

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

**LINDAURA DOS SANTOS JULIO**

**DESMAME PRECOCE:  
CONTRIBUIÇÃO DE UMA PRÁTICA EDUCATIVA COM TRABALHADORAS DE  
ENFERMAGEM**

**FLORIANÓPOLIS  
2002**

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária da  
Universidade Federal de Santa Catarina

J94d Julio, Lindaure dos Santos  
Desmame precoce [dissertação] : contribuição de uma  
prática educativa com trabalhadoras de enfermagem  
/ Lindaure dos Santos Julio ; orientadora, Maria do  
Horto Fontoura Cartana. - Florianópolis, SC, 2002.  
91 f.: il.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de  
Pós-Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Lactentes - Desmame. 3. Processo  
educativo. 4. Trabalhadoras de enfermagem. 5. Cuidado. I.  
Cartana, Maria do Horto Fontoura. II. Universidade  
Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em  
Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

**LINDAURA DOS SANTOS JULIO**

**DESMAME PRECOCE:  
CONTRIBUIÇÃO DE UMA PRÁTICA EDUCATIVA COM TRABALHADORAS DE  
ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Dra. Maria do Horto Fontoura Cartana

**FLORIANÓPOLIS  
2002**

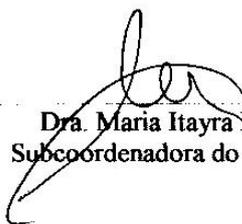
**LINDAURA SANTOS JÚLIO**

**DESMAME PRECOCE:  
CONTRIBUIÇÃO DE UMA PRÁTICA EDUCATIVA COM TRABALHADORAS DE  
ENFERMAGEM**

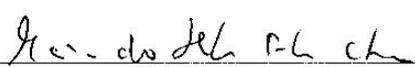
Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

**MESTRE EM ENFERMAGEM**

e aprovada em 20 de dezembro de 2002, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade**.

  
Dra. Maria Itayra Badilha  
Subcoordenadora do Programa

**Banca Examinadora:**

  
Dra. Maria do Horto Fontoura Cartana  
Presidente

  
Dra. Marta Lenise do Prado  
Membro

  
Dra. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva  
Membro

O trabalhador social que opta pela mudança não teme a liberdade, não prescreve, não manipula, não foge da comunicação, pelo contrário, a procura e vive. Todo seu esforço, de caráter humanista, centraliza-se no sentido da desmitificação do mundo, da desmitificação da realidade. Vê os homens com quem trabalha – jamais sobre quem ou contra quem – pessoas e não coisas, sujeitos e não objetos. (FREIRE, 1979, p.51).

## *AGRADECIMENTOS*

*A Deus, pela vida; e, acima de tudo, por estar viva e por colocar em meu caminho tantas pessoas iluminadas que, com carinho e amizade, contribuíram para a realização deste estudo.*

*A minha mãe (in memorian) que, em sua simplicidade e sabedoria, ensinou-me, através de seu exemplo, a lutar pelas coisas que desejo e a transpor todas as dificuldades em busca de minha realização.*

*A Waldir, meu marido, pelo amor, carinho e auxílio constantes no decorrer desta trajetória.*

*A meus filhos Naydoo e Akeen, minhas fontes de energia, por entenderem minha ausência.*

*A minha irmã Léa e a minha irmã de coração, Mercedes, pela presença constante em minha vida, suportes e incentivadoras do meu crescimento.*

*A toda a minha família, que torceu pelo meu sucesso.*

*À minha orientadora Dra. Maria do Horto Fontoura Cartana, facilitadora desta caminhada, pela disponibilidade e pelo respeito a minha individualidade.*

*À minha amiga Celina Rêta, com quem aprendi o significado de “Ser Enfermeira”, por dividir comigo, nas longas noites de conversa ao telefone, as dúvidas e angústias da vida, do trabalho e, sobretudo, por acreditar em mim quando eu mesma não mais acreditava.*

*A minhas amigas, parceiras da maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina: Celina, Rêta, Enelir, Marcia, Maira, Carin, Maria Aparecida, Ana Maria, Analice, Anaide, Denise, Maria Eliane, Maria H.R.S., Maria H.S, Helena, Tania R. A., Adelaide, Jaqueline, Maria Arlete, Lílian, Roseli, Suzana, Ezilda, Gabriela, Terezinha, Vera, Carmem, Ivete, Selma Orcélia, Tania, pela disponibilidade, generosidade, coragem e confiança; vocês, certamente, ensinaram-me a aprender.*

*À Ana Mara Vieira (in memorian). Que sua luz continue a brilhar na eternidade.*

*A Antonio e Richard, pelo estar junto.*

*À enfermeira Ingrid Bertoldo, por seu apoio, incentivo, e por dividir seus saberes nesta construção coletiva.*

*A minhas amigas Maria de Lourdes C. Hames e Rose Junckes Mattos, pelo companheirismo, por dividirem comigo seus conhecimentos e habilidades, as ansiedades e as alegrias; sempre seremos as “três mosqueteiras”.*

*A minhas amigas do grupo de vivências da maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina: Maria Salete, Ingrid, Ivone, Enelir, Ana Cláudia, Eli, e a esta pessoa mística e com luz própria que é Lorena Machado e Silva; é um privilégio conviver com vocês,*

*Aos funcionários do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; especialmente à Cláudia, pela receptividade e atenção ao formatar este trabalho.*

*À Maria Luiza, que deu, ao revisar o texto, um brilho novo a este estudo.*

JULIO, Lindaura dos Santos. **Desmame precoce**: contribuição de uma prática educativa com trabalhadoras de enfermagem. 2002. 91p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2002.

## RESUMO

Apresento, nesta dissertação, os resultados de uma pesquisa relacionada aos aspectos que permeiam o processo educativo com trabalhadoras de enfermagem, o qual objetivou favorecer o cuidado em situações de desmame precoce por opção materna, em uma unidade de alojamento conjunto, na maternidade de um hospital universitário, em Florianópolis. Essa proposta educativa foi desenvolvida de maio a julho de 2001 e complementada em março de 2002; teve como fundamentação a pedagogia libertadora e problematizadora de Paulo Freire, norteada pela metodologia da problematização. Utiliza, portanto, os cinco passos do arco da problematização de Charles Maguarez, adaptados para este estudo como processo metodológico. Participaram, efetivamente, do processo educativo 25 trabalhadoras da maternidade do hospital universitário; dessas, vinte e uma trabalham no alojamento; três, na central de aleitamento materno; e uma atua no serviço de nutrição da maternidade. Para operacionalizar esse processo educativo, realizaram-se seis encontros, uma oficina e cinco grupos de discussão. Foram utilizados, para a coleta de dados, a observação, a observação participante e o material coletado nos grupos de discussão. Dessa relação dialógica que se estabeleceu entre a facilitadora do processo e as trabalhadoras de enfermagem, emergiram dois temas centrais. O primeiro está relacionado ao prejulgamento que dificulta o cuidado quando a mãe opta pelo desmame precoce. Assim, os debates suscitados a partir desse tema levaram as participantes a repensar sobre as questões éticas e sobre a educação continuada no trabalho de enfermagem. No segundo tema, tratou-se das reações da cliente *versus* as reações da trabalhadora de enfermagem como entrave para a realização do cuidado. A partir disso, realizou-se uma reflexão sobre os sentimentos da mãe-nutriz que opta pelo desmame precoce, e também sobre as crenças, valores e sentimentos das trabalhadoras, os quais influenciam no cuidado. Desse modo, a relação dialógico-dialética, que se estabeleceu entre os membros do grupo e que permeou todo o processo educativo, permitiu que a problematização da situação fosse ampliada por meio da discussão. Além disso, a conscientização das trabalhadoras de enfermagem contribuiu para a busca de soluções. Construíram-se, em vista disso, alternativas de atendimento com o objetivo de proporcionar um cuidado humanizado e com qualidade para a mãe-nutriz e para a sua família.

**Palavras-chave:** Processo educativo. Trabalhadoras de enfermagem. Desmame precoce.

JULIO, Lindaura dos Santos. **Premature Breastfeeding:** contribution of educative practice of nursing workers. 2002. 91p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

## **ABSTRACT**

This study presents results of a research on an educative process with nursing workers. It is related to the decision of mothers who decide prematurely to give up breastfeeding their babies. The research was developed in the Maternity ward unit at the University Hospital in Florianopolis from May to July of 2001, and complemented in March of 2002. The support of this study is the Paulo Freire's pedagogy, which is known as pedagogy of liberty, guided to a methodology of problematization. In this way the research applies the Charles Maguarez's theory adapting the study to a methodological process. In fact, twenty five workers from the University Hospital participated in this research. Among them, twenty one work in the Maternity ward unit, three others people in the Breastfeeding Baby Center; and the last one works in the Nutritional Center of the Maternity ward. The methodology used for this educative process study was divided in the follow steps. Firstly, six meeting, a workshop and five groups of discussion. Secondly for the collect of data, three other steps were followed: the observation, the observation with participation and the data collected in the groups of discussion. The efforts during the procedure from both, the researcher and nursing works brought up two main themes. Firstly, the discussion was about prejudices that difficult the special health care when mothers decide prematurely to give up breastfeeding. In this context, the participants reappraised new ethics concepts and also about education process in nursing work. Secondly, the discussion was about strong reactions from clients versus nursing workers bringing to them difficulties to do health care work. In sum, some reflections were considered take into account, the wet nurse feeling and nursing workers values which have influence upon the health care. In this way, the dialogic-dialectic relationship established among the members of groups during the educative process allowed to extend the problematization. Yet, the nursing workers consciousness contributed to find solutions. In order to do so, different alternatives were presented with the objective to support the wet nurse and her family a humanity health care.

**Key-words:** Educative Process. Nursing Workers. Premature breastfeeding

JULIO, Lindaura dos Santos. **Destete Precoz:** contribución de una práctica educativa con trabajadoras de enfermería. Florianópolis. 2002. 91p. Disertación (Tesina en Enfermería) – Programa de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, 2002.

## RESUMEN

Presento, en esta disertación, los resultados de un investigación relacionada a los aspectos que permean el proceso educativo con trabajadoras de enfermería, lo cual objetivó favorecer el cuidado en situaciones de destete precoz por opción materna, en una unidad de alojamiento conjunto, en la maternidad de un hospital universitario, en Florianópolis. Esa propuesta educativa fue desarrollada de mayo a julio de 2001 y complementada en marzo de 2002; tuvo como fundamentación la pedagogía libertadora y problemática de Paulo Freire, norteadas por la metodología de la problematización. Utiliza, por lo tanto, los cinco pasos del arco de la problematización de Charles Maguarez, adaptados para este estudio como proceso metodológico. Participaron, efectivamente, del proceso educativo 25 trabajadoras de la maternidad del hospital universitario; de esas, veintiuna trabajan en el alojamiento; tres, en la central de amamantamiento materno; y una actúa en el servicio de nutrición de la maternidad. Para operacionalizar ese proceso educativo, se habían realizado seis encuentros, un taller y cinco grupos de discusión. Habían sido utilizados, para la colecta de datos, la observación, la observación participante y el material colectado en los grupos de discusión. De esa relación dialógica que se estableció entre la facilitadora del proceso y las trabajadoras de enfermería, emergieron dos temas centrales. El primero está relacionado al prejulgamiento que dificulta el cuidado cuando la madre opta por el destete precoz. Así, los debates suscitados a partir de ese tema llevaron a las participantes a repensar sobre las cuestiones éticas y sobre la educación continuada en el trabajo de enfermería. En el segundo tema, se trató de las reacciones de la cliente versus las reacciones de la trabajadora de enfermería como traba para la realización del cuidado. A partir de eso, se realizó una reflexión sobre los sentimientos de la madre nutriz que opta por el destete precoz, y también sobre las creencias, valores y sentimientos de las trabajadoras, los cuales influyen en el cuidado. De ese modo, la relación dialógico-dialéctica, que se estableció entre los miembros del grupo y que permeó todo el proceso educativo, permitió que la problematización de la situación fuese ampliada por medio de la discusión. Además, la concienciación de las trabajadoras de enfermería contribuyó para la busca de soluciones. Se habían construido, en vista de eso, alternativas de atención con el objetivo de proporcionar un cuidado humanizado y con calidad para la madre nutriz y para su familia.

**Palabras Claves:** Proceso educativo. Trabajadoras de enfermería. Destete precoz. Cuidado.

## **LISTA DE SIGLAS**

AC – Alojamento Conjunto

AM – Aleitamento Materno

CEPEn – Centro de Educação e Pesquisa em Enfermagem

CIAM – Central de Incentivo ao Aleitamento Materno

ESPENSUL – Especialização em Enfermagem da Região Sul

HU – Hospital Universitário

LAM – Método de Amenorréia Lactacional

OMS – Organização Mundial de Saúde

REPENSUL – Rede de Promoção da Enfermagem da Região Sul

SESI – Serviço Social da Indústria

SUS – Sistema Único de Saúde

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Representação gráfica do arco da problematização desenvolvido por Charles Maguerez (1972) e adaptado para este estudo. ....	<b>49</b>
<b>Figura 2:</b> Foto da dramatização.....	<b>58</b>
<b>Figura 3:</b> Foto da Oficina.....	<b>63</b>
<b>Figura 4:</b> Representação gráfica do arco do prejulgamento dificultando o cuidado nas questões de desmame precoce.....	<b>69</b>
<b>Figura 5:</b> Representação gráfica do arco das reações da cliente <i>versus</i> reações da trabalhadora como entrave para a realização do cuidado.....	<b>75</b>

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE SIGLAS</b> .....	<b>10</b>
<b>LISTA DE FIGURAS</b> .....	<b>11</b>
<b>1 INTRODUZINDO O ESTUDO</b> .....	<b>14</b>
1.1 PROBLEMATIZANDO E JUSTIFICANDO O ESTUDO.....	17
1.2 OS OBJETIVOS .....	22
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>24</b>
2.1 A EVOLUÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO.....	24
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>32</b>
3.1 A PEDAGOGIA LIBERTADORA E PROBLEMATIZADORA.....	33
<b>3.1.1 Os Pressupostos</b> .....	<b>36</b>
<b>3.1.2 Os Conceitos</b> .....	<b>36</b>
<b>4 METODOLOGIA DA PRÁTICA ASSISTENCIAL EDUCATIVA</b> .....	<b>42</b>
4.1 TIPO DE ESTUDO .....	42
4.2 DESVELANDO O LOCAL DA PRÁTICA .....	43
4.3 APRESENTANDO OS SUJEITOS DA PRÁTICA.....	45
4.4 OPERACIONALIZAÇÃO DA PRÁTICA EDUCATIVA .....	47
4.5 ANALISANDO OS DADOS .....	49
<b>5 APRESENTANDO OS RESULTADOS</b> .....	<b>52</b>
5.1 O CAMINHO PERCORRIDO .....	52
<b>5.1.1 A Oficina</b> .....	<b>54</b>
<b>5.1.2 A Dinâmica da Oficina</b> .....	<b>55</b>
<b>5.1.3 Os Grupos de Discussão</b> .....	<b>59</b>
5.2 AVALIANDO A EXPERIÊNCIA DA OFICINA E DOS GRUPOS DE DISCUSSÃO .....	61
5.3 AVALIANDO A ADERÊNCIA DO REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO AO ESTUDO .....	64
5.4 DESVELANDO SENTIMENTOS E REAÇÕES DAS TRABALHADORAS DE ENFERMAGEM.....	66
<b>5.4.1 O prejulgamento dificultando o Cuidado nas questões de desmame precoce</b> .....	<b>66</b>
<b>5.4.2 Reações da Cliente versus Reações da Trabalhadora como entrave para realização do Cuidado</b> .....	<b>70</b>
<b>5.4.3 Síntese ou aplicação à realidade</b> .....	<b>76</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>79</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>81</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>85</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>89</b>

*PRECISA-SE*

*DE PESSOAS QUE TENHAM OS PÉS NA TERRA E A CABEÇA NAS ESTRELAS.*

*CAPAZES DE SONHAR, SEM MEDO DOS SONHOS.*

*TÃO IDEALISTAS QUE TRANSFORMEM SEUS SONHOS EM METAS.*

*PESSOAS TÃO PRÁTICAS QUE SEJAM CAPAZES DE TRANSFORMAR*

*SUAS METAS EM REALIDADE.*

*PESSOAS DETERMINADAS QUE NUNCA ABRAM MÃO DE CONSTRUIR*

*SEUS DESTINOS E ARQUITETAR SUAS VIDAS*

## 1 INTRODUZINDO O ESTUDO

Trabalho como enfermeira assistencial na unidade de Alojamento Conjunto (AC) da Maternidade do Hospital Universitário/Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), desde sua implantação em outubro de 1995. Assim, acredito ser necessário, inicialmente, enfatizar que, nessa instituição, o apoio à amamentação é considerado primordial na prática cuidativa que se desenvolve. Em função de ser um hospital “Amigo da Criança”, a prática do alojamento conjunto tem como foco central a educação para a saúde na área materno-infantil. Destaco, ainda, que uma das questões que mais me angustia, atualmente, é a dificuldade que a trabalhadora de enfermagem tem em lidar com situações de desmame precoce por opção materna.

