiram fazê-lo posteriormente, e algumas justificaram a mudança em função da pressão profissional.

A relação mãe-filho é um fator que leva à uma reflexão, considerada como uma das mais importantes quando se fala de amamentação na concepção de Donald Winnicott, isto porque a maternagem se origina naturalmente pelo ato de ser mãe. Cada mãe conhece seu bebê e é capaz de fazer o que for melhor para ele. É preciso respeitar a individualidade; o que é bom para o bebê de uma, pode não ser para o da outra, e de acordo com o que ele necessitar, ela atenderá.

Ademais, as mães jovens precisam de muita ajuda e apoio, pois ainda estão no processo de dependência, não se apresentam em condições de protestar contra interferências. Durante as entrevistas, mostraram-se muito carentes de informações. Um grupo conseguiu desenvolver a maternagem com tranquilidade; já outros, mostraram-se dependentes de suas mães e da equipe de enfermagem que delas cuidavam.

Conclui-se, portanto, que a enfermagem não utiliza dos preceitos das tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem para cuidar da mãe e seu filho, com relação ao desejo de amamentar, pois ela ainda é formada no modelo flexneriano e reproduz esse modelo na prática assistencial, desrespeitando o desejo da mulher e desestimulando a sua autonomia.

REFERÊNCIAS

- ALAMBERT, Zuleika. *A história da mulher: a mulher na história*. Brasília, DF: FAP, 2004.
- AQUINO, Priscila de Souza et al. Análise do conceito de tecnologia na enfermagem segundo o método evolucionário. *Acta paul. enferm.*, São Paulo, v. 23, n. 5, p. 690-696, set./out. 2010.
- ARONE, Evanisa Maria; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. Tecnologia e humanização: desafios gerenciados pelo enfermeiro em prol da integralidade da assistência. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, DF, v. 60, n. 6, p. 721-723, nov./dez. 2007.
- BADINTER, Elisabeth. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Tradução de Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BADINTER, Elisabeth. *O conflito: a mulher e a mãe*. Tradução de Véra Lúcia dos Reis. Rio de Janeiro: Record, 2011.
- BARRA, Daniela Couto Carvalho et al. Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. *Rev. Eletrônica Enferm.*, Goiânia, v. 8, n. 3, p. 422-430, 2006.
- BERTAUX, Daniel. *Narrativas de vida: a pesquisa e seus métodos*. Tradução de Zuleide Alves Cardoso Cavalcante, Denise Maria Gurgel Lavallée. Natal: EDUFRN; São Paulo: Paulus, 2010.
- BERTAUX, D. L'Approche biographique: as valideté méthodologique, ses potentialités. *Cahies Internationaux de Sociologie*, v. LXIX, p. 197-225, 1980.
- BRASIL. Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006. Regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também a de produtos de puericultura correlatos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 3 jan. 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Amamentação e o uso de medicamentos e outras substâncias*. 2. ed. Brasília, DF, 2010a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Cartilha para a mãe trabalhadora que amamenta*. 2010b. Disponível em: <<http://bvsmms.saúde.gov.br>>. Acesso em: 08 set. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS*. 2010c. Disponível em: <<http://www.saúde.gov.br/humanizasus>>. Acesso em: 26 ago. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 466/2012. Dispõe sobre pesquisa em seres humanos e atualiza a Resolução 196/96. Publicada no *Diário Oficial [da] União* de 13 de junho de 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos. Portal Saúde SUS. Disponível em: <portal.saude.gov.br>. Acesso em: 14 jul. 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Nova estratégia amamenta e alimenta*. Disponível em: <dab.saude.gov.br/noticia/noticia_ret_detalhe.php?cad 1528>. Acesso em: 26 ago. 2012c.

BRASIL. Portal Saúde SUS. *Rede Amamenta Brasil*. Disponível em: <portal.saude.gov.br>. Acesso em: 14 jul. 2012d.

CARDOSO, Leticia de Oliveira et al. Impacto da implementação da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação nas prevalências de aleitamento materno e nos motivos de consulta em uma unidade básica de saúde. *J. Pediatr.*, Rio de Janeiro, v. 84, p. 147-153, 2008.