Iniciei, há vinte anos, minha trajetória na enfermagem; em vista disso, passei por vários momentos de aprendizado. Foi, efetivamente, uma prática constante de aprender – aplicar – repensar – reaplicar. Além disso, como enfermeira assistencial em clínica cirúrgica, adquiri uma bagagem de conhecimentos importantes para a formação do meu perfil profissional não só no que diz respeito ao domínio de conteúdos técnico-científicos, mas também no que tange à humanização do cuidado. Assim, devido à tensão constante dos pré-operatórios, ao aumento do grau de exigência e à solicitação da clientela ali atendida, participei do desenvolvimento de programas de trabalho em grupo com clientes em pré-operatório, a fim de diminuir suas ansiedades, o que contribuiu, também, para uma recuperação precoce.

Por opção e pelo desafio de participar da construção de um novo serviço, passei para a área materno-infantil, onde atuei, de 1994 a 1996, como membro da Comissão Pró-implantação da Maternidade – HU/UFSC e participei na estruturação do serviço da Unidade Alojamento Conjunto. Foram, com efeito, muitos os desafios enfrentados por mim na função de primeira Coordenadora dessa unidade de internação; havia, contudo, alguns pontos a meu favor: era parte de uma equipe coesa e realmente determinada a implantar um serviço inovador e de qualidade, que visava a atender as necessidades da comunidade. Outro ponto favorável está relacionado ao fato de que contava, na ocasião, com o apoio do Departamento de Enfermagem da UFSC, na figura das docentes de Obstetrícia e Neonatologia.

Considero, ainda, pertinente destacar que, como se trata de um hospital universitário, os serviços oferecidos teriam que atender aos critérios de educação, pesquisa e extensão a que ele se propõe.

Assim, ao passar o impacto da estruturação do serviço, ressurgiu em mim uma velha conhecida: a ânsia de aprender mais, de aprender sempre. Em vista disso, ingressei no **Curso de Especialização em Projetos Assistenciais de Enfermagem** da REPENSUL<sup>1</sup>/ESPENSUL<sup>2</sup>/ UFSC. Esse curso tinha, como opção pedagógica, a pedagogia problematizadora. Pude, então, perceber, com a visão de aluna, como é possível criar e recriar quando se tem a liberdade necessária para isso, e também como é possível voar quando nos dão asas para isso.

Escolhi, na ocasião, para tema central de minha prática assistencial no Curso de Especialização, o Mecanismo de Referência e Contrarreferência. No que concerne a essa escolha, resalto que ela foi ditada por uma necessidade sentida no meu cotidiano de enfermeira assistencial: a ação de contrarreferenciar adequadamente os clientes de nossa maternidade. Concluí, posteriormente, o curso apresentando a Monografia intitulada “**Contrarreferência de recém-nascidos de uma unidade de alojamento conjunto para a rede básica de saúde: proposta operacional**” (JÚLIO, 1997).

Foi nesse curso que, ao desvendar alguns segredos das políticas de saúde no Brasil e a inserção da enfermagem neste contexto, vi que as questões de enfermagem, como não poderiam deixar de ser, estavam e estão vinculadas às questões do próprio homem como cidadão, com seus direitos e deveres. Assim, por acreditar, cada vez mais, que, quando se ensina, aprende-se, participei do Projeto Auxiliar de Enfermagem da UFSC, em 1997, como facilitadora. Destaco, ainda, que esse projeto visava à profissionalização do Atendente de Enfermagem, a fim de qualificá-lo para que se tornasse Auxiliar de Enfermagem.

Durante o processo de capacitação pedagógica do referido projeto, pude aprofundar, efetivamente, meus conhecimentos sobre a metodologia do “Arco da Problematização”, de Charles Maguerz (1972), desenvolvida e adaptada por Juan Dias Bordenave<sup>3</sup>, e sobre a pedagogia problematizadora, fundamentada em Paulo Freire.

---

<sup>1</sup> Rede de Promoção da Enfermagem da Região Sul.

<sup>2</sup> Especialização em Enfermagem da Região Sul.

<sup>3</sup> Juan Dias Bordenave é doutor em comunicação, educador e autor de diversos livros sobre o tema.

Confesso que, a princípio, duvidei que fosse possível ensinar de forma tão liberal, afinal isso é compreensível já que sou fruto da educação tradicional ou “bancária”, como Freire (1987) e Bordenave (1998) referem-se à educação baseada na transmissão do conhecimento e na experiência do professor. Esses autores afirmam, com efeito, que a “educação bancária” não vê o aluno de forma integral e como membro de uma comunidade; visa apenas à transmissão de conhecimento. Torna, por isso, o aluno passivo, ou seja, um tomador de notas que não questiona os conhecimentos que são “despejados” em sua cabeça.

Após alguns seminários com o educador Juan Dias Bordenave, sobre a Metodologia da Problematização, comecei a entender que a educação problematizadora traz, em seu bojo, algo realmente maravilhoso e transformador, uma vez que trabalha com problemas concretos da realidade do educando, inserindo-o em seu mundo. Permite, desse modo, que as soluções encontradas coletivamente sejam aplicadas e testadas em seu próprio contexto.

Em vista disso, remeto-me às palavras de Boff (1997, p.117) que afirma que devemos nos recusar “[...] a ser somente galinhas”. Temos que “[...] ser também águias que ganham altura e que projetam visões para além do galinheiro”. Assim, no atual processo de mundialização globalizadora, considero importante darmos asas à águia que se esconde em cada um de nós. Só, então, encontraremos o equilíbrio. A águia compreenderá, com efeito, a galinha que se associará ao voo da águia.

Acredito, em consonância com as concepções de Soares (2000), que os enfermeiros, como trabalhadores sociais, podem desempenhar um importante papel no processo de mudanças em sua prática social. Ao desmitificá-la e ao alcançar uma percepção crítica acerca da sociedade em que estão inseridos, podem atuar visando à transformação de comportamentos em relação à educação e à assistência aos clientes. Assim, ao respeitá-los, esclarecer-lhes seus direitos e incentivá-los a lutar por esses direitos, esses profissionais tornam-se agentes de mudanças.

Desse modo, a trajetória que percorri para chegar à construção de um pensamento político e social da enfermagem passou, necessariamente, por contradições, construções e desconstruções, influenciada por uma política intrínseca, que me levou a posicionamentos definidos diante de uma realidade concreta. Tenho, pois, a convicção de que mudanças fazem-se necessárias, no dia a dia dos enfermeiros, no sentido de “cuidar” dos pacientes de forma mais eficiente e humana. E essas devem, efetivamente, passar pelo respeito ao direito do cliente,

que deve ser visto, acima de tudo, como ser humano e cidadão.

Freire (1979) afirma que, quando se tem o interesse em analisar o compromisso do profissional com a sociedade, é preciso, com efeito, reconhecer que ele, antes de ser profissional, é homem. Deve, portanto, ser e estar comprometido por si mesmo. Em vista disso, posso afirmar que essas experiências, como aluna e como professora que utilizou a metodologia problematizadora, foram extremamente gratificantes para mim, como enfermeira, pois responderam às necessidades sentidas na prática.

Durante essas experiências, compreendi que nós, enfermeiras assistenciais, tínhamos o dever de questionar essa prática e, além disso, que podíamos ousar escrever sobre nossos problemas e até mesmo pesquisá-los. Essa ousadia teria, no entanto, que estar bem fundamentada. Passei, então, a olhar essa prática de forma mais crítica e a avaliar como poderia contribuir para melhorá-la. Isso me levou, em parte, a problematizar essa prática em busca de soluções adequadas para torná-la mais abrangente e eficaz.

## 1.1 PROBLEMATIZANDO E JUSTIFICANDO O ESTUDO

Gadotti (1996) assevera que é por meio da problematização que Paulo Freire, em seu método, busca superar uma primeira visão mágica por uma visão crítica, partindo para a transformação do contexto vivido. Essa reflexão é, com efeito, pertinente uma vez que o ser humano está inserido num contexto de mudanças constantes.

A sociedade está, portanto, em um novo século. Assim, ao olhar para trás, noto que os avanços foram muitos, principalmente na área tecnológica. Já é possível, de fato, a comunicação com o outro lado do mundo apenas com o simples apertar de uma tecla. As pesquisas na área de ciências humanas vêm, também, apresentando resultados surpreendentes, tal qual o projeto Genoma, que pretende identificar todos os genes humanos presentes no DNA e determinar suas sequências de pares de bases químicas, o que poderá resultar em benefícios fantásticos para a humanidade. Após os resultados obtidos com clonagem de

animais, já se fala, inclusive, em clonagem humana.

Embora maravilhada com a evolução do ser humano, esses avanços levam-me a uma reflexão: como está sendo cuidado e respeitado este ser humano, já a partir do seu nascimento? Assim, tendo em vista esse questionamento, julgo necessário abordar um aspecto que é relevante no que tange aos cuidados inerentes ao universo infantil: o aleitamento materno.

Não tenho, pois, dúvida de que falar sobre os diversos ângulos que envolvem o aleitamento materno é falar de cidadania; é falar de direito e respeito à vida e à liberdade. Estou, de fato, certa da importância da amamentação do ponto de vista emocional, político, biológico e sociocultural.

Segundo dados da UNICEF (1998), morrem aproximadamente doze milhões de crianças anualmente, com idade inferior a cinco anos, nos países em desenvolvimento, vítimas principalmente da desnutrição e da diarreia. O Fundo argumenta, ainda, que esse índice poderia ser reduzido, em grande parte, se a amamentação não fosse interrompida precocemente e se as crianças tivessem suas necessidades nutricionais atendidas.

Ressalto, em vista disso, que a taxa de mortalidade infantil no Brasil, embora venha caindo nos últimos anos, ainda é muito alta. Segundo dados do Ministério da Saúde (1999), correspondia a 49,4 mortes para cada 1.000 nascidos vivos no ano de 1990; caiu, efetivamente, para 36,1 mortes para cada 1.000 nascidos vivos no ano de 1998. No que concerne a Santa Catarina, os últimos dados fornecidos pela Secretaria de Estado da Saúde (1999) indicam que, apesar de todas as ações implementadas de incentivo ao AM, essa mesma taxa também vem caindo muito lentamente, tendo em vista que o percentual era de 20,5 mortes para cada 1.000 nascidos vivos, no ano de 1990, e caiu apenas para 16,4 mortes para cada 1.000 nascidos vivos no ano de 1998.

Dado o exposto, se a meta da UNICEF, para a década de 1990, era reduzir em um terço os índices de mortalidade infantil, posso afirmar que ainda há muito a ser feito até que essa meta seja atingida. Assim, a relevância do aleitamento materno para manutenção da vida da criança, nos primeiros anos de vida, fica mais evidente se observo as desigualdades sociais presentes na maioria dos países em desenvolvimento e particularmente no Brasil.

O desmame precoce assume, por conseguinte, consequências menos graves quando a família do recém-nascido possui certa estabilidade financeira, acesso a

informações e a serviços de saúde, noções de higiene que lhe permita o preparo, sem contaminações, da alimentação do bebê. Por outro lado, se ocorre com recém-nascido de família que reside em local de pobreza extrema, com água de má qualidade, promiscuidade, alimentos contaminados ou a falta deles, a questão do desmame precoce assume proporções maiores, com influência indireta no aumento da taxa de mortalidade infantil.

Saliento, contudo, que essa situação poderá ser revertida se a criança for amamentada exclusivamente com leite materno nos primeiros seis meses de vida. Assim, nos casos em que as condições sanitárias e de água potável são difíceis, a amamentação complementar deve, se possível, ser mantida até os dois anos de vida ou mais. Além disso, outras condições podem, igualmente, contribuir para reverter o atual quadro de mortalidade infantil, tais como uma melhor qualidade da assistência obstétrica e neonatal; um sistema adequado de informações, que facilite o gerenciamento das ações de saúde em seus diversos níveis. Julgo, também, pertinente destacar que, segundo dados do Ministério da Saúde (1999), o aleitamento materno exclusivo em crianças de 151 a 180 dias – menores de seis meses de idade – é, no entanto, de 9,7%, o que me leva a acreditar que o desmame precoce ainda é alto.

Dado o exposto, reafirmo que o leite materno tem qualidades nutricionais e imunológicas já comprovadas por inúmeras pesquisas. Traz, com efeito, em sua composição: proteínas, gorduras, lactose, vitaminas, minerais, oligoelementos e outros que fornecem proteção contra infecções, principalmente a diarreia e infecções respiratórias; protege, ainda, contra alergias e é um importante aliado contra a desnutrição. Contribui, dessa forma, para a diminuição da taxa de morbimortalidade infantil. Ressalto, ainda, que o AM fortalece o vínculo mãe e filho, além de promover um bom desenvolvimento dos maxilares e dos dentes.

A amamentação exclusiva pode ser utilizada, também, como um procedimento efetivo de planejamento familiar. Acerca disso, Valdês (1996) explica que o Método de Amenorréia Lactacional (LAM) foi definido no Consenso de Bellagio<sup>4</sup>. Ele estabelece que, quando amamenta de forma exclusiva ou quase exclusiva e permanece em amenorréia, a mãe tem uma proteção contra a gravidez

---

<sup>4</sup> O Consenso de Bellagio ocorrido em Bellagio, Itália, em 1988, forneceu as bases científicas do método de planejamento familiar. Nesse consenso, pesquisadores de diversos países definiram de que modo o aleitamento materno poderia ser utilizado como método contraceptivo.

superior a 98% durante os seis primeiros meses que se seguem ao parto. O sangramento vaginal, anterior aos 56 dias pós-parto, não altera, efetivamente, o estado de amenorréia. Assim, à medida que o aleitamento materno deixa de ser exclusivo, se a menstruação ocorre, ou após seis meses do parto, o risco de gravidez aumenta.

Outro aspecto que considero relevante destacar é o fato de que, quando amamenta, a mãe previne-se contra a hemorragia pós-parto, pois a sucção do bebê estimula a hipófise posterior da mulher a produzir o hormônio ocitocina que irá estimular a contração uterina e, conseqüentemente, a involução mais rápida do útero.

Os benefícios para a saúde, sociedade e Estado são, também, evidentes, visto que o aleitamento natural é mais barato e, com seus fatores imunológicos, reduz o número de doenças e, conseqüentemente, a necessidade de remédios, exames e hospitalização. Saliento, todavia, que, mesmo com o incentivo do governo ao AM, por meio de prêmios e programas oficiais, concedidos e implementados em instituições de saúde que promovem, apoiam e protegem o AM, como o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, Prêmio Galba de Araújo e Hospital Amigo da Criança, o desmame precoce não tem mostrado declínio significativo nos últimos tempos.

Dado o exposto, questiono: se as vantagens são tantas, se o aleitamento materno é tão "natural", por que a prevalência de aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses de idade não aumenta, a fim de diminuir, assim, o desmame precoce? Levando em conta esses aspectos e visando a respostas para essa séria questão, acredito que seja necessário repensar a questão do "natural". Além disso, considero primordial redirecionar o foco de atenção, que sempre esteve voltado para a criança, e centrá-lo na mãe.

Tenho observado, durante os cuidados prestados à mãe, que o momento de adaptação à amamentação é, com efeito, muito delicado, cercado de ansiedades e expectativas. Além disso, enfatizo que é preciso que todos tenham em mente o seguinte: mãe e filho estão vivenciando uma situação nova e a amamentação pode se constituir em uma fase importante para a formação do vínculo afetivo. Klaus e Kennel (1992, p.69-73), acerca dessa questão, argumentam que, embora a amamentação seja importante para a formação do apego, a qualidade desse contato é componente primordial para que esse afeto se desenvolva.

Em vista disso, saliento que cabe à trabalhadora de enfermagem acompanhar esse processo a fim de fornecer o apoio necessário, mas de modo a interferir o mínimo possível nessa interação. O apoio à mãe há de passar, efetivamente, não só pelo seu direito à informação; mas, necessariamente, pelo respeito a sua individualidade e pelo direito de opinar sobre os cuidados prestados a ela e a seu filho.

Destaco, ainda, que a cliente e seus familiares recebem, ao longo de sua internação no AC, várias orientações, tais como cuidados de higiene para ela e para o recém-nascido, dieta e curativo. Outras orientações de ordem técnica referentes ao AM são, também, fornecidas, como posicionamento do recém-nascido para mamar, "pega" completa da aréola, fisiologia da lactação, cuidados com a mama, prevenção de fissura, ingurgitamento mamário, entre outras.

Apesar disso, de modo empírico, tenho observado, ultimamente, o aumento do número de mães que manifestam, explícita ou implicitamente, o desejo de não amamentar. Nessas ocasiões, a trabalhadora de enfermagem tem dificuldade em manejar a situação. Muitas são, por conseguinte, as perguntas que surgem e que se refletem em comportamentos estereotipados por parte dessas trabalhadoras.

Diante disso, questiono: o que fazer? Como a trabalhadora, que presta o cuidado a essa mãe e ao recém-nascido, pode negar todas as suas crenças e valores e apoiar essa mulher que tomou uma decisão que, provavelmente, não será, também, fácil para ela manter? Como ir contra todos os conceitos que essa trabalhadora demorou a assimilar? Sendo o HU um hospital amigo da criança, que visa ao apoio, à promoção e à proteção à amamentação, como aceitar o desmame precoce, quando não há nenhuma justificativa aparente para isso?

Buscando respostas para esses e outros questionamentos, desenvolvi uma prática assistencial intitulada "Desmitificando o Cuidado no Aleitamento Materno", em maio de 2001, como atividade curricular das disciplinas de Prática Assistencial de Enfermagem, Aspectos Éticos da Assistência de Enfermagem e Educação e Assistência de Enfermagem, do Curso de Mestrado em Enfermagem, mantido pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Esta dissertação é, com efeito, o resultado daquela experiência, refletida e reconstruída com o propósito de gerar conhecimentos específicos de Enfermagem que possam contribuir para o desvelamento dessa questão.