CARVALHO, Fabrícia Angélica Teixeira; SILVA, Ana Cristina Lopes Frazão. *A mulher na idade média: a construção de um modelo de submissão*. Disponível em: <<http://www.ifcs.ufrj.br/~frazao/mulher.html>>. Acesso em: 29 ago. 2012.

CELERI, Eloísa Helena Rubello Valler. A mãe devotada e seu bebê. In: PINTO, Graziela Costa Pinto. (Org.). *Winnicott: os sentidos da realidade*. São Paulo: Duetto, 2005. p. 28-37. Coleção Memória da Psicanálise, n. 5 (Edições especiais da revista Viver Mente & Cérebro).

DESEJO. In: DICIONÁRIO de Psicologia. Disponível em: <<http://www.portaldapsique.com.br/Dicionario/D.htm>>. Acesso em: 07 ago. 2012a.

DESEJO. In: DICIONÁRIO de Sociologia. Disponível em: <<http://portal2001.blogspot.com.br/2011/08/sociologia-dicionario.html>>. Acesso em: 07 ago. 2012b.

FORLENZA NETO, Orestes. Constituição do si-mesmo e transicionalidade. In: PINTO, Graziela Costa Pinto. (Org.). *Winnicott: os sentidos da realidade*. Coleção Memória da Psicanálise, n.5 (Edições especiais da revista Viver Mente & Cérebro). São Paulo: Duetto, 2005. p. 16-21.

KOERICH, Magda Santos et al. Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 15, n. esp., p. 178-185, ago. 2006.

KUSCHNIR, Karina. Maternidade e amamentação: biografia e relação intergeracionais. *Sociol. Probl. Prát.*, Lisboa, n. 56, p. 85-103, 2008.

MACEDO, Priscila Oliveira et al. Percepção da dor pela mulher no pré-parto: a influência do ambiente. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 13, p. 306-312, 2005.

MACEDO, Priscila de Oliveira et al. As tecnologias de cuidado de enfermagem obstétrica fundamentadas pela Teoria Ambientalista de Florence Nightingale. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.*, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.341-347, jun. 2008.

MENDONÇA, João Franklin da Silva; MOREIRA, Kátia Fernanda Alves. *Mulher e mãe, a representação da amamentação por docentes da UNIR*. Disponível em: <file:///C:/Documents and Settings/Usuário/Configurações locais/T>. Acesso em: 17 ago. 2012.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Por uma composição técnica do trabalho nas tecnologias leves e no campo relacional. *Saúde em Debate*, ano XXVII, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, set./dez. 2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MOREIRA, Michelle Araújo. Os novos significados da amamentação em primíparas que vivenciaram fissuras mamárias, na perspectiva de gênero. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO 8: CORPO, VIOLÊNCIA E PODER, 2008, Florianópolis. *Anais...* Florianópolis: UFSC, 2008, p. 1-8.

NAKANO, Ana Márcia Spanó; MAMEDE, Marli Villela. A prática do aleitamento materno em grupo de mulheres brasileiras: movimento de acomodação e resistência. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.7, n. 3, p. 69-76, jul. 1999.

ODENT, Michel. *A cientificação do amor*. Tradução de Tália Gevaerd de Souza. São Paulo: Terceira Margem, 2000.

OLIVEIRA, Maria Inês Couto. *IUBAAM: Unidade Básica Amiga da Amamentação: passos e histórico*. 2011. Disponível em: <<http://aleitamento.com>>. Acesso em: 15 jul. 2012.

OLIVEIRA, Maria Inês Couto; CAMACHO, Luiz Antonio Bastos; SOUZA, Ivis Emília de Oliveira. Promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma política de saúde pública baseada em evidência. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, nov./dez. 2005. Disponível em: <www.aleitamento.com>. Acesso em: 14 jul. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Evidências científicas dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno*. Brasília, DF: OPAS, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Iniciativa hospital amigo da criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado módulo 3 promovendo e incentivando a amamentação em um hospital amigo da criança: curso de 20 horas para equipes de maternidade*. Brasília, DF, 2009.