Assim, o problema que desencadeou este estudo foi a constatação de que

havia dificuldade, por parte da trabalhadora de enfermagem, em prestar cuidados à mãe que opta por não amamentar seu filho recém-nascido. Em vista disso, minha questão-problema é a seguinte: como ajudar a trabalhadora de enfermagem a prestar cuidados à mãe que manifesta, explícita ou implicitamente, o desejo de não amamentar o seu filho recém-nascido em uma unidade de alojamento conjunto?

## 1.2 OS OBJETIVOS

Esbocei, a partir da questão-problema exposta na seção anterior, delimitações para o estudo a fim de responder a tais questionamentos. Desse modo, estabeleci o seguinte **objetivo geral**: desenvolver um processo educativo com trabalhadoras de enfermagem, com vistas a favorecer o cuidado em situações de desmame precoce por opção materna, em uma unidade de alojamento conjunto.

Além disso, para dar conta do alcance do objetivo geral, anteriormente descrito, delineei objetivos específicos, os quais são relacionados a seguir:

- Descrever e avaliar um processo educativo desenvolvido junto a trabalhadoras de enfermagem;
- Desvelar sentimentos e reações das trabalhadoras de enfermagem relacionados ao desmame precoce.

Detalhados os objetivos, passo a tratar, na seção seguinte, das questões atinentes ao aporte teórico.

*PRECISA-SE*

*DE PESSOAS QUE NÃO TEMAM MUDANÇAS E SAIBAM TIRAR PROVEITO DELAS.*

*QUE TORNEM SEU TRABALHO OBJETO DE PRAZER E UMA PORÇÃO*

*SUBSTANCIAL DE REALIZAÇÃO PESSOAL.*

*QUE PERCEBAM, NA VISÃO E NA MISSÃO DE SUAS VIDAS PROFISSIONAIS,*

*DE SUAS DEDICAÇÕES HUMANISTAS EM PROL DA HUMANIDADE,*

*UM FORTE IMPULSO PARA SUA PRÓPRIA MOTIVAÇÃO.*

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

A história do aleitamento materno (AM) é tão antiga quanto a história da própria humanidade. Posso dizer, ainda, que a história do AM está intimamente ligada à história da mulher e à relação de afeto existente entre ela e seu filho.

Procuró, neste capítulo, apresentar como se formou a cultura do aleitamento materno (ou do desmame precoce), de que modo as políticas econômicas e sociais, utilizando como forma de pressão o próprio amor materno, influenciaram e manipularam o comportamento da mulher a fim de que ele servisse a seus interesses.

### 2.1 A EVOLUÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO

A Bíblia Sagrada traz relatos de que, em várias ocasiões, foram encontrados recipientes ao lado de corpos de lactentes em escavações arqueológicas (ALMEIDA, 1991). Lawrence (1996), por outro lado, afirma que o Código de Hamurabi, datado de cerca de 1800 a.C., já trazia citações sobre a amamentação. Saliento, ainda, que a amamentação era, naquela época, praticada por mães de aluguel.

Isso me leva a acreditar que talvez os problemas relacionados à amamentação sejam tão antigos quanto a sua prática. Destaco, também, que a medicina higienista teve, historicamente, grande influência nas políticas de saúde, no Brasil. Assim, no que tange ao aleitamento materno, não foi diferente.

Segundo Costa (1983), no século XIX, estabeleceu-se, por reciprocidade de interesses, uma aliança entre a medicina, que buscava sua independência, e o Estado, que precisava instituir um sistema de controle da população. O Estado aceitou, por conseguinte, “medicalizar” suas ações políticas, uma vez que reconheceu o valor político das ações médicas. Desse modo, a prática higienista relacionou, de forma direta, a saúde da população à saúde estatal; e, para

consecução de seus objetivos, elegeu a 'família de extração elitista'<sup>5</sup> como alvo principal. A meta era, portanto, converter a família ao Estado, pela higiene.

Considero, ainda, relevante destacar que Costa (1983), ao ressaltar o valor da mulher como nutriz, assevera que a família sempre constituiu um dos mais sérios obstáculos à consolidação do Estado brasileiro. O Estado fornecia-lhe, efetivamente, argumentos para fugir ao domínio masculino vigente. Com essa estratégia objetivava torná-la sua aliada para que ele pudesse penetrar e interferir nas questões de família da elite brasileira, que era, até então, dominada pelo patriarcado.

Ao conjunto de técnicas de persuasão e estratégias de ataque a que recorreu, a medicina social chamou, com efeito, de 'higiene familiar'. Entre as regras básicas, o binômio mãe-filho tomou-se, por conseguinte, uma das mais brilhantes equações desenvolvidas pelos higienistas, por intermédio da qual a higiene elevou a mulher à categoria de mediadora entre os filhos e o Estado (MEIRELLES *apud* ALMEIDA, 1999). Assim, os higienistas reconstruíram, socialmente, a biologia do ciclo gravídico-puerperal, uma vez que buscaram resgatar, na ordem natural do instinto, a maternidade e a amamentação como fatores vitais para a sobrevivência dos filhos.

A medicina higienista utilizou, portanto, o aleitamento materno para se firmar politicamente. Desse modo, mais uma vez o saber médico tornou a família e o Estado dependentes dos agentes educativos/terapêuticos. Segundo Almeida (1999), a amamentação foi construída socialmente e, para isso, serviu-se de atributos naturais e instintivos, comuns às espécies definidas como mamíferas. Dessa forma, para atender a fins estratégicos, a medicina social fundou a prática da amamentação natural sob a perspectiva do determinismo biológico; desconsiderou, propositadamente, em seu favor, a magnitude dos condicionantes socioculturais que permeiam essa prática.

Badinter (1985) expõe, também, que a educação sanitária foi desenvolvida mediante ações autoritárias e verticais, que levavam as mães a obedecerem a prescrições sem conhecerem o saber que as fundamentava. Dessa forma, o desconhecimento materno foi utilizado para induzir a mulher a amamentar e, conseqüentemente, para responsabilizá-la pelo insucesso da amamentação.

---

<sup>5</sup> Família de extração elitista: as políticas de saúde eram dirigidas a determinadas classes sociais. Os marginalizados ficavam entregues à própria sorte, isto é, os mendigos e vagabundos eram utilizados apenas como exemplo pela medicina higiênica que, apoiada pelo Estado, tentava convencer a todos os membros da família burguesa a adotar as práticas de higiene propostas por eles.

A importância da amamentação era, ainda, justificada pelo discurso científico que construía paradigmas do aleitamento materno e dava origem ao conjunto de regras balizadoras do comportamento materno. Surgiu, assim, por exemplo, segundo Badinter (1985), a teoria da metástase láctea que alertava a mãe sobre o risco que estaria correndo se não amamentasse, pois o leite retido na mama provocaria do ingurgitamento mamário ao câncer de mama; poderia, inclusive, levar à morte.

Assim, essas e outras crenças e valores foram sendo incorporados através dos tempos. Uma delas foi o mito do leite fraco (hipogalactia) utilizado pela medicina higienista para justificar os insucessos na amamentação, o que contribuía para gerar na mãe o sentimento de culpa pelo desmame precoce (BADINTER, 1985).

Muitos foram, portanto, os fatores que estimularam o desmame precoce. Um importante fator foi, sem dúvida, a intensa propaganda das empresas multinacionais, interessadas em vender seu produto: o leite em pó. Essa campanha publicitária, de proporções mundiais, levou muitas mulheres a pararem ou mesmo a não tentarem amamentar, uma vez que o leite em pó era alardeado como o alimento mais indicado para as crianças. Ainda hoje se percebem reflexos dessa propaganda, particularmente quanto a uma marca específica de leite.

Ressalto, ainda, que a indústria leiteira estava, até a década de 1970, por trás das ações de saúde no Brasil, mascarando suas intenções capitalistas ao subsidiar congressos, pesquisas, programas que elevavam os benefícios do leite industrial em detrimento do leite natural.

Em publicação intitulada *A babá dos brasileiros: uma multinacional do setor leiteiro*, Fredericq (1982 *apud* ALMEIDA, 1999), analisa a estratégia promocional da indústria na difusão de sua ideologia, e conclui que esse tipo de atuação resulta em uma influência direta na formação dos pediatras brasileiros, bem como em um importante controle das informações que podem chegar até o cliente. Aproveita-se, desse modo, do poder médico para melhor chegar aos consumidores.

Essa situação manteve-se por muito tempo; porém, com o aumento da taxa de morbimortalidade infantil, provocada principalmente pela desnutrição e diarreia, por intervenção da Organização Mundial de Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância e Adolescência (UNICEF, 1989), inicia-se, em 1974, a mobilização para resgatar o aleitamento materno. Em vista disso, várias campanhas foram realizadas a fim de estimular o aleitamento materno, especialmente com o

intuito de evitar agravos ao recém-nascido; facilitar a interação do binômio; e propiciar seu desenvolvimento emocional, mas principalmente como meio para reduzir os altos índices de mortalidade infantil.

Houve, no entanto, um descaso dos profissionais que lidam com o AM em relação aos sentimentos, medos e problemas apresentados pela mulher, os quais a impediam de amamentar, levando-a a sentir-se culpada quando não conseguia realizar essa prática. Assim, a fim de suprir essas necessidades da cliente, considero imprescindível reformular o atual paradigma de amamentação que traz, em sua formulação, uma visão extremamente "biologicista", apesar do discurso em contrário. É necessário, pois, ampliar essa visão para que realmente a individualidade dessa mulher-mãe seja respeitada.

Esse é, portanto, o enfoque que pretendo dar a este estudo: como lidar, manejar e enfrentar a questão do desmame precoce por opção materna.

## 2.2 A TRABALHADORA DE ENFERMAGEM FRENTE AOS DILEMAS ÉTICOS IMPOSTOS PELO DESMAME PRECOCE

A ética permeia todas as relações sociais e profissionais, contudo, na área da saúde, ela parece estar mais latente, mais presente. Assim, de acordo com as teorizações de Selli (1998), a bioética é norteada por três princípios básicos, definidos em 1978 pela comissão norte-americana para a proteção dos direitos na pesquisa biomédica e comportamental. São eles: os princípios da beneficência, da justiça e da autonomia.

A **beneficência** vem do latim *bonum facere*, ou seja, fazer o bem. Para os profissionais de saúde, isso equivale ao comportamento moral de fazer o bem e/ou promover o bem-estar. Saliento que, nesse conceito está incluído o que alguns autores consideram o quarto conceito: o da não-maleficência ou *non nocere*, isto é, nunca fazer o mal.

A **justiça**, na área da saúde, é entendida como um conceito normativo que serve para orientar os legisladores e as políticas do Estado. Tem como objetivo beneficiar, de forma igualitária, a coletividade ou seus membros que, devido a seus

níveis culturais, renda, entre outros, não podem buscar a satisfação de suas necessidades de saúde.

O terceiro princípio é, efetivamente, o da **autonomia**. Essa palavra vem do grego: *autos*, que significa “eu”, e de *nomos*, cujo sentido é lei. Para Selli (1998), **autonomia** é a capacidade especificamente humana de agir de acordo com sua vontade, por meio de escolhas que estão a seu alcance, diante de objetivos por ela estabelecidos.

Enfatizo, pois, que o conhecimento da bioética é indispensável para o desempenho profissional da equipe de enfermagem. Essa importante ferramenta, no entanto, ainda não é usada de forma adequada por esses trabalhadores. Embora a enfermagem tenha evoluído nas últimas décadas na busca por um fazer científico, esses conhecimentos, no que tange à bioética, ainda não foram incorporados ao seu fazer cotidiano, de forma consciente, conquanto estejam implícitos em muitas de suas ações.

Ao prestar uma assistência de enfermagem que não leva em conta as necessidades da mãe-nutriz, seus desejos e sua opinião, deixando de respeitar sua autonomia por julgar que está fazendo o melhor para ela e seu filho, o trabalhador estará agindo de forma ingênua ou paternalista. Em vista disso, o despreparo do profissional parece ser um fator importante a considerar. Acerca dessa questão, Ramos (1995), em seu artigo sobre ética e trabalho, assevera que

[...] o trabalhador permanece como que meio abandonado. Apura-se o ‘olhar ético’ sobre todas as suas ações, mas não é com a mesma atenção que se perscruta o sujeito do trabalho, as possibilidades dadas pelo trabalho para a realização e desenvolvimento humano deste sujeito.

Nas últimas décadas, organizações, como a OMS e a UNICEF, estão mais atentas ao problema do desmame precoce, por isso desenvolvem ações de incentivo ao AM; contudo, os programas e cursos, que formam os trabalhadores que prestam os cuidados relativos ao AM, são, na sua grande maioria, de cunho biologicista, uma vez que apenas os prepara para resolver problemas de ordem física, sem a preocupação com a subjetividade da cliente. Destaco que, recentemente, cursos de aconselhamento em amamentação foram lançados pela OMS/UNICEF (1997). Embora mantenham a mesma linha dos outros, percebo, nesses cursos, já alguma preocupação com a cultura e com o emocional da cliente.

Esses cursos são, entretanto, ministrados a um número, normalmente, limitado de participantes que deveriam disseminar o conhecimento adquirido, mas isso, em geral, não acontece; na maioria das vezes, estão impedidos, por problemas burocráticos e políticos, de cumprir seu papel de multiplicadores. Privam, assim, a trabalhadora que presta assistência direta à mãe-nutriz dessas novas ferramentas de trabalho. A trabalhadora de enfermagem, então, não consegue, por falta de informação, atenuar os problemas apresentados pelas mães que optaram pelo desmame precoce.

O desmame precoce, por opção materna, coloca ainda a trabalhadora de enfermagem frente a outros problemas éticos e morais. Tendo isso em vista, saliento que não podemos esquecer que essas são trabalhadoras de uma instituição de saúde e que, além da obediência ao código de ética de enfermagem, ainda têm o compromisso moral com sua filosofia e suas normas, as quais estão, muitas vezes, sujeitas a distorções, embora visem à preservação do AM e à humanização.

No que concerne à execução das atividades, Ramos (1995) afirma que cabe a esse trabalhador atuar com lealdade aos princípios, códigos e modelos da prática assumida e, mais do que isso, subordinar-se, na relação com os demais praticantes, a padrões por ele não definidos. Se a ética pode trazer soluções, ela impõe, também, dilemas que a trabalhadora não sabe como resolver, pois tem que manter os compromissos já mencionados sem ferir os princípios da beneficência e da autonomia a fim de, assim, preservar seu compromisso com a cliente. Considero, portanto, esses princípios extremamente importantes para a atuação da trabalhadora de enfermagem junto à mãe que opta pelo desmame precoce, uma vez que pode ser uma das ferramentas para encontrar respostas a seus questionamentos a respeito desse problema.

Entendo, ainda, que é necessário, para que a trabalhadora de enfermagem possa discutir a validade ou intencionalidade dos programas oficiais ou dos grupos dominantes, isto é, dos que comandam as questões do AM, um conhecimento proveniente da prática cotidiana, identificado como conhecimento tácito, que seja complementado por conhecimentos empíricos cientificamente sustentados. Esses últimos podem, com efeito, tornar-se disponíveis a partir de programas formais de educação continuada, discussões programadas, encontros informais, atividades educativas lúdicas e quaisquer outras formas já existentes ou que venham a ser criadas com essa finalidade.

Enfim, por meio da educação, do conhecimento e do desenvolvimento de uma consciência crítica a respeito das questões que envolvem o aleitamento materno, a trabalhadora vai poder buscar soluções para os problemas encontrados na sua realidade. Penso, também, que as soluções têm que surgir, necessariamente, a partir dessa mesma realidade, sob pena de utilizarmos soluções prontas que não condizem com as reais necessidades da mãe, o que nos leva a adaptações que produzem, muitas vezes, resultados desastrosos.

*PRECISA-SE*

*DE PESSOAS COM DIGNIDADE, QUE SE CONDUZAM COM COERÊNCIA EM*

*SEUS DISCURSOS, SEUS ATOS, SUAS CRENÇAS E SEUS VALORES.*

*PRECISA-SE DE PESSOAS QUE QUESTIONEM, NÃO PELA SIMPLES*

*CONTESTAÇÃO, MAS PELA NECESSIDADE ÍNTIMA DE*

*SÓ APLICAR AS MELHORES IDÉIAS.*

*PESSOAS QUE MOSTREM SUA FACE DE PARCEIROS LEGAIS.*

*SEM SE MOSTRAREM SUPERIORES NEM INFERIORES*

*MAS... IGUAIS.PRECISA-SE DE PESSOAS ÁVIDAS POR APRENDER*

*E QUE SE ORGULHEM DE ABSORVER O NOVO.*

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

O marco de referência está definido pelo histórico e não pode ser rígido nem universal, mas necessariamente tem que ser construído pelo homem, na qualidade de sujeitos cognoscentes, capazes de transformar sua realidade (BARRAZA; ESCOBAR, 1996, p.390).

Acredito que o referencial teórico possibilita-me compreender a realidade vivenciada na sua totalidade, e me permite o distanciamento necessário de um admirador que analisa, de forma crítica, as partes que compõem o todo dessa realidade, uma vez que essas abstrações são necessárias para alcançar a realidade concreta. Desse modo,

Admirar, olhar por dentro, separar para voltar a olhar o todo-admirado, que é um ir para o todo, um voltar para suas partes, o que significa separá-las, são operações que só se dividem pela necessidade que o espírito tem de abstrair para alcançar o concreto. (FREIRE, 1979, p.44).