PINTO, Mariana Oliveira. Mulheres: uma vida de lutas e conquistas. In: HESKETH, Maria Avelina Imbiriba (Org.). *Cidadania da mulher: uma questão de Justiça*. Brasília, DF: OAB, 2003. p. 135-161.

PROGIANTI, Jane Márcia; VARGENS, Octavio Muniz da Costa. As enfermeiras obstétricas frente ao uso de tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem. *Esc. Enf. Anna Nery Rev. Enferm.*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 194-197, ago. 2004.

PROGIANTI, Jane Márcia; LOPES, Alessandrée Silva Lopes; GOMES, Raquel Cristina Pitão. A participação da enfermeira no processo de desmedicalização do parto. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 11, p. 273-277, 2003.

REIS, Adriana Teixeira et al. A escuta atenta: reflexões para a enfermagem no uso do método história de vida. *Rev. Mineira Enferm.*, Belo Horizonte, v. 16, n. 4, p. 617-622, out./dez. 2012.

ROCHA, Patrícia Kuerten et al. Cuidado e tecnologia: aproximações através do modelo de cuidado. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, DF, v. 61, n.1, p. 113-116, jan./fev. 2008.

SANTOS, Inês Maria Meneses dos Santos. *A maternagem de mulheres com filho pré-termo: bases para assistência*. 2009. 244f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

SEIBERT, Sabrina Lins. *Tecnologias não-invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica no suporte físico à parturiente: critérios e efeitos esperados*. 2010. 181f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2010.

SILVA, Denise Conceição; ALVIN, Neide Aparecida Titoneli; FIGUEIREDO, Paula Alvarenga. Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar. *Esc. Enf. Anna Nery Rev. Enferm.*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 291-298, jun. 2008.

SILVA, Rafael Celestino; FERREIRA, Márcia Assunção. A tecnologia em saúde: uma perspectiva psicossociológica aplicada ao cuidado em enfermagem. *Esc. Enf. Anna Nery Rev. Enferm.*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 169-173, jan./mar. 2009.

SOUZA, Jurema Gouvêa. *A história de vida de mulheres alcoolistas revelando a "insustentável vulnerabilidade do ser"*: um estudo aplicado à prática profissional da Enfermagem na Saúde da Mulher. 2006. 154 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

SOUZA, Marilei de Melo Tavares; RODRIGUES, Lilia Marques Simões. Desafios da mulher trabalhadora diante Amamentação. *Rev. Pró-universSUS*, Vassouras, v. 1, n. 1, p. 33-42, jul./dez. 2010.

SPINDOLA, Thelma; SANTOS, Rosangela da Silva. Mulher e trabalho: a história de vida de mães trabalhadoras de Enfermagem. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 11, n. 5, p. 593-600, set./out. 2003.

SPINDOLA, Thelma; SANTOS, Rosangela da Silva. Trabalho *versus* vida em família: conflito e culpa no cotidiano das trabalhadoras de Enfermagem. *Cienc. Enferm.*, Concepción, n. 2, p. 43-52, 2004.

TEIXEIRA, Marizete Argolo; PAIVA, Miriam Santos. A influência das questões de gênero no processo de amamentação. In: SEMINÁRIO FAZENDO GÊNERO, 7., 2006. Florianópolis. *Anais...* Florianópolis: UFSC, 2006.

TORRES, Jacqueline Alves; SANTOS, Iraci dos; VARGENS, Octavio Muniz da Costa. Construindo uma concepção de tecnologia de cuidado de enfermagem obstétrica: estudo sociopoético. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 656-664, out./dez. 2008.

UNICEF. Fundação das Nações Unidas para a Infância. *Iniciativa Hospital Amigo da Criança*: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

WINNICOTT, Donald Woods. *O ambiente e os processos de maturação*: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Tradução de Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artmed, 1983.