Assim, tentando chegar ao concreto da realidade vivenciada pelas trabalhadoras de enfermagem que prestam assistência à mãe-nutriz no AC, em relação ao desmame precoce, é que busquei um referencial teórico que mostrasse aderência e sustentasse a argumentação proposta neste estudo específico. Meu encantamento deu-se, efetivamente, com a Pedagogia Libertadora e Problematicadora de Paulo Freire que estava (e permanece) em consonância com as minhas crenças e valores.

Por que a escolha de um pensador da educação para compor o referencial teórico de uma prática assistencial de enfermagem? A resposta para essa questão é porque traz, em primeiro lugar, uma proposta libertadora que estimula a participação, por meio da problematização da realidade vivenciada, e colabora para a conscientização de grupos, o que tem tudo a ver com a proposta deste estudo.

A proposta freireana tem sido, segundo Torres (1996), implementada não apenas em estudos sociais e no currículo da educação adulta, secundária e superior, mas também em diversas áreas, tais como o ensino da matemática e física, planejamento educacional, estudos feministas, línguas, psicologia

educacional, leitura e escrita crítica, dentre outros. Isso demonstra, com efeito, a amplitude dessa proposta.

Ao fazer a revisão de literatura para construção deste referencial, pude constatar que diversos trabalhos desenvolvidos pela enfermagem utilizaram essas propostas pedagógicas para compor seus referenciais teóricos; entre eles: Souza (1995); Dias (1999); Soares (2000); Schier (2001); e Hames (2001), o que demonstra sua aderência aos temas da área.

Assim, Saupe (1998, p.245), ao abordar a utilização da Pedagogia Libertadora e Problematizadora de Paulo Freire como referencial nas dissertações produzidas no curso de Mestrado em Enfermagem da UFSC, ressalta que "[...] as concepções e método freireano apresentam a maior incidência de utilização num mesmo ano entre todos os referenciais identificados".

### 3.1 A PEDAGOGIA LIBERTADORA E PROBLEMATIZADORA

Acredito, em consonância com o pensamento de Saupe (1998), que a pedagogia libertadora e problematizadora ultrapassa os limites da educação como disciplina social e passa a ser entendida, também, como forma de ler o mundo, refletir sobre a leitura e recontá-lo, a fim de transformá-lo pela ação consciente. É exatamente essa ultrapassagem do campo específico da educação para o mundo dos homens que possibilita, com efeito, sua utilização por outras disciplinas; entre elas, a enfermagem. Assim, tendo isso como verdadeiro, fiz minha opção pela pedagogia libertadora e problematizadora para compor o referencial teórico dessa prática assistencial.

Considero relevante destacar que **Paulo Freire** nasceu em 19 de setembro de 1921, em Recife, e morreu em 02 de maio de 1997, em São Paulo. Licenciado em Direito, exerceu pouco a magistratura. Na superintendência do SESI (Serviço Social da Indústria) em Pernambuco, realizou suas primeiras experiências com o método de alfabetização de adultos que viria a desenvolver mais tarde no movimento de cultura popular do Recife, onde surgiram também os Círculos de Cultura. Durante o golpe militar de 1964, foi preso por setenta dias; após ser

libertado, ficou exilado até 1979. (GADOTTI, 1996). Além disso,

Paulo Freire foi um verdadeiro educador do seu tempo, foi incompreendido, exilado, reconhecido e enaltecido no mundo, e na volta ao país, reconstruiu e continuou sua obra em prol da educação, sempre buscando ultrapassar as barreiras que obstaculizam a busca do ser mais. (SAUPE, 1998, p.245).

Em sua proposta pedagógica, a educação é vista como prática de liberdade. Desperta, efetivamente, no indivíduo o desejo de lutar pelos seus direitos; no oprimido, de se libertar do opressor. Nela está presente a busca por melhor qualidade de vida, como um direito de cidadania. Preconiza, ainda, uma abordagem centrada no aprendiz; e enfatiza, também, a discussão, o diálogo, a comunicação. Assim, para Freire (1980), a relação dialógica e a ação-reflexão são caminhos que conduzem à tomada de consciência que produz a transformação da realidade. Esse diálogo não pode ser, todavia, uma mera conversa de palavras vazias. A boa conversa é, portanto, aquela fundamentada na verdade, profunda, que produz novos conhecimentos.

Além disso, não admite a simples transmissão de informações, uma vez que respeita o conhecimento do aprendiz e sua capacidade de assumir sua própria aprendizagem. Seu conhecimento deve ser, com efeito, construído por ele a partir de sua própria realidade. Visa, por conseguinte, à libertação, à transformação radical da realidade para melhorá-la e torná-la mais humana. Vê, efetivamente, os homens e as mulheres como sujeitos de sua história e não como objetos.

Ela nega, ainda, a concepção bancária da educação, na qual o sujeito é o educador e o educando é visto, meramente, como um receptáculo no qual é depositado o conhecimento. Desse modo, na educação bancária, a relação educador *versus* educando é vertical, pois o conhecimento é transmitido de cima para baixo. Assim, o educando coloca-se como sujeito passivo, uma vez que fica à mercê do detentor do conhecimento, ou seja, do educador, que recebe ou doa esse conhecimento de forma paternalista. Dado o exposto, posso afirmar que esse paternalismo pode ser visto, também, na relação trabalhadora de enfermagem e cliente, uma vez que a trabalhadora, muitas vezes, presta o cuidado de forma paternalista e cabe à mãe apenas aceitá-lo sem, ao menos, questioná-lo.

Bordenave (1997), em consonância com o pensamento dialógico de Freire, assevera que as pessoas se influenciam mutuamente, especialmente ao trocarem

ideias, informações, emoções e sentimentos. Assim, para que a relação entre trabalhadora de enfermagem e a cliente seja autêntica, é necessário que a trabalhadora de enfermagem abdique de sua postura de detentora do conhecimento; e passe, acima de tudo, a perceber essa mãe, que deseja desmamar seu filho precocemente, como um ser inteiro, com sentimentos, emoções e saberes próprios, os quais devem ser levados em conta na tomada de decisão sobre o que é melhor para ela e seu filho.

Esse comportamento é, portanto, exigido da trabalhadora não apenas como mulher comprometida que é, mas também como profissional. Em vista disso, julgo importante destacar que, muitas vezes, o compromisso profissional não está em consonância com o compromisso original do indivíduo.

De acordo com Freire (1979), quanto mais o trabalhador capacita-se como profissional, utilizando-se do patrimônio cultural, que é de todos e ao qual todos devem servir, mais aumenta sua responsabilidade com os homens. Assim, não pode burocratizar seu compromisso de profissional e servir, numa inversão dolorosa de valores, mais ao meio que ao fim, ou seja, ao homem. Não pode, portanto, deixar-se seduzir pela mítica de sua escravidão às técnicas que, apesar de elaboradas pelos homens, são suas escravas e não suas senhoras.

Nessa concepção, a trabalhadora de enfermagem não pode servir às estruturas sociais dominantes que comandam as questões relativas ao AM; muito menos, omitir-se de pensar se elas atendem às necessidades da mãe-nutriz, sob pena de não estar respeitando nem seu compromisso como indivíduo, nem como trabalhadora comprometida com a humanização da assistência. Desse modo, para que essa trabalhadora seja comprometida com as necessidades da cliente a quem presta o cuidado, precisa conhecer a realidade em que a paciente está, na totalidade, inserida. Assim, ao problematizá-la, pode contribuir para sua transformação.

A pedagogia problematizadora está, com efeito, fundamentada no construtivismo genético de Jean Piaget que, segundo Bordenave (1997), “[...] foi quem levantou a idéia de que os problemas são a melhor forma de estimular a mente humana”. Ela passou, por isso, a ser utilizada não apenas como método de ensino, mas, sobretudo, como um meio de estimular a consciência humana.

Assim, com o propósito de estimular a consciência crítica da trabalhadora de enfermagem, para levantar e questionar os problemas que interferem no cuidado

prestado à mãe-nutriz, em situação de desmame precoce, adotei essa concepção de ensino para nortear o processo educativo.

### **3.1.1 Os Pressupostos**

Acredito, com base nas concepções de Freire e em minha experiência profissional, que:

- ✓ uma pessoa só conhece bem algo quando busca compreender seu significado, quando vive a realidade desse fato; e, se necessário, busca transformá-lo e, conseqüentemente, ela mesma também se transforma no processo;
- ✓ a trabalhadora de enfermagem precisa conhecer seu contexto social, político, econômico e cultural para que possa transformar ou preservar sua realidade, bem como o contexto de sua clientela;
- ✓ a reflexão problematizadora e a participação coletiva das trabalhadoras de enfermagem, que atuam nos serviços de saúde que prestam assistência obstétrica e neonatal, são necessárias na busca de soluções para os problemas decorrentes do AM e, conseqüentemente, do desmame precoce;
- ✓ essa solução deve passar, necessariamente, pelo reconhecimento do direito da mãe-nutriz a sua autonomia, suas crenças e valores, e o respeito a sua individualidade.

### **3.1.2 Os Conceitos**

Freire, apesar de não apresentar uma teoria acabada, expõe, em sua obra, conceitos que foram trabalhados por ele ao longo de sua vida. Assim, utilizei-me de

alguns de seus conceitos e também de contribuições de Bordenave (1982) e Capella (1998) para compor os conceitos deste estudo, aliados às minhas concepções.

Destaco que **ser humano**<sup>6</sup>, para Freire (1979), é um ser capaz de sair de seu contexto, de "distanciar-se" dele para ficar com ele; capaz de admirá-lo para, objetivando-o, transformá-lo e, transformando-o, saber-se transformado pela sua própria criação. Trata-se, portanto, de um ser que é e está sendo no tempo que é o seu, um ser histórico, capaz, por tudo isso, de comprometer-se e, por si mesmo, já ser um compromisso.

A **trabalhadora de enfermagem** é, com efeito, o **ser humano** deste estudo, uma vez que possui uma natureza histórica, cultural e social, e se faz "ser" através de sua relação com os outros e com o mundo. Em seu cotidiano de trabalho, pode ser agente de mudanças necessárias para transformar a realidade; e, assim, contribuir na busca de soluções para os problemas relacionados ao desmame precoce. É, pois, um ser histórico, que se relaciona com outros seres. Constitui-se num ser que, por ser profissional, tem um compromisso ético e moral com a instituição onde trabalha. Trata-se, ainda, de um ser que, por ser ético, precisa defender o direito da(o) cliente, pautado nos princípios da beneficência e da autonomia. É, enfim, um ser em busca de conhecimento, que lhe permita estabelecer relações com sua realidade concreta, e também de conscientização.

Saliento que **conscientização**, para Freire (1980), é tomar posse da realidade; por causa da radicação utópica que a informa, é também um afastamento da realidade. O opressor tem, efetivamente, a tendência de mitificar a realidade em que se dá a capacitação do oprimido, fazendo-a de maneira mítica e não crítica. Assim, a conscientização produz a desmitologização.

Partindo do princípio de que ninguém conscientiza ninguém, mas que ninguém se conscientiza sozinho nesse processo educativo, a **conscientização** é entendida **como o caminhar junto em busca de uma consciência crítica**. Em vista disso, penso que, se a trabalhadora de enfermagem obtiver as informações necessárias sobre os aspectos políticos, socioculturais e psicológicos, que estão envolvidos nas questões do desmame precoce, e tiver a oportunidade de refletir e discutir em grupo, ela desenvolverá um pensamento crítico acerca dessa realidade.

---

<sup>6</sup> Freire, em seus primeiros trabalhos literários, refere-se ao ser humano-pessoa como homem; em seus trabalhos mais recentes já tem, todavia, a preocupação de mencionar os dois gêneros (homem/mulher).

Assim, estará preparada para a tomada de consciência.

Dado o exposto, **conscientização** é, então, o olhar mais crítico possível sobre a realidade que se "desvela" a fim de melhor conhecê-la e também para conhecer os mitos que enganam, os quais contribuem para o desmame precoce e ajudam a manter a realidade da estrutura dominante. Dessa forma, analisando o todo e de posse desse conhecimento, a trabalhadora poderá lutar pela transformação desse todo e, ao transformá-lo, modifica também sua relação com o mundo, consigo mesma e, conseqüentemente, com a mãe-nutriz.

Para Freire (1980), os homens/mulheres como "seres-em-situação" encontram-se submersos em condições espaço-temporais que influem neles e nos quais eles igualmente influem. Assim, o **ambiente** deste estudo é físico, temporal e institucional; nele se produzem as relações interpessoais entre trabalhadora e cliente/familiar. É, pois, **ambiente** que se faz opressor quando não disponibiliza os meios necessários para que trabalhadora, que presta o cuidado à mulher no ciclo grávido-puerperal, ao recém-nascido e à sua família, conheça os aspectos políticos, culturais, sociais e psicológicos relacionados ao desmame precoce. Em suma, o trabalho humanizante não poderá ser outro senão o da desmitificação, que se faz com o desvelamento da realidade; é, para isso, necessário haver educação.

Para Freire (1979) a mulher/o homem deve ser sujeito de sua própria **educação**, não objeto dela. Entende, portanto, que ninguém educa ninguém, mas compreende, também, que a busca pelo conhecimento não pode ser solitária. Percebo, com efeito, que o caminhar solitário na busca do conhecimento levaria a uma visão unilateral e restrita. Como ninguém está só no mundo, a educação também deve ser socializada para que o produto que dela provém esteja de acordo com as reais necessidades da população.

Entendo que, para a trabalhadora de enfermagem que tem seu foco de ação nas orientações prestadas ao cliente, a educação e a comunicação por meio do diálogo são, na verdade, instrumentos de trabalho que contribuem para a democracia. Segundo Freire (2000), não há democracia sem cidadãos ativos; não há, tampouco, cidadão ativo sem consciência política, uma vez que não há consciência política sem uma visão crítica de si, do outro, da natureza e das relações que se estabelecem entre todos os elementos. Além disso, não se chega a essa concretização sem informações que sustentem e orientem essas posições.

Assim, para que haja educação, é indispensável que ocorra a comunicação entre os sujeitos desse processo educativo.

Freire (1979) afirma, ainda, que o melhor modo de **comunicação** é o diálogo, o qual não pode existir sem um profundo amor pelo mundo e pelos homens/mulheres. Sem esperanças, ele/ela não pode existir, especialmente se os que dialogam não se comprometem com o pensamento crítico. Tal pensamento, não aceitando a dicotomia mundo-homen, reconhece entre eles uma inquebrantável solidariedade; percebe, igualmente, a realidade como um processo de evolução, de transformação, e não como uma entidade estática. Ele não se separa, portanto, da ação; mas submerge, sem cessar, na temporalidade, sem medo dos riscos.

Entendo, pois, que a **comunicação** não pode ser coercitiva. Assim, para que o verdadeiro diálogo se estabeleça, é necessário que os interlocutores mantenham uma relação de igualdade. Tendo isso em vista, afirmo que temos que "desmitificar" a qualidade técnica de nossas mensagens e preocuparmo-nos mais com sua compreensão, seu entendimento.

Bordenave (1982) assevera, com efeito, que um melhor conhecimento da comunicação pode contribuir para que muitas pessoas adotem uma posição mais crítica e exigente em relação ao que deveria ser a comunicação na sua sociedade. Desse modo, para a enfermagem, a comunicação é uma ferramenta essencial em sua interação com o cliente/família, especialmente quando presta o cuidado e ao realizar seu trabalho de educação para a saúde. A enfermagem utiliza, efetivamente, a comunicação, o diálogo em suas intervenções junto à mãe-nutriz para resolver problemas relativos ao desmame precoce.

Capella (1998) concebe a **Enfermagem** como uma prática social cooperativa, institucionalizada, exercida por diferentes categorias de profissionais. Tem como finalidade básica, em conjunto com os demais trabalhadores da área da saúde, atender homem/mulher, indivíduo que, em determinado momento de seu percurso de vida, submete-se à hospitalização, em função de uma diminuição, insuficiência ou perda de sua autonomia.

No que concerne a este estudo, a **Enfermagem** é vista como uma disciplina que compreende todo um arsenal de conhecimentos essenciais para que a trabalhadora de enfermagem possa prestar o cuidado; e, como trabalha na área, está também imbuída de deveres morais e éticos tão necessários a sua prática

quanto o conhecimento técnico-científico. A enfermagem tem, por conseguinte, como essência o cuidado.

Assim, **cuidado/cuidar**, neste estudo, é entendido como **cuidar de quem cuida**. Desse modo, oportunizam-se às trabalhadoras de enfermagem momentos em que elas possam expressar livremente suas angústias relacionadas ao desmame precoce e também percebam sua dualidade: trabalhadora de enfermagem e mulher/mãe, a fim de que não se transformem de oprimidas em opressoras da mãe/nutriz (FREIRE,1987).

Enfim, é oferecer ajuda, auxiliar essas trabalhadoras de enfermagem para que possam prestar um cuidado libertador, empossando a cliente do seu direito à autonomia e a seu poder de decisão.