WINNICOTT, Donald Woods. *Tudo começa em casa*. 4. ed. Tradução de Paulo Sandler. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você foi selecionada e está sendo convidada a participar da pesquisa **intitulada “O desejo de amamentar na perspectiva das Tecnologias Não Invasivas de Cuidado de Enfermagem”**, de responsabilidade da pesquisadora Lívia Xavier de Meirelles, orientada pela Prof.^a Dra. Rosângela da Silva Santos e que tem como objetivos descrever a vivência da mulher em relação à amamentação quanto ao seu desejo de amamentar; identificar se o desejo da mulher de amamentar é respeitado na maternidade e discutir os cuidados de enfermagem recebidos pela mulher durante o período de amamentação na perspectiva das tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem. Sua seleção ocorreu por já ter filho e ter vivenciado a amamentação. Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você poderá desistir e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em relação à assistência recebida por você e seu filho.

A pesquisa terá a duração de 02 anos e a coleta de dados será realizada no período de Fevereiro de 2013 a Julho de 2013. Suas respostas serão tratadas de forma **anônima e confidencial**, isto é, em nenhum momento ou em qualquer fase do estudo o seu nome será divulgado. Os dados coletados serão utilizados apenas **NESTA** pesquisa e os resultados serão divulgados em reuniões, eventos e em artigos científicos.

A sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em relação à sua assistência e a de seu (sua) filho (a).

Sua participação nesta pesquisa consiste em responder a pergunta norteadora da entrevista. As gravações serão destruídas após 5 anos do término da pesquisa. Você não terá nenhum custo ou qualquer compensação financeira. Os riscos relacionados à sua participação serão mínimos.

Os benefícios relacionados à sua participação estarão correlacionados com a contribuição de geração de conhecimento sobre o cuidado em enfermagem à mulher em fase de amamentação.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone, e-mail e o endereço **institucional** do pesquisador principal e demais membros da equipe, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Local, ___ / ___ / ___

Nome

Assinatura da cliente

- Pesquisadora: Lívia Xavier de Meirelles – Mestranda da Faculdade de Enfermagem da UERJ. Tel.: (24) 3355-4013 ; e-mail: xaviermeirelles@yahoo.com.br
- Orientadora: Prof.^a Dra. Rosângela Silva Santos. Contato: Bvd. 28 de Setembro, 157/ Sala 702, Vila Isabel. Cep: 20551-030. Rio de Janeiro - RJ. e-mail: rosangelaufjr@gmail.com
- Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 701 – Cidade Nova; Tel.: 25032024 / 25032026.

APÊNDICE B - Autorização das participantes do estudo para gravação da entrevista

Eu, _____, confirmo que recebi as informações necessárias para entender porque e como este estudo está sendo realizado. Fui comunicada que a minha participação depende do meu aceite e caso desista, meu (minha) filho(a) e eu não teremos o atendimento prejudicado. Com a minha devida permissão a conversa será gravada para que a pesquisadora possa, mais tarde, lembrar-se de tudo o que foi dito. Fui comunicada que o que eu disser, será digitado pela pesquisadora que utilizará em eventos e artigos científicos preservando o meu anonimato. As fitas serão guardadas por 5 anos, sendo após este período, destruídas, conforme determinam as Normas de pesquisa. Ao final os resultados do estudo deverão ser divulgados e publicados para que outros profissionais de saúde possam melhorar o atendimento às mulheres no período de amamentação.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2013.

Assinatura da Pesquisadora

Assinatura da cliente

- Pesquisadora: Livia Xavier de Meirelles – Mestranda da Faculdade de Enfermagem da UERJ. Tel.: (24) 3355-4013; e-mail: xaviermeirelles@yahoo.com.br
- Orientadora: Prof.^a Dra. Rosângela da Silva Santos. Contato: Bvd. 28 de Setembro, 157/ Sala 702, Vila Isabel. CEP: 20551-030. Rio de Janeiro - RJ. e-mail: rosangelaufrj@gmail.com.
- Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Rua Afonso Cavalcanti, 455 Sala 701 – Cidade Nova; Tel.: 25032024 / 25032026.