*PRECISA-SE  
DE PESSOAS DE CORAGEM PARA ABRIR CAMINHOS, ENFRENTAR DESAFIOS,  
CRIAR SOLUÇÕES, CORRER RISCOS CALCULADOS. SEM MEDO DE ERRAR.  
PRECISA-SE DE PESSOAS QUE CONSTRUAM SUAS EQUIPES  
E SE INTEGREM NELAS. QUE NÃO TOMEM PARA SI O PODER,  
MAS SAIBAM COMPARTILHÁ-LO.  
PESSOAS QUE NÃO SE EMPOLGUEM COM SEU PRÓPRIO BRILHO  
MAS COM O BRILHO DO RESULTADO ALCANÇADO EM CONJUNTO.  
PRECISA-SE DE PESSOAS QUE ENXERGUEM AS ÁRVORES.  
MAS TAMBÉM PRESTEM ATENÇÃO NAS MAGIAS DAS FLORESTAS.*

## 4 METODOLOGIA DA PRÁTICA ASSISTENCIAL EDUCATIVA

Em sua concepção educativa, a metodologia está determinada pela relação dialética entre teoria e método. Se a prática social é à base do conhecimento e da realidade, é também a partir da prática social que se constrói a metodologia, em uma unidade dialética, para retornar à mesma prática e transformá-la. Assim, a metodologia está determinada pelo contexto de luta no qual se instala a prática específica. (BARRAZA; ESCOBAR, 1996, p.390).

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo deriva-se do relatório de prática assistencial desenvolvido na disciplina "Prática Assistencial de Enfermagem", do Curso de Mestrado em Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Saliento que a experiência da prática foi submetida à reflexão e à reconstrução, de maneira a atender os requisitos necessários a uma dissertação.

De acordo com a resolução 001/PEN 1999, o relatório da prática assistencial pode ser considerado o texto de dissertação de Mestrado. Isso se aplica no presente caso, uma vez que, neste texto, é descrito o caminho teórico e metodológico percorrido para que se efetivasse um processo educativo com as trabalhadoras de enfermagem, que visou favorecer o cuidado em situações de desmame precoce por opção materna, em uma unidade de alojamento conjunto. Inclui, também, uma reflexão sobre a experiência, a partir da qual se construíram conhecimentos sobre o tema.

## 4.2 DESVELANDO O LOCAL DA PRÁTICA

A prática assistencial foi implementada de maio a julho de 2001, na Unidade de Alojamento Conjunto da Maternidade do HU/UFSC. Dito isso, julgo conveniente esboçar algumas informações sobre a instituição: o HU, órgão integrante da UFSC, localiza-se no Campus Universitário, bairro Trindade, em Florianópolis. É uma unidade hospitalar de referência pública e de clientela exclusiva do Sistema Único de Saúde (SUS), em Santa Catarina. Possui 304 leitos distribuídos em diversas especialidades médicas; fornece, assim, um amplo campo de estágio para alunos do ensino técnico, graduação e pós-graduação.

Saliento, ainda, que o HU tem como premissas básicas, em sua filosofia, a humanização da assistência e a crença de que saúde está diretamente relacionada às condições de vida; que os serviços de saúde devem propiciar assistência integral ao homem por meio de um trabalho multidisciplinar, por isso precisam organizar uma sistemática de assistência progressiva

A Maternidade do HU/UFSC, inaugurada em 25.10.95, concretizando um sonho de todos os trabalhadores que participaram da comissão de sua implantação e, certamente, da população que, há mais de dez anos, também aguardava a sua abertura, inovou em termos de assistência obstétrica e neonatal em Florianópolis.

Atendendo à filosofia humanística que preconiza (Anexo A), a instituição permite o acompanhamento de um familiar durante todo o processo de nascimento, da consulta na triagem obstétrica até a alta no alojamento conjunto. O recém-nascido é, com efeito, mantido junto à mãe durante toda a internação; fortalece-se, dessa forma, o vínculo afetivo. Procura, ainda, resgatar a questão da parturiente como protagonista no ato de parir. Oportuniza, também, a opção pelo parto vertical; e, quando indicado, a analgesia durante o trabalho de parto.

A Maternidade está dividida em cinco unidades:

- Triagem Obstétrica;
- Centro Obstétrico;
- Unidade Neonatológica;
- Unidade de Alojamento Conjunto (AC);
- Central de Incentivo ao Aleitamento Materno (CIAM).

É, ainda, complementada pelo "hotelzinho", quarto com quatro leitos que funciona anexo à unidade de alojamento conjunto e se destina à permanência de mães de baixo nível socioeconômico, que, após a alta, precisam permanecer na instituição para amamentar seus filhos, os quais, por algum motivo, estejam internados na neonatologia. A coordenação dessa área é feita pelo serviço social, e a instituição arca com a alimentação para essas mães enquanto ali permanecerem.

Essa maternidade articula-se com a comunidade por meio de visitas domiciliares realizadas pelo serviço social e CIAM, quando identificados casos de risco para a amamentação. Realiza, também, encontros quinzenais com o grupo Amigas do Peito da comunidade da Serrinha, que se localiza na área de abrangência do HU. Desenvolve, ainda, projetos coordenados pelo serviço de psicologia, com a participação de médicos e enfermeiras da área de obstetrícia e neonatologia, os quais visam a preparar gestantes e/ou casais para uma passagem harmoniosa pelo processo de parir-nascer, por meio do Grupo de Casais Grávidos e Encontro de Gestantes do 3º Trimestre.

O HU/UFSC é, também, um Hospital Amigo da Criança, título obtido em dezembro de 1997, cujo prêmio foi concedido pela UNICEF aos hospitais que desenvolvem programas de incentivo ao aleitamento materno. O Prêmio Galba de Araújo foi obtido em outubro de 2000, graças ao fato de essa Maternidade prestar uma assistência voltada para a humanização do pré-natal ao nascimento.

Outro programa implementado, nessa maternidade, é o Método Mãe Canguru, que substitui a incubadora e que coloca o recém-nascido prematuro em contato direto com a mãe. Atualmente, os coordenadores do projeto já realizaram a capacitação de alguns trabalhadores dessa maternidade, uma vez que essa capacitação é necessária para tomar-se, no país, Centro de Referência do Método Mãe Canguru. Além disso, o Programa Maternidade Segura, que estabelece padrões para uma assistência humanizada e de qualidade que visa a diminuir a mortalidade materna e neonatal, é outro projeto em fase de implementação nessa maternidade.

A Unidade de Alojamento Conjunto possui sete enfermarias com 2, 3 ou 4 leitos cada uma. Dos 22 leitos de internação, 16 destinam-se ao binômio mãe/recém-nascido; e 6, a gestantes de alto risco. Ressalto, também, que a localização das enfermarias foi organizada de tal forma que os quartos das gestantes de risco ficassem, estrategicamente, colocados ao lado e à frente do

posto de enfermagem. Possuem visor de vidro, que estabelece a comunicação entre os ambientes, e um cortinado interno para garantir a privacidade da gestante quando necessário. Compõe, ainda, o AC uma sala para banhos e outra para cuidados ao recém-nascido, além das demais estruturas comuns a todas as unidades de internação.

À mãe e ao acompanhante, são fornecidas orientações individualizadas que atendam as suas dificuldades momentâneas, acrescidas das orientações de autocuidado puerperal e com o recém-nascido. A participação dos pais nos cuidados com o recém-nascido, até a geração de independência para tal, é fator preponderante no sentido de se conceder a alta hospitalar, apesar de a rotina institucional sugerir 48 horas para parto normal e 72 horas para parto cesáreo.

A permanência encontra-se acima da média de outras instituições, porém isso foi fruto de longa discussão multidisciplinar. Assim, acabou por vencer o interesse acadêmico aliado à necessidade de fornecer, principalmente às mães primíparas, um tempo maior para aprenderem a prestar os cuidados ao recém-nascido, haja vista ser o HU um hospital-escola e a educação em saúde uma das principais atividades nesse serviço. Em vista disso e para prestar assistência de enfermagem à clientela atendida, conta com 8 enfermeiros, 22 técnicos e auxiliares de enfermagem e 1 escriturário, distribuídos de modo a garantir assistência integral 24 horas/dia.

Destaco, enfim, que as ações educativas, relativas ao AM, um dos focos principais da assistência ali prestada, obedecem ao modelo preconizado pelos programas oficiais de incentivo e seguem os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” (Anexo B).

#### 4.3 APRESENTANDO OS SUJEITOS DA PRÁTICA

Participaram do processo educativo, implementado na Unidade de Alojamento Conjunto, 25 trabalhadoras da maternidade do HU/UFSC; entre as quais:

- 6 enfermeiras;
- 17 técnicas de enfermagem;
- 1 escriturária;

- 1 nutricionista.

Dessas, vinte e uma trabalham no AC; três, no CIAM; e uma atua no serviço de nutrição da maternidade do HU/UFSC. Assim, considerando que o AC dispõe, em sua totalidade, de 30 trabalhadoras para compor sua escala de serviço, 70% participaram, efetivamente, dessa prática assistencial. Considero que essa é uma porcentagem bastante significativa se reflito que esse processo educativo teve a pretensão de estabelecer uma ampla discussão sobre um tema que, aparentemente, era oposto à cultura de estímulo à amamentação, dominante na maternidade.

A proposta inicial era, com efeito, desenvolver a prática assistencial apenas com as trabalhadoras de enfermagem do AC, dos turnos da manhã e da tarde; mas, em virtude do interesse demonstrado pelas outras trabalhadoras, o convite foi estendido a todas. Entendi, portanto, que uma participação efetiva de mais pessoas, que dessem suas contribuições, ampliaria e valorizaria os debates, o que levaria a uma maior aproximação com a realidade vivenciada.

Assim, procurando traçar um perfil do grupo, apresento, a seguir, algumas informações gerais sobre os participantes da pesquisa:

- Faixa etária:

- 20 a 35 anos – 03;
- 35 a 45 anos – 18;
- 45 a 55 anos – 04.

- Vínculo trabalhista:

- 01 vínculo - 56% das trabalhadoras;
- 02 vínculos - 43% das trabalhadoras;
- 03 vínculos - 1% das trabalhadoras.

- Experiência pessoal com amamentação:

- 23 trabalhadoras tiveram filhos e/ou alguma experiência;
- 02 trabalhadoras sem filhos e sem experiência pessoal com amamentação.

Informo, ainda, que, neste estudo, os sujeitos são identificados com o codinome de pedras preciosas para que sejam preservadas suas identidades. A escolha do codinome foi, de fato, feita por elas durante uma reunião.

Outro aspecto que considero relevante, nesse processo, está relacionado à avaliação dos encontros que se dava ao final da oficina e após os grupos de discussão. Desse modo, as trabalhadoras de enfermagem tiveram a oportunidade de comentar, espontaneamente, suas percepções e contribuições.

#### 4.4 OPERACIONALIZAÇÃO DA PRÁTICA EDUCATIVA

Norteadado pela metodologia da problematização, este estudo utiliza os cinco passos do “Arco da Problematização” de Charles Maguerez (1972), desenvolvido e adaptado por Juan Dias Bordenave (1998) como processo metodológico.

Ressalto que a opção por esse referencial metodológico deu-se em virtude de sua identificação com o referencial teórico escolhido para desenvolver este estudo, já que os mesmos têm sua origem na pedagogia problematizadora. Outro motivo que contribuiu para a escolha deste referencial foi o bom resultado que obtive em experiências prévias com essa forma de trabalho educativo.

Segundo Bordenave (1982), é necessário, embora não suficiente, conhecer as coisas para melhorá-las; além de conhecê-las, outros passos devem, contudo, estar presentes, como a valorização, a decisão, a ação coletiva, ou seja, a problematização.

**Juan Dias Bordenave**<sup>7</sup> (1982, 1997, 1998), como educador, critica a simples transferência do conhecimento feita por métodos não reflexivos; evidencia, também, sua superficialidade e baixa retenção do conhecimento. Seu enfoque centra-se, portanto, nas modalidades "ensinar-aprender-ensinar", deixando flexível a escolha do método de ensino em função dos objetivos que se quer atingir. Acredita, com efeito, na construção de uma sociedade participativa, igualitária e solidária, onde as pessoas realizem plenamente seu potencial humano.

Propõe, com o "arco da problematização", a representação do processo educativo, em uma sequência de raciocínios encadeados que, partindo de uma dada realidade, a ela retorna, com a proposta de transformá-la.

O arco contempla cinco passos sequenciais assim denominados: Observação

---

<sup>7</sup> Consultor Internacional, Especialista em Comunicação e Educação, nasceu no Paraguai, é formado em Agronomia, Mestre em Jornalismo Agrícola e Doutor em Comunicação.

da realidade; pontos-chave; teorização; hipóteses de solução; e aplicação à realidade. Assim, para melhor compreensão desses passos, apresento, a seguir, o “Arco da Problematização”, adaptado para este estudo.

- **1º passo:** a observação da realidade deu-se para que o problema fosse parte da realidade vivenciada pelo próprio sujeito, ou seja, para que a trabalhadora de enfermagem, ao observar o seu cotidiano de trabalho, especialmente na forma como presta o cuidado e as orientações fornecidas à mãe e aos familiares, percebesse como essa realidade se apresenta e quais suas implicações para todos os envolvidos no processo.

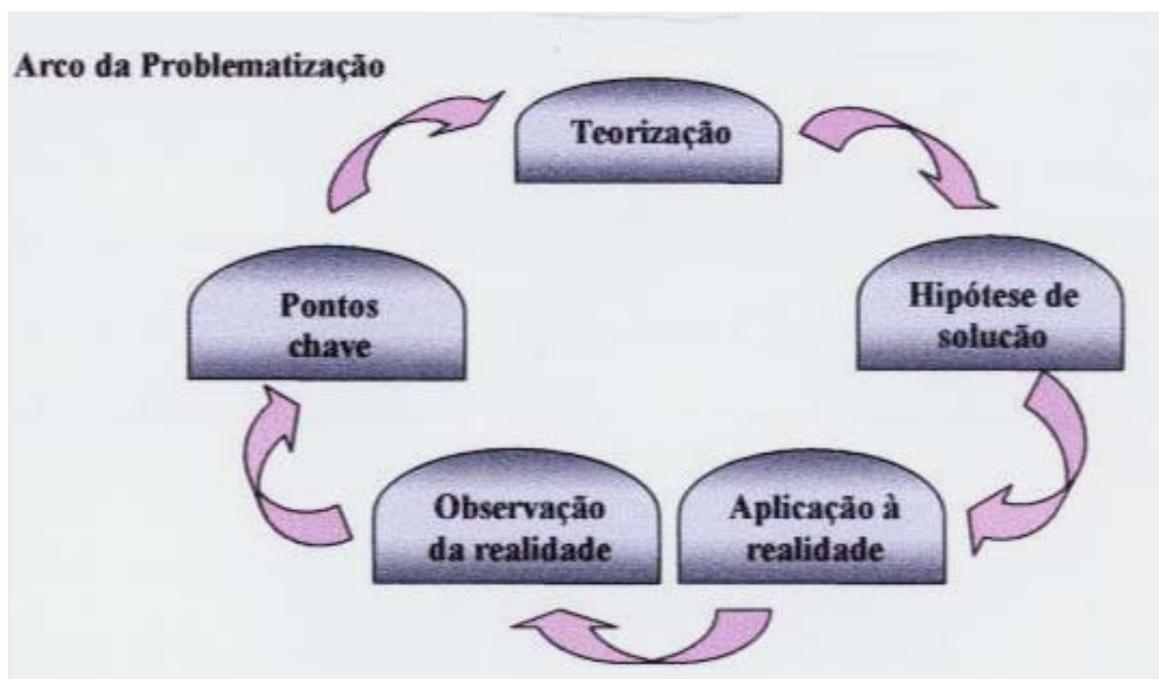
- **2º passo:** neste momento, foram identificados os pontos-chave do problema. Essa etapa da problematização constitui uma das razões mais importantes desta pedagogia, pois busca o entendimento do problema, à luz da vivência do sujeito. A trabalhadora de enfermagem levantou, nessa etapa, os fatores relacionados ao desmame precoce e a sua dificuldade em prestar um cuidado humanizado à mãe-nutriz que opta por ele. Desse modo, essa etapa foi o momento do cultivo em que a facilitadora procurou valorizar os pontos levantados pelas trabalhadoras, para que elas pudessem perceber o problema em toda a sua amplitude. Passou-se, então, para a próxima etapa.

- **3º passo:** este terceiro momento é descrito como a teorização do problema. A fase de teorização consistiu-se na busca de conhecimentos relacionados aos pontos-chave identificados em análise anterior. Assim, as trabalhadoras de enfermagem, por meio de suas próprias abstrações, da discussão e do diálogo, passaram a compreender o problema; e utilizaram, para auxiliar nessa compreensão, além de seu conhecimento prévio, o conhecimento científico.

Aqui, como em todo o processo educativo, o coordenador do encontro atuou como facilitador, uma vez que estimulou a trabalhadora de enfermagem a buscar o conhecimento necessário para que conseguisse apreender o significado dos diversos fatores implicados na problemática do desmame precoce.

- **4º passo:** nesta etapa, foram levantadas as hipóteses de solução para o problema em questão. A trabalhadora de enfermagem, de posse do conhecimento, teve condições, nesse momento, de visualizar ações que realizadas transformariam sua prática de cuidado no alojamento conjunto. Nessa fase, foram analisadas as possibilidades das ações propostas e, então, a trabalhadora decidiu, priorizou e planejou a execução das propostas de solução viáveis para o problema.

- **5º passo:** nesta última etapa, a da aplicação à realidade, a trabalhadora de enfermagem se comprometeu com a prática das soluções que considerou viáveis e aplicáveis a sua realidade. Aprendeu, ainda, a generalizar, a buscar novas formas de agir, a distinguir em quais situações pode aplicar as hipóteses de soluções encontradas, visando à reconstrução e à melhoria da prática assistencial.



Fonte: BORDENAVE, Juan Dias; PEREIRA, Adair Martins. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. Petrópolis: Vozes, 1998.