ANEXO A - Dez passos para o sucesso do aleitamento materno (IHAC – Iniciativa Hospital Amigo da Criança)²

Passo 1: Ter uma norma escrita sobre o aleitamento materno, rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde;

Passo 2: Treinar toda a equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar esta norma;

Passo 3: Informar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento materno;

Passo 4: Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira-hora após o nascimento;

Passo 5: Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos;

Passo 6: Não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tal procedimento seja indicado pelo médico;

Passo 7: Praticar o alojamento conjunto – permitir que a mãe e o bebê permaneçam juntos – 24 horas por dia;

Passo 8: Encorajar o aleitamento materno sob livre demanda;

Passo 9: Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao peito;

Passo 10: Encorajar a formação de grupos de suporte ao aleitamento materno e referir as mães aos mesmos, no momento da alta do hospital ou do ambulatório.

² Fonte: INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA, 2013.

ANEXO B – Dez passos para o sucesso do aleitamento materno (IUBAAM – Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação)³

Passo 1: Ter uma norma escrita quanto à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno que deverá ser, rotineiramente transmitida a toda equipe da unidade saúde;

Passo 2: Treinar toda a equipe da unidade de saúde, capacitando-a para implementar esta norma;

Passo 3: Orientar as gestantes sobre seus direitos e as vantagens do aleitamento materno, promovendo a amamentação exclusiva até os seis meses e complementada até os dois anos de vida ou mais;

Passo 4: Escutar as preocupações, vivências e dúvidas das gestantes e mães sobre a prática de amamentar, apoiando-as e fortalecendo sua autoconfiança;

Passo 5: Orientar as gestantes sobre a importância de iniciar de iniciar a amamentação na primeira hora após o parto e de ficar com o bebê em alojamento conjunto;

Passo 6: Mostrar às gestantes e mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos;

Passo 7: Orientar as nutrizes sobre o método da amenorréia lactacional e outros métodos contraceptivos adequados à amamentação;

Passo 8: Encorajar a amamentação sob livre demanda;

Passo 9: Orientar gestantes e mães sobre os riscos do uso de fórmulas infantis, mamadeiras e chupetas, não permitindo propaganda e doações destes produtos na unidade de saúde;

Passo 10: Implementar grupos de apoio à amamentação acessíveis a todas as gestantes e mães, procurando envolver os familiares.

³ Fonte: INICIATIVA UNIDADE BÁSICA AMIGA DA AMAMENTAÇÃO, 2013.

ANEXO C- Aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro



Comitê de Ética em Pesquisa

Parecer nº 298A/2012

Rio de Janeiro, 26 de novembro de 2012.

Sr(a) Pesquisador(a),

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil - CEP SMSDC-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:

<p>Coordenadora: Salesia Felipe de Oliveira</p> <p>Vice-Coordenadores: Fabio Tuche Pedro Paulo Magalhães Chrispim</p> <p>Membros: Carla Moura Cazelli Carlos Alberto Pereira de Oliveira José M. Salame Livia Beiral Forni Maria Alice Gunzburguer Costa Lima Martine Gerbauld Nara da Rocha Saraiva Sônia Ruth V. de Miranda Chaves Vitoria Regia Osorio Vellozo</p> <p>Secretária Executiva: Brígida Araújo de Carvalho Silva Renata Guedes Ferreira</p>	<p align="center">PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 163/12.</p> <p>TÍTULO: Amamentação sob a ótica do desejo e das tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem: narrativas de vida.</p> <p>PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Rosângela da Silva Santos.</p> <p>UNIDADE (S) ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: Secretaria Municipal de Saúde de Resende.</p> <p>DATA DA APRECIÇÃO: 23/11/2012.</p> <p>PARECER: APROVADO.</p>
--	---

Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeira ação imediata (*item V.13, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

O CEP/SMSDC-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (*item V.4, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMSDC-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Acrescentamos que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (*item IV.1.f, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (*item IV.2.d, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

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*).


Salesia Felipe de Oliveira
 Coordenadora
 Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
 Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 716 – Cidade Nova – Rio de Janeiro
 CEP: 20211-901 Tel.: 3971-1590
 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br - Site: www.saude.rio.rj.gov.br/cep

FWA nº: 00010761
 IRB nº: 00005577