**Figura 1:** Representação gráfica do arco da problematização desenvolvido por Charles Maguerez (1972) e adaptado para este estudo.

#### 4.5 ANALISANDO OS DADOS

No que concerne à coleta e ao registro de dados, vali-me de três técnicas para obtenção de informações:

- a) a observação;
- b) a observação participante; e
- c) os grupos de discussão.

Considero, também, pertinente destacar que Trentine e Paim (1999) afirmam que, quando observamos certa situação com o objetivo de responder a uma indagação específica, essa observação se tornará um processo consciente e poderá, portanto, ser sistematizada. Assim, as informações coletadas pela observadora<sup>8</sup> foram registradas em instrumento próprio (Apêndice B) que foi criado por mim para essa finalidade.

Trentine e Paim (1999) asseveram, ainda, que o observador participante entra em uma situação social com dois propósitos: engajar-se nas atividades apropriadas da situação social e observar e registrar as atividades, os atores com suas relações e com seus aspectos físicos da situação. Tendo isso em vista e visando a armazenar o máximo de informações possíveis que auxiliassem na interpretação, após cada encontro ou utilizando a memória recente, registrei em diário de campo todos os dados pertinentes a este estudo.

Ressalto, ainda, que concordo com as teorizações de Minayo (1999), especialmente quando assevera que a especificidade dos grupos de discussão são as opiniões, relevâncias e valores dos entrevistados. Difere, por isso, da observação que focaliza mais o comportamento e as relações. Assim, a oficina e os grupos de discussão foram gravados e fotografados com o consentimento das trabalhadoras de enfermagem. As fitas foram, com efeito, transcritas pela facilitadora<sup>9</sup> do processo educativo. Após a sistematização, passei à interpretação dos dados coletados e, para isso, utilizei três processos, descritos por Trentine e Paim (1999), que são síntese, teorização e transferência.

---

<sup>8</sup> Observadora: na MP a observação não pode ser trivial, precisa ser consciente e objetiva, a fim de perceber, formalizar e informar todas as nuances do processo observado.

<sup>9</sup> Facilitadora: tem o papel na MP de mediador, de estimulador do processo ensino-aprendizagem. Existe uma interação entre o educando e o facilitador, no exercício do ensinar, que pode se dar a partir da troca de conhecimentos e experiências.

*PRECISA-SE*  
*DE PESSOAS QUE TENHAM PERCEPÇÃO DE TODO E DA PARTE.*  
*SERES HUMANOS JUSTOS, QUE INSPIREM CONFIANÇA E*  
*DEMONSTREM CONFIANÇA NOS PARCEIROS.*  
*ESTIMULANDO-OS, ENERGIZANDO-OS,*  
*SEM RECEIO QUE LHE FAÇAM SOMBRA*  
*E SIM ORGULHANDO-SE DELES.*

## 5 APRESENTANDO OS RESULTADOS

Tenho, neste capítulo, o propósito de descrever e avaliar o processo educativo. Assim, em “O caminho percorrido”, descrevo como foi implementado o processo educativo e as estratégias adotadas para viabilizá-lo; a seguir, avalio a experiência da oficina, dos grupos de discussão, e a aderência do referencial teórico-metodológico ao estudo. Ao desvelar os sentimentos e as reações das trabalhadoras de enfermagem, apresento os temas mais significativos que emergiram no processo educativo, denominados como: a) Prejulgamento dificultando o cuidado nas questões de desmame precoce; e b) Reações da cliente e reações da trabalhadora como entrave para realização do cuidado.

### 5.1 O CAMINHO PERCORRIDO

Realizei, em maio de 2001, os primeiros contatos. Procurei, inicialmente, sensibilizar a equipe de enfermagem. Assim, convidei, individualmente ou em grupo, as trabalhadoras do turno da manhã e da tarde, e informei que ficaria contente com a presença de todas, mas que essa presença seria voluntária, conforme estava descrito no termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A) que lhes seria entregue posteriormente.

A partir desses contatos, percebi que, embora o HU seja um hospital-escola e a equipe tenha a oportunidade de participar de vários trabalhos acadêmicos que ali são desenvolvidos, a motivação era, para minha surpresa, grande. As trabalhadoras de enfermagem estavam, por conseguinte, bastante interessadas e vinham, constantemente, perguntar-me sobre o estudo. Algumas falas das trabalhadoras refletem, com efeito, esse interesse:

Safira: *"Quando você vai começar o curso?"*

Diamante: *"[...] mas do que se trata este trabalho mesmo?"*

Pérola: *"O que nós teremos que fazer durante o curso?"*

Assim, durante a reunião mensal dos Enfermeiros do AC, apresentei o projeto da prática assistencial, que já era do conhecimento da maioria dos presentes em razão dos contatos citados anteriormente. Nessa reunião, uma das enfermeiras teceu comentários acerca do grande interesse demonstrado pelas trabalhadoras do nível médio, e como a discussão desse tema seria importante se quiséssemos manter uma assistência humanizada e de qualidade.

Com base no entendimento de que, para as enfermeiras, esse processo educativo vinha suprir uma necessidade há muito sentida no serviço, resolvi aproveitar a motivação e estender para todos os turnos a possibilidade de participação. Ao perceber que seria, todavia, inviável reunir um número tão grande de trabalhadoras em três oficinas, como havia proposto inicialmente, optei por realizar uma primeira oficina com o grande grupo e um grupo de discussão com cada turno de trabalho, num total de seis encontros que seriam agendados previamente com os participantes de cada grupo.

A partir daí, passei a convidá-las para participar do estudo. Assim, após a passagem do plantão, nos três turnos, solicitava quinze minutos para apresentar o projeto e agendar a data do primeiro encontro com as interessadas. Estendi, também, o convite às trabalhadoras do CIAM, uma vez que esse é o serviço que orienta as questões relativas ao AM na maternidade. A presença dessas enfermeiras era, de fato, importante para que não houvesse divergência nos cuidados e orientações prestadas à cliente pelas trabalhadoras do AC e CIAM. Entendia, portanto, que, sem elas, a continuidade e a coerência do processo educativo estariam prejudicadas. Além disso, tendo em conta que os serviços de nutrição, psicologia e serviço social estão intimamente ligados ao AC e, frequentemente, são solicitados para atuar em situações relativas ao AM, as trabalhadoras dessas áreas foram, também, convidados a participar.

Saliento que, além de atender aos requisitos das disciplinas do curso de mestrado, essa prática educativa pretendia interferir na assistência prestada no AC e fornecer instrumentos para que as trabalhadoras de enfermagem pudessem desempenhar suas atividades assistenciais com competência técnica e científica. Visava, também, à humanização do serviço e à preservação dos direitos da mãe-nutriz. Em vista disso, convidei a enfermeira do CIAM para acompanhar-me em todos os encontros. Sua presença teve, efetivamente, o propósito de garantir a continuidade do processo educativo e normatizar as propostas de mudança que

emergissem do grupo, visto que essa enfermeira coordena as ações de enfermagem relativas ao AM na Maternidade do HU/UFSC.

Para viabilizar os encontros<sup>10</sup>, apresentei o projeto no Centro de Educação e Pesquisa em Enfermagem (CEPEEn), onde solicitei a estrutura necessária para a execução do projeto: pessoal de enfermagem para atender aos clientes do AC durante os encontros e reposição, em horas de folga, para as trabalhadoras que viessem participar fora de seu turno de trabalho. Destaco, ainda, que fui atendida em minhas solicitações.

Dos seis encontros previstos, foram realizados, até a data de apresentação do relatório, uma oficina e dois grupos de discussão com as trabalhadoras do AC, CIAM e nutricionista da maternidade do HU-UFSC. Como o movimento na maternidade aumentou no mês de junho, o grupo optou por realizar os três encontros que faltavam posteriormente. Por problemas pessoais tive, no entanto, que protelar esses três últimos encontros por mais tempo do que desejava; e eles foram realizados, então, em março de 2002. Destaco, enfim, que foi amplamente discutida, em todos os encontros, toda a problemática vivenciada por essas trabalhadoras, no que concerne ao aleitamento materno e mais especificamente ao desmame precoce por opção materna, quando esse ocorre, ainda, no alojamento conjunto e também no contexto extra-hospitalar.

### **5.1.1 A Oficina**

Para que se tenha ideia da dinâmica e do conteúdo que emergiu da oficina, que foi o ponto de partida para as discussões posteriores sobre o tema, descrevo, a seguir, alguns de seus aspectos mais relevantes.

A oficina contou, efetivamente, com a presença da maioria das trabalhadoras que participaram desse processo educativo, uma vez que compareceram 22 trabalhadoras da maternidade do HU/UFSC.

Teve, ainda, como objetivo identificar, com as trabalhadoras de enfermagem,

---

<sup>10</sup> A partir daqui, passo a referir-me às oficinas e aos grupos de discussão como encontros, porque esse termo é mais representativo para me referir à parceria que se estabeleceu entre os membros do grupo.

as dificuldades percebidas no cotidiano de trabalho, referentes às situações de desmame precoce. A partir dessa identificação, desencadeou-se o processo educativo dessas trabalhadoras, norteado pelo “Arco da Problematização” de Charles Maguarez (1972).

Quanto ao ambiente, a sala tinha espaço suficiente para 25 pessoas sentadas; as cadeiras eram confortáveis e foram dispostas em círculo para que todos tivessem boa visualização do grupo. Possuía uma janela, com boa aeração, porém não fornecia luz natural suficiente; foi, por isso, necessária a luz artificial.

Saliento que escolha dessa sala se deu pela praticidade de ser no próprio local de trabalho dos participantes, visto que a maioria se encontrava, naquele momento, em seu turno de trabalho. A escolha do horário de realização da oficina, no período da manhã, também se deu para facilitar a participação. Assim, para o desenvolvimento da oficina foi providenciado o material necessário: textos, material para dramatização, máquina fotográfica e gravador. Foi, também, previsto um coquetel ao final da oficina, como forma de confraternização do grupo.

Na abertura, após terem sido questionados, os participantes declinaram da apresentação, pois todos já se conheciam. Em vista disso, iniciei com a exposição sucinta do objetivo e do referencial teórico-metodológico do estudo. Ressalto que procedi assim por considerar que todos os participantes dessa oficina tinham conhecimento suficiente do tema, objetivos do trabalho e referencial teórico a ser utilizado, através das apresentações e convites feitos anteriormente, em cada turno de trabalho.

### **5.1.2 A Dinâmica da Oficina**

Visando a desencadear o primeiro passo do Arco, ou seja, partir da realidade vivenciada pelas próprias trabalhadoras de enfermagem, foi proposto aos participantes que realizassem uma dramatização. Destaco, também, que as habituais técnicas de integração de grupo e de relaxamento iniciais não foram realizadas neste primeiro passo porque o grupo havia manifestado, previamente, o desejo de dispor de tempo suficiente para tratar do tema específico. Essa foi, por

consequente, uma oportunidade ímpar no sentido de traçar diretrizes gerais para o cuidado com nutrízes em situações de desmame precoce, visto que a maioria das trabalhadoras de enfermagem do Alojamento Conjunto estava reunida para discutir esse tema.

Assim, saliento que, após as diretrizes traçadas, passamos, então, a realizar a dramatização. Julgo, com efeito, importante destacar que, segundo Reibnitz (2000), as pessoas demonstram, através da dramatização, sentimentos e observações, uma vez que se valem de mímica, palavras e ritmos próprios. Trata-se, pois, da representação teatralizada de um tema, de um problema, de situações reais da vida, com a finalidade de trocar informações, compreender melhor as situações e favorecer maior integração do grupo. Ressalto, ainda, que a dramatização de situações de desmame precoce foi adequada como técnica inicial, desencadeante do arco da problematização, uma vez que representou situações realmente vivenciadas por essas trabalhadoras, acrescidas das percepções, valores e crenças que têm a respeito do tema e delas mesmas. Acho, efetivamente, importante descrever a dinâmica de grupo proposta, ou seja, a dramatização na íntegra, haja vista conter aspectos relevantes sobre o desmame precoce.

Assim, as orientações a respeito de como realizar a dramatização foram propositadamente poucas. Pedi, então, que os participantes dramatizassem uma situação de seu cotidiano em que uma trabalhadora de Enfermagem presta o cuidado a uma cliente que não quer amamentar seu filho recém-nascido. Para essa atividade, foi destinado um total de 25 minutos: 10 minutos para escolher os atores, ensaiar a entrada dos personagens em cena, e 15 minutos para a dramatização propriamente dita. Além disso, orientei que dois personagens seriam indispensáveis: a cliente e a trabalhadora de enfermagem que presta o cuidado. Outros personagens poderiam, ainda, ser acrescentados, caso assim desejassem. Enfatizo que essas poucas informações tiveram o objetivo de permitir que aflorassem, de maneira espontânea, as percepções, os conhecimentos, as experiências prévias e os valores dos participantes sobre o tema.

Para planejar e preparar a dramatização que se desenvolveu sem texto escrito uma vez que as falas foram espontâneas, eles escolheram um cronometrista e uma diretora que, ao final do tempo, cortou a cena a fim de evitar que ela se prolongasse demais. Destaco, também, que a seleção das atrizes, diretora e cronometrista não foi demorada, pois, mesmo havendo muita conversa em certos

momentos, todos opinaram. Após a escolha dos personagens que seriam interpretados, as atrizes escolheram os adereços necessários para caracterizá-los, ensaiaram por cinco minutos para marcar a entrada de cada personagem em cena, e iniciaram a dramatização.

As cenas descritas na dramatização mostraram, efetivamente, a história de uma nutriz primípara que estava com dificuldades na amamentação; sentia dor e desconforto, por isso decidiu desmamar seu filho recém-nascido. Essa mãe-nutriz estava na maternidade e recebia, inicialmente, a visita de sua sogra, que foi representada como sendo uma pessoa fútil, que dava muito valor à aparência e que teve experiências negativas com a amamentação. Todos os comentários e orientações que ela fornecia à nora sobre a amamentação eram, portanto, desencorajadores. A nutriz teve, com efeito, uma atitude passiva diante da sogra e deixou claro o desejo de que a situação se resolvesse, mesmo que, para isso, ela tivesse que abandonar a amamentação.

Nesse ponto da dramatização, apareceu a Técnica em Enfermagem, que foi chamada pela sogra para "trazer uma mamadeira para a criança", uma vez que a família decidira parar a amamentação. A Técnica tentou, então, convencer a mãe e a sogra de que o abandono da amamentação não era a solução para seus problemas e que a mãe era perfeitamente capaz de manter a amamentação. Para isso, explicou à mãe algumas vantagens do aleitamento materno e sua importância para o recém-nascido. Fazendo a expressão da mama, mostrou que a mãe tinha leite suficiente e que seria uma "maldade" não dá-lo ao bebê. Apesar de todos os esforços, de sua intervenção com a mãe e com a sogra e de ter sido calma e ponderada, a Técnica em Enfermagem não conseguiu convencê-las a manter o aleitamento materno. Assim, desistiu e saiu do quarto dizendo que chamaria a funcionária do CIAM para atendê-las.

Momentos depois, a funcionária do CIAM chegou e se apresentou; dirigindo-se inicialmente à mãe, perguntou sobre seu estado e o que a estava incomodando. A mãe começou, então, a falar, mas foi interrompida, abruptamente, pela sogra que falou mal do serviço prestado na instituição e de suas experiências negativas. Ao perceber, todavia, que não conseguiria alcançar seu objetivo, isto é, que a mãe amamentasse devido à interferência e à presença da sogra, a funcionária decidiu convidar a senhora mais velha para uma conversa em outro local, onde pudessem dialogar tranquilamente. Assim, as duas foram a outro ambiente e começaram a

conversar. Inicialmente, a funcionária ouviu atentamente a sogra e, a partir da exposição de suas concepções, contra-argumentou, com base em conhecimentos científicos, a favor da amamentação.

A funcionária conseguiu, com essa conversa, fazer com que a sogra percebesse que, embora sua experiência com a amamentação natural não tenha sido boa, o mesmo não tinha que ocorrer, necessariamente, com sua nora. Em vista disso, a sogra concordou que o aleitamento materno pode ter suas vantagens e afirmou, finalmente, que ela não iria mais se opor ao ato de a nora amamentar o bebê. Combinaram, então, que tentariam, com calma, conversar com mãe, para que ela pudesse relaxar a fim de receber os cuidados ou orientações necessárias e, enfim, decidir sobre qual seria a melhor forma de amamentação para o bebê.

Nesse momento, segundo informaram os próprios atores, a trabalhadora do CIAM e a sogra retomariam ao quarto da cliente para, finalmente, colocar em prática o que havia sido combinado, porém isso não foi possível porque, em virtude de o tempo estar esgotado, a cena foi interrompida pela diretora.

Apresento, a seguir, uma das fotos da dramatização.



Fonte: Material Fotográfico Realizado pela Observadora do Estudo

**Figura 2:** Foto da dramatização

Assim, antes de passarmos à avaliação da oficina, o grupo solicitou que a

observadora desse sua opinião a respeito do tema abordado e sua percepção sobre o encontro. Ela compartilhou, então, suas experiências com relação à amamentação e ao processo educativo que desenvolveu com nutrizes, particularmente quanto aos sentimentos expressos por nutrizes e suas famílias no que concerne à amamentação. Com relação à dramatização, além da aderência dessa proposta à realidade vivenciada pelas trabalhadoras de enfermagem durante seu cuidado com nutrizes, a observadora ressaltou, também, a participação efetiva do grupo.

A avaliação formal, realizada ao final do período, foi feita oralmente. Desse modo, por solicitação da facilitadora, os participante foram convidados a colocar livremente suas percepções a respeito da experiência, como haviam se sentido no processo e se, em sua percepção, haviam sido atingidos os objetivos. No resultado das falas dos participantes, foi ressaltado que a experiência havia sido, de fato, positiva, pois se sentiram bem em poder discutir seu cotidiano de trabalho. Além disso, consideravam que os objetivos foram plenamente atingidos. Ressalto, ainda, que nem todos os participantes falaram nessa avaliação formal final; entretanto, muitos dos que se abstiveram de falar em público procuraram a facilitadora, após a oficina e durante o coquetel, para expressar sua avaliação, sempre positiva, da experiência.

Após essa avaliação, a facilitadora solicitou que o grupo fizesse sugestões para os próximos encontros, que seriam realizados por turnos de trabalho. O grupo sugeriu, então, que os próximos encontros fossem desenvolvidos de forma semelhante ao primeiro, visto que ele havia sido muito produtivo. Quanto às atividades iniciais de sensibilização e integração propostas, o grupo sugeriu que, nos próximos encontros, elas não ocorressem a fim de se utilizar o máximo de tempo possível para a discussão do tema. Saliento que as sugestões foram, com efeito, incorporadas ao planejamento dos próximos encontros.

### **5.1.3 Os Grupos de Discussão**

Foram realizados, para a continuidade dessa prática assistencial, cinco grupos de discussão: um no período matutino, um no período vespertino, e três no

período noturno, atingindo todos os turnos de trabalho. Tinham, portanto, como objetivo problematizar o cuidado prestado em uma situação de desmame precoce, como continuidade do processo educativo iniciado no primeiro encontro.

Seguindo o que as trabalhadoras de enfermagem sugeriram no primeiro encontro e tendo em vista que seriam menos participantes, planejei que o trabalho de grupo fosse desencadeado por meio de perguntas geradoras, às quais todos poderiam responder. A partir das explanações do grupo, seria desencadeada a problematização. Assim, no término de cada encontro, seria realizada a avaliação.

No **Grupo da manhã**, realizado no dia 18/06, em 2001, das 10h às 11h30min, participaram oito trabalhadores da maternidade: quatro técnicos em enfermagem, três enfermeiras e uma nutricionista. Enfatizo que todos haviam participado do primeiro encontro. Assim, para dar início à discussão, foi lançada a seguinte **pergunta geradora**: Quando você está prestando cuidados a uma mãe-nutriz no alojamento conjunto e ela manifesta o desejo de não amamentar, o que você pensa ou sente a respeito dessa situação? A partir dessa pergunta e dos relatos de experiências, iniciou-se a problematização. Ao final da discussão, foi realizada a avaliação formal, semelhante àquela que foi realizada no primeiro encontro.

O **Grupo da noite I**, cujo encontro foi realizado no dia 19/06, em 2001, das 20h30min às 22h, contou com a presença de cinco trabalhadores da maternidade: três técnicos em enfermagem e duas enfermeiras. Julgo conveniente destacar que, nesse grupo, duas trabalhadoras não haviam participado da oficina. Optei, por esse motivo, por colocar uma **pergunta geradora** mais específica que a anterior, a fim de situá-los no processo e resgatar a percepção dessas trabalhadoras sobre temas já discutidos. Assim, a **pergunta geradora** foi a seguinte: Qual sua reação quando você está prestando cuidados à mãe-nutriz e ela se recusa, verbalmente ou não, a amamentar o filho recém-nascido? Desse modo, a problematização foi desencadeada pela pergunta e manteve-se, efetivamente, a discussão por meio do diálogo entre as trabalhadoras. Como a discussão estendeu-se um pouco mais do que o previsto, não foi realizada, nesse dia, a avaliação formal.

Como os três últimos encontros foram realizados em março de 2002, achei por bem realizar uma avaliação da prática educativa desenvolvida no AC em julho de 2001, fechando assim o arco da problematização. Assim, o **grupo da tarde** foi realizado no dia 14/03, das 16h às 17h30min; o **grupo da noite II**, em 22/03; e o **grupo da noite III**, em 23/03, das 20h30min às 22h. Estiveram presentes, em cada

grupo, cinco trabalhadoras da maternidade: três técnicas em enfermagem e duas enfermeiras. Destaco que todas haviam participado do primeiro encontro. Optei, portanto, por colocar duas **perguntas geradoras** que se complementaram a fim de situá-las no processo e resgatar a percepção dessas trabalhadoras sobre temas já discutidos. Assim, para dar início à discussão, foram lançadas as seguintes **perguntas geradoras**:

- Como você percebe o cuidado prestado a uma mãe-nutriz no alojamento conjunto, quando ela manifesta o desejo de não amamentar?
- O que você pensa ou sente a respeito dessa situação?

A partir dessas perguntas e dos relatos de experiências, iniciou-se a problematização. Após essa etapa, realizou-se, ao final da discussão, a avaliação formal, que se deu por meio de pergunta oral aos participantes, semelhante à descrita no primeiro encontro. O resultado dessa avaliação apontou a satisfação dos participantes em terem participado desse trabalho, o alcance dos objetivos e a importância de iniciativas desta natureza para trabalhadores da maternidade.

## 5.2 AVALIANDO A EXPERIÊNCIA DA OFICINA E DOS GRUPOS DE DISCUSSÃO

A experiência de realizar uma oficina com as trabalhadoras de enfermagem, que atuam no Alojamento Conjunto da Maternidade do HU/UFSC, foi muito positiva, embora carregada de sentimentos conflitantes. Assim, na etapa de planejamento, experimentei sentimentos de angústia pela incerteza de ser capaz de conduzir adequadamente o tema. Considerava que tinha, de fato, a responsabilidade de tornar a proposta bem-sucedida, não só pelo papel de aluna do Curso de Mestrado, mas também por ser enfermeira e parte integrante daquele grupo de trabalhadoras.

Durante o primeiro encontro, em seus momentos iniciais, a ansiedade, misturada à incerteza do que iria acontecer, era o sentimento dominante. Ênfase, porém, que, após os momentos iniciais e as primeiras falas dos participantes, esse sentimento se dissipou e foi substituído por tranquilidade e satisfação crescentes, à medida que a oficina se desenvolvia. Assim, como parte integrante desse grupo, pude contribuir, também, com a construção coletiva, pois resgatei alguns pontos que

não haviam sido discutidos e expus minhas próprias experiências como enfermeira e como mãe-nutriz.

Quanto à dinâmica de dramatização que foi proposta, destaco que a cena dramatizada teve, inicialmente, um forte aspecto cômico, como, por exemplo, a representação estereotipada da sogra como uma "socialite" que era contra a amamentação natural. Nesse contexto, apareceu, então, a interferência do familiar como aspecto negativo, uma vez que a sogra exercia poder sobre a mãe e mostrava-se, evidentemente, contra a amamentação. Ressalto que, progressivamente, quando os outros personagens começaram suas falas e as "atrizes" incorporaram seu papel, a dramatização assumiu um aspecto de maior seriedade.

Apesar do aspecto cômico inicial, acredito, devido a minha experiência no alojamento conjunto e aos comentários da "plateia", que a cena ficou muito próxima da realidade vivenciada por essas trabalhadoras no AC, especialmente em alguns aspectos. Os demais participantes se prenderam, com efeito, à cena e emitiram comentários sobre ela; estavam, pois, atentos e entrosados com o tema.

A dramatização abordou, efetivamente, os aspectos físicos e psicológicos apresentados pela mãe-nutriz quando ela opta por amamentar ou não seu filho recém-nascido, tais como os mitos envolvidos no aleitamento materno; a sexualidade e a autoimagem abaladas. Saliento, ainda, que esses problemas estão constantemente presentes e são tão pouco discutidos quando se fala em aleitamento materno.

Embora tenha tido dificuldade em manejar a situação, a personagem que representava a Técnica de Enfermagem respeitou a cliente e seu familiar. Constatei, no entanto, que a relação de poder da trabalhadora de enfermagem sobre a cliente esteve presente durante o cuidado, mesmo que estivesse velada. Foi percebida, sobretudo, em atitudes e falas como as que descreverei a seguir. Tentando convencer a mãe a não abandonar a amamentação, a Técnica de enfermagem explicou algumas vantagens do aleitamento materno e fez a expressão da mama mostrando que a mãe tinha leite suficiente e que seria uma "maldade" não dar esse leite ao bebê. Ainda que todas as suas explicações a respeito do AM tenham sido coerentes, sua fala não o foi, pois a palavra "maldade", empregada nesse contexto, vem carregada de preconceito.

Assim, incorporando o espírito educativo do encontro, a personagem que

representava a trabalhadora de enfermagem do CIAM optou por apresentar uma abordagem idealizada do que seria o cuidado prestado à mãe-nutriz e a seus familiares no AC. Deveria, para tanto, dar informações adequadas à cliente e a sua sogra e também respeitar suas crenças e seus valores.

Com relação aos grupos de discussão, percebi que tiveram características de participação diferentes dos da oficina. Desse modo, o fato de os grupos serem constituídos de um número menor de pessoas e, além disso, compostos por pessoas do mesmo turno de trabalho oportunizou que todos, sem exceção, se manifestassem e contribuíssem para a construção coletiva. Em vista disso, a dinâmica proposta e a intimidade, já construída pelo grupo, possibilitaram que os participantes se posicionassem sem inibições, desvelando suas experiências e seus sentimentos.

A avaliação formal foi, também, realizada pelo grupo ao final do encontro. Assim, ao validar essa experiência, os participantes apontam para a construção futura de um cuidado humanizado às nutrizes e a suas famílias. Ressalto, ainda, que essas avaliações foram conduzidas de maneira formal e também informal, corroborando as duas com a validade apontada. Por outro lado, penso que essa forma de abordar o tema foi adequada uma vez que, até então, não havíamos tido oportunidade de tratar do assunto de maneira coletiva.

Apresento, a seguir, uma das fotos da oficina.



Fonte: Material Fotográfico Realizado pela Observadora do Estudo

**Figura 3:** Foto da Oficina

### 5.3 AVALIANDO A ADERÊNCIA DO REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO AO ESTUDO

Tendo em vista a proposta de se desenvolver um processo educativo com trabalhadoras de enfermagem para favorecer o cuidado em situações de desmame precoce por opção materna, em uma unidade de alojamento conjunto, fundamentado na pedagogia problematizadora, enfatizo que essa prática assistencial só poderia atingir seu objetivo se ele fosse compartilhado por todo o grupo. Entendo, portanto, que a reflexão problematizadora e a participação coletiva das trabalhadoras de enfermagem são necessárias na construção desse cuidado.

Assim, o referencial teórico-metodológico escolhido para nortear o estudo foi a pedagogia problematizadora, que demonstrou ter aderência significativa ao tema, uma vez que, para tal tema, seria necessária uma abordagem que, conduzindo, permeasse todo o processo sem ser, contudo, impositiva. Saliento, pois, que a pedagogia problematizadora assim se revelou.

Outro aspecto que considero importante ressaltar é o fato de que eu havia tido experiências prévias com o referencial em outras oportunidades profissionais, tanto como aluna quanto como professora. Essas experiências anteriores fizeram com que o referencial estivesse, com efeito, tão incorporado em minha forma de compreender o processo educativo que, em alguns momentos, eu diria que era impossível não identificá-lo, mesmo quando ele formalmente não estava presente. Embora, durante os encontros, eu estivesse envolvida pela discussão com o grupo, surpreendia-me a pensar, em determinados momentos, sobre algumas das falas das trabalhadoras: “ela está teorizando, isto são pontos-chave, isto sim é uma boa proposta de aplicação à realidade e assim por diante”.

Destaco, por outro lado, que a incorporação do referencial teórico-metodológico pelo grupo foi extremamente valiosa, pois me permitiu confirmar e reforçar a adequação de sua escolha para nortear a prática. Assim, por essa incorporação, pude perceber, ao final de cada encontro, quais dos problemas levantados eram relativos ao desmame precoce e quais deles precisariam ser retomados nos próximos encontros. No que concerne ao referencial teórico, acho importante, ainda, relatar como se deu a relação entre os conceitos.

O conceito "comunicação", que já se constituiu, ao ser elaborado, em peça

fundamental para permear esse processo educativo, atingiu uma amplitude ainda maior no transcorrer desse processo. Foi, efetivamente, incorporado pelos trabalhadores no seu cotidiano de trabalho e desenvolvido em situações relatadas e observadas por mim e pelo grupo. Durante a prática, ficou evidente a força da palavra, dos gestos, da postura; enfim, a força da comunicação. Ressalto que, provavelmente a comunicação, em suas múltiplas formas, tenha uma significação tão especial no trabalho desenvolvido uma vez que aquelas pessoas estavam falando de suas vidas, de seu trabalho.

Assim, mesmo quando alguém mais tímido permanecia em silêncio, podíamos dizer que o caminhar juntos, em busca da construção do processo de cuidar, estava se fazendo, porque aquele silêncio estava, com efeito, carregado de significados. As trabalhadoras de enfermagem comunicaram-se, também, através de gestos e de expressões de alívio por perceberem que não estavam sós no mundo; assim como elas se sentiam oprimidas, suas colegas tinham, igualmente, essa mesma sensação de opressão.

Acredito, de fato, que os conceitos de “educação” e “enfermagem” permearam, envolveram e estão implícitos em todo esse processo educativo com as trabalhadoras de enfermagem. Além disso, o conceito de “cuidado”, que não havia sido proposto quando da realização do projeto, foi sendo construído ao longo da prática assistencial e se impôs como a própria essência da enfermagem nessa prática.

Em todos os encontros, foi mantida uma relação horizontal entre trabalhadoras e facilitadora, marcada pelo diálogo. Esse diálogo, como propõe Freire (1980), não foi, todavia, apenas uma mera conversa. Foi, sobretudo, um diálogo que aprofundou relações e que propiciou a tomada de consciência, a qual possibilitou à trabalhadora de enfermagem apreender os fatos relativos ao aleitamento materno, sua relação com o desmame precoce e suas implicações para a cliente, a trabalhadora e para toda a sociedade.

Desse modo, a relação dialógico-dialética que se estabeleceu entre os membros do grupo e que permeou todo o processo educativo, embora tenha ocorrido no ambiente de trabalho, permitiu que a problematização da situação fosse ampliada por meio da discussão e, conseqüentemente, com a conscientização das trabalhadoras de enfermagem. Todas contribuíram, portanto, para a busca de soluções, construindo alternativas para cuidar da clientela de maneira humanizada e com qualidade.

## 5.4 DESVELANDO SENTIMENTOS E REAÇÕES DAS TRABALHADORAS DE ENFERMAGEM

Os resultados desse objetivo são apresentados em dois arcos de Charles Maguarez (1972), tanto na sua forma descritiva quanto gráfica: a) o prejulgamento dificultando o cuidado nas questões de desmame precoce; e b) reações da cliente *versus* reações da trabalhadora como entrave para realização do cuidado.

Os temas foram, com efeito, expostos de maneira distinta apenas como forma didática. Assim, para facilitar a visualização e a compreensão dos conteúdos, acho necessário ressaltar que os dois temas problematizados surgem concomitantemente e, muitas vezes, sobrepõem-se nas falas das trabalhadoras de enfermagem. Em alguns momentos, ficou difícil definir quem estava se colocando: se era a trabalhadora de enfermagem ou a mulher/mãe que havia nela. Desse modo, a síntese dos dois arcos aponta, portanto, para aplicações similares; mas, para não parecer redundante, permito-me a apresentar a síntese dos dois arcos ao final de sua apresentação.

### 5.4.1 O prejulgamento dificultando o Cuidado nas questões de desmame precoce

Durante os encontros, um problema que ficou evidente foi a questão do julgamento prévio, por parte das trabalhadoras, em relação à mãe-nutriz que opta pelo desmame precoce. Assim, algumas trabalhadoras verbalizaram que, em sua prática cotidiana, seu relacionamento com a mãe-nutriz fica, muitas vezes, sensivelmente prejudicado quando elas, mesmo inconscientemente, fazem um julgamento sobre essa cliente. Essa situação fica evidente nesta fala:

*"Outra coisa que acontece muito é se a paciente chegou no final da manhã ou da tarde e o funcionário que foi atendê-la teve algum problema ou sentiu que a cliente tem alguma coisa e comenta com o pessoal do próximo turno: a cliente é assim ou é assado. Então, já entramos no quarto prevenidas". (Ágata)*

Na relação trabalhadora-cliente, levando em conta a questão do prejulgamento, a cliente é “marginalizada” porque desobedece a padrões socioculturais preestabelecidos. Por esses padrões, a mãe-nutriz tem obrigação de amamentar seu filho recém-nascido e, além disso, esse ato precisa ser prazeroso, eficiente e livre de problemas, uma vez que é concebido como um "ato natural".

Silva (2000) assevera que um dos grandes desafios da enfermagem, para alcançar os objetivos dos projetos e programas de incentivo ao aleitamento materno, reside na dificuldade de compreender os reais motivos pelos quais muitas mulheres deixam de amamentar seus filhos. Desafio maior é, com efeito, atuar junto a essas mulheres na tentativa de intervir nos aspectos obscuros que levam à decisão materna de optar pelo desmame.

Diante disso, as trabalhadoras de enfermagem, especialmente por não conseguirem apreender os reais motivos que levam essa mãe a optar por desmamar seu filho, entram em conflito. Acabam, ao perceberem que essa nutriz não reproduz o comportamento esperado, refletindo os padrões da sociedade. Assim, o prejulgamento se evidencia e pode influenciar no cuidado prestado.

No sentido etimológico da palavra, Ferreira (1998, p.525) diz que prejudgar é "julgar antecipadamente; avaliar com antecipação; formar ou emitir juízo sobre alguma coisa sem exame prévio, isto é, conjecturar, presumir, supor". Dado o exposto, ao presumir, ao fazer conjecturas sobre a mãe-nutriz que opta por desmamar seu filho, a trabalhadora não está apenas prejudgando, mas também negando a essa mãe o direito a sua subjetividade e a sua autonomia; está, acima de tudo, negando-lhe o direito de tomar a decisão que for melhor para si e para seu filho.

Assim, através do diálogo, que não foi uma mera conversa, mas sim uma discussão aprofundada sobre o problema, as trabalhadoras de enfermagem puderam inferir alguns **pontos-chave**, quais sejam: respeito à autonomia, à individualidade e à subjetividade da cliente, e processo de educação continuada.

Destaco, ainda, que a educação continuada permite, segundo Davim (1999), ao profissional o acompanhamento das mudanças que ocorrem na profissão, uma vez que visam a mantê-lo atualizado, a aceitar essas mudanças e a aplicá-las no seu trabalho. Por outro lado, considero importante ressaltar que a educação em saúde para a mãe-nutriz, embora faça parte do cuidado, também fica comprometida. Assim, se uma educação para a libertação pressupõe relação horizontal, na qual a

cliente e a trabalhadora têm igual importância, quando ocorre o prejulgamento, a cliente não é percebida como tendo autonomia para escolher; e, então, a educação possível será, provavelmente, a opressora.

Hames (2001), por sua vez, afirma que o exercício da enfermagem vai além da competência técnica do cuidado corporal para amamentar, pois a sua problemática é multidimensional e começa numa questão anterior, numa concretude histórico-sociocultural, nunca no momento em que se apresenta. Fazer essa leitura permitirá, de fato, ao profissional uma intervenção mais efetiva. Segundo Araújo (1997), as representações sociais que as mulheres têm do seu corpo e do ato de amamentar podem ser fatores que interferem no desmame precoce.

Esses e outros aspectos do cuidado foram, com efeito, sendo trazidos para do grupo. À medida que o diálogo evoluía, a trabalhadora de enfermagem tomava posse de conhecimentos formulados e compartilhados com o grupo, por meio do diálogo; e, desse modo, exercitava sua consciência crítica. Essa etapa pôde ser identificada como a **teorização**, segundo o Arco de Magueres (1972). Em seguida, passamos a formular **hipóteses de solução**, que se refletem nas falas que apresento a seguir:

*"Eu acho que é super importante cada um pensar e não prejulgar, mas ver como cada um está desenvolvendo seu trabalho porque eu vejo assim, o tempo que estas mães ficam conosco é tão pouco, às vezes é um período que elas não criaram um vínculo com este bebê ainda e a gente está cobrando está falando coisas que naquele momento não têm nada a ver com a história daqueles dois". (Jaspe)*

*"Isto que você levantou, eu acho que vai complementar talvez tudo que nós estivemos falando até agora porque realmente no contato com essas criaturas eu não posso colocar nenhum rótulo, entende, se é ignorante, se é rica, se é [...], temos que ir com a mente aberta e ali no contato, tentar usar a sensibilidade". (Água-Marinha)*

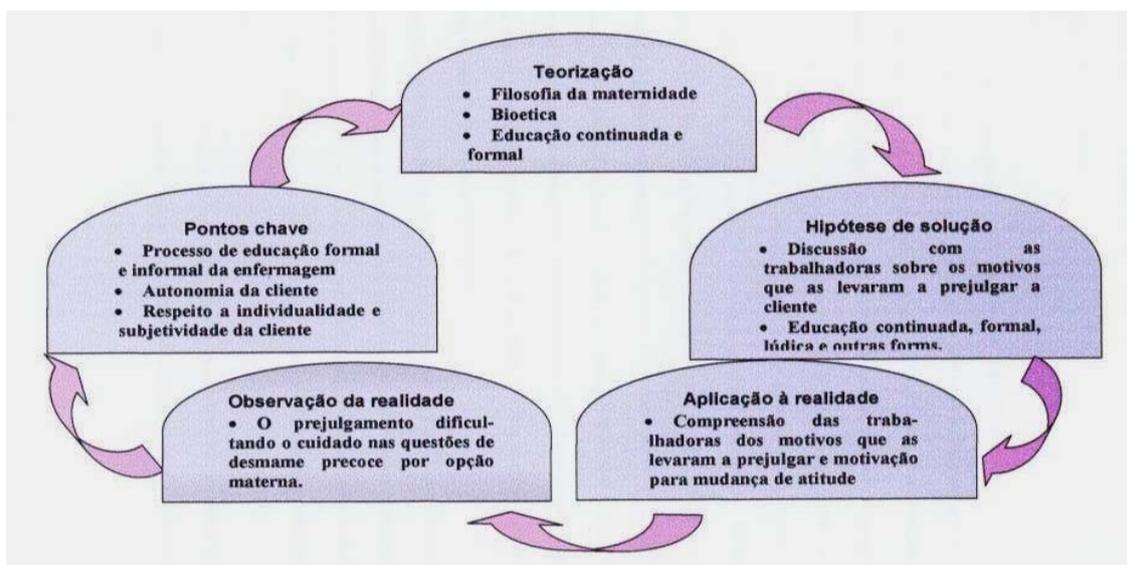
Dado o exposto, julgo pertinente destacar que, a respeito da trabalhadora de enfermagem que presta cuidados relativos ao AM, em casos de desmame precoce, Araújo (1997, p.48) afirma que, se esse trabalhador "[...] tiver uma consciência crítica, através de um trabalho intencional, pode lutar para a transformação de sua realidade". No que concerne a essa última afirmativa da autora, concordo que a consciência crítica seja imprescindível para a superação das consequências do prejulgamento para o cuidado. Assim, o direito de escolha da cliente e o cuidado

poderão estar preservados.

Destaco que, fechando o arco da problematização com a **aplicação à realidade**, as trabalhadoras reconheceram o preconceito como um problema que poderá ser superado se perceberem a mãe como um indivíduo com direito a sua autonomia. Isso pode ser antevisto nas falas que apresento a seguir:

*"Quando formos prestar o cuidado a estas mulheres é importante levamos em conta o que a mãe pensa a respeito e porque ela pensa assim. É claro que a mãe não vai se encaixar em todos estes aspectos do problema que estivemos discutindo aqui, mas pode ser que ela tenha um destes problemas. Se tivermos está visão, pensarmos que pode ser isto, e não aquilo que a gente acha, ou seja, se não prejudgarmos a mulher então vamos dar alguma chance a ela de expressar seus sentimentos e com esse conhecimento poderemos prestar o cuidado realmente de acordo com a necessidade da cliente."* (Pérola)

Em suma, compreenderam que as escolhas dessa cliente têm, igualmente, origem em sua história de vida, em sua cultura, em seus valores e que, quando eles são respeitados, o cuidado será de maior qualidade e muito mais satisfatório tanto para a cliente quanto para o trabalhador.



Fonte: Adaptado do Arco de Charles Maguerez (1972).

**Figura 4:** Representação gráfica do arco do preconceito dificultando o cuidado nas questões de desmame precoce

#### 5.4.2 Reações da Cliente *versus* Reações da Trabalhadora como entrave para realização do Cuidado

Outro aspecto que emergiu dos encontros com as trabalhadoras foi o confronto existente entre as reações dos trabalhadores *versus* as das mães-nutrizs frente ao desmame precoce.

Assim, na elaboração da proposta, pressupunha que as trabalhadoras não tinham consciência das dificuldades apresentadas pela mãe durante o aleitamento materno que poderiam levar ao desmame precoce. Já, no primeiro encontro, quando o grupo realizou a dramatização do cuidado prestado à cliente no AC, as trabalhadoras demonstraram, entretanto, que tinham conhecimento de alguns problemas envolvidos no aleitamento materno. O texto dramatizado apontou, com efeito, dificuldades de ordem física, emocional, familiar, cultural e de conhecimentos que, frequentemente, estão envolvidos com o desmame precoce.

Tendo isso em vista e como o momento da dramatização foi muito rico, optei por apresentar algumas falas dos personagens para **problematizar** a visão que a trabalhadora tem sobre as reações da mãe-nutriz durante o aleitamento materno, em contraposição às suas próprias reações e experiências vivenciadas em situações semelhantes.

Assim, para uma melhor visualização dos cinco passos do **Arco da Problematização**, a visão que a trabalhadora tem sobre as reações da mãe-nutriz, durante o aleitamento materno, é apresentada alternadamente, haja vista as reações que as trabalhadoras apresentam durante o cuidado prestado a essas clientes. Saliento que tais reações foram expostas nos encontros realizados no decorrer da prática assistencial.

No que concerne às reações da mulher ao processo de amamentação, os **pontos-chave** mais evidentes, na dramatização, foram: dor, sexualidade, mitos e crenças relacionadas ao aleitamento materno e à pressão familiar para o desmame. Eles transparecem em algumas falas, como nas apresentadas a seguir:

*"Não tenho leite, meu seio tá doendo, eles querem que eu amamente, eu não vou dar de mamar, porque eu não quero que meu seio caia." (Mãe).*

*"Não tem leite, não sai nada, dói muito, eu não vou dar de mamar de jeito nenhum." (Mãe).*

*"Pode até olhar, mas eu não vou dar de mamar, vou chegar em casa e vou dar mamadeira, dói muito."* (Mãe).

Percebo, por intermédio dessas falas, que a "mãe" refere-se à dor em mais de um momento, deixando claro que este é um componente com o qual as trabalhadoras têm que lidar constantemente. Sobre essa questão e com base em sua pesquisa com um grupo de mulheres, entrevistadas em dois momentos: durante a primeira semana pós-parto e no terceiro mês de lactação, Araújo (1997, p.193) explana que, apesar do prazer sentido pelas mães ao amamentar, a presença da dor é o fator mais marcante, por ser inesperado.

Ainda tratando da dor relacionada à amamentação, Silva (1997, p.169-71) destaca, em seu estudo com mães-nutrizes sobre o significado do ato de amamentar, três aspectos principais desencadeantes da dor. São eles: a fissura mamilo-areolar, o ingurgitamento mamário e dor ou desconforto provocados pelas cólicas decorrentes de contração uterina – relacionada à liberação do hormônio ocitocina. A autora afirma, ainda, que, dependendo do grau de comprometimento do mamilo e a forma como a nutriz enfrenta a situação, esses fatores podem constituir-se em elemento de decisão para o desmame.

A dor física, provocada pelas fissuras mamilo-areolares, e o ingurgitamento mamário, em muitos casos, podem levar ao desmame precoce, principalmente quando a mãe-nutriz não consegue ajuda para superar esses problemas. Quero, contudo, chamar a atenção, mais uma vez, para a primeira frase da "mãe". Naquela frase, a dor é colocada como justificativa para solucionar uma preocupação maior em relação a sua autoimagem e a sua sexualidade, as quais ficam evidentes também em outras falas:

*"Exatamente, é bem por isso que ela não tem que dar de mamar, o que vai ser do meu filho depois quando este seio estiver todo caído?"* (Sogra)

*"Isto me deixa tão triste, porque isto me faz lembrar o meu tempo, como ficou meu seio, tive que pôr até silicone."* (Sogra)

*"Por isso que eu não vou dar de mamar, não vou mesmo. Chegando em casa, eu vou dar mamadeira."* (Mãe)

Segundo Nascimento (1998), fortes crenças populares de que a

amamentação deforma as mamas levam os homens a desestimular o aleitamento em suas parceiras, com medo de prejudicar a estética da mama como órgão erótico. Assim, induzem as mulheres a tomarem medicamentos para sustar o leite. Não percebem, todavia, que essa é a atitude que pode provocar a queda e a flacidez das mamas, em virtude da mudança brusca de volume das glândulas.

Além da crença de que a amamentação traz prejuízos estéticos, outras crenças e mitos relacionados à amamentação são mencionados pela "mãe e família" para justificar o desmame; entre eles, está o mito do leite fraco, como se antevê nas falar a seguir:

*"Sabe a Marília, a Marília aquela minha vizinha que viajou para a Europa. Ela inventou de no começo dar de mamar, inventou de amamentar aquela criança, aquela criança chorava, chorava, chorava, até que a mamãe dela chegou e disse que ela devia dar mamadeira. Olha foi um santo remédio, santo remédio, porque ela pode dar a mamadeira e a criança parou de chorar, parou, parou de chorar, matou a fome. Este seu leite ai não serve para nada, ralo, ralo, ralo. Você já viu a cor?"*

*"Eu acho que o leite é fraco e para ser sincera o leite é fraco, a criança chora, chora, chora, tá Então não há o que sustente, é uma coisa clara, porque quem dá a mamadeira para a criança, a criança passa horas tá, sem comer depois." (Sogra)*

*"Vi, vi, o leite é clarinho, clarinho, não vai sustentar nada." (Mãe)*

Silva (1997) explica que, algumas vezes, a nutriz avalia a qualidade do leite pelo seu aspecto físico e ignora as diversas fases do leite materno; considera, assim, seu leite ralo, fraco e inadequado para alimentar o bebê. A autora considera, ainda, que a nutriz, ao avaliar a "substância" do seu leite, baseia-se em "indicadores de fome e saciedade do filho", o que também implica na avaliação do leite como forte ou fraco.

Enfatizo que a representação das trabalhadoras refletiu bem as reações das mães-nutrizes relacionadas ao processo de amamentação, uma vez que destacaram aspectos de crenças, valores e influências frequentemente presentes no cotidiano do Alojamento Conjunto. Essa constatação foi de encontro à pressuposição inicial de que os trabalhadores não tinham consciência das dificuldades apresentadas pela mãe, durante o aleitamento materno, que poderiam levar ao desmame precoce. A partir daí, a proposta de conduzir um processo educativo com esses trabalhadores

tornou-se ainda mais significativa para mim, pois confirmava a necessidade de refletirmos sobre algo reconhecido como uma realidade que deveria ser transformada: o cuidado com a mãe-nutriz em situação de desmame precoce.

Assim, após a dramatização, os problemas identificados foram amplamente discutidos pelo grupo. Ficou claro, também, que as trabalhadoras, apesar de conhecerem a realidade, não haviam ainda tomado consciência de que essa questão era importante para ser refletida, discutida e trabalhada em conjunto. Posteriormente, a partir da pergunta feita às participantes sobre o que pensam ou sentem quando a mãe se recusa a amamentar, surgiram falas que expressam as reações das trabalhadoras. Os **pontos-chave** relativos a essas reações podem ser percebidos nas seguintes falas:

*"Nestas situações eu senti uma barreira porque tudo que nós pensamos, o nosso plano é fazer com que ela amamente o recém-nascido, que saia daqui com o bebê mamando, então você chega assim e a mãe diz que não vai dar de mamar?" (Diamante)*

*"[...] me entristece por ela fazer isso, porque eu acho que ela devia, isto é, acho que o bebê tem direito de mamar, mas tem umas que nós já sentimos, que passam esta coisa negativa para nós, que aí não dá mais vontade de incentivar a mamada, porque percebemos que não vai adiantar, porque é só 'virarmos as costas', ela tá dizendo, ah! o outro eu dei mamadeira, tá tão bem, tá tão forte. Por mais que se diga que o leite é bom, que é como se fosse uma vacina, é forte, não adianta". (Pérola)*

*"Bom, eu também quero colocar o que eu sentia, quando eu percebia que a mãe não queria dar de mamar, eu ficava com raiva da mãe, eu olhava e dava vontade de fazer alguma coisa. Como é que uma mãe faz isso? Porque eu também tive lá os meus lados muito ruins, muito ruins, mas eu amamentei, então eu acho que eu me comparava: eu passei tanto trabalho e amamentei, como é que ela nem tá passando tanto trabalho e não quer dar de mamar? Como que é isso? Então aquilo criava um sentimento meio de raiva da mãe". (Opala)*

Destaco que, nos seus depoimentos, as trabalhadoras externam reações de "barreira", tristeza, "uma coisa negativa", "percebemos que não vai adiantar" e "raiva da mãe". Essas reações manifestadas pelas trabalhadoras sugerem que elas experimentam sentimentos intensos frente à situação. Quais seriam esses sentimentos? Seriam impotência e frustração por não conseguirem concretizar uma tarefa para a qual, teoricamente, julgavam-se preparadas? Estariam enraizados na imagem de matemagem que construíram ao longo de suas vidas? Seria por que

creem que o bem-estar da mãe deve ser sobrepujado pelo do recém-nascido? Seria por comparar a situação da mãe-nutriz com outras situações vivenciadas por elas próprias? Seria por que o mito do amor materno é tão forte que elas não conseguem ver além dele?

São, por conseguinte, muitas as possibilidades de sentimentos que originam as reações das trabalhadoras. Não é, certamente, objetivo examinar, neste estudo, profundamente esses sentimentos. Algumas questões permanecem, entretanto, em foco e delas não posso distanciar-me. Uma dessas questões é, com efeito, a necessidade de que essas reações sejam percebidas pelas trabalhadoras. Nesse ponto, chegamos ao terceiro passo do **Arco da Problematização: a teorização**. Assim, as trabalhadoras de enfermagem, por meio de suas próprias abstrações, da discussão e do diálogo, passaram a compreender o problema, o que é percebido nestas falas:

*"Eu me sinto assim bem mais aliviada por saber que assim como eu tenho estas angústias, estas interrogações, estes questionamentos, todos têm". (Ametista)*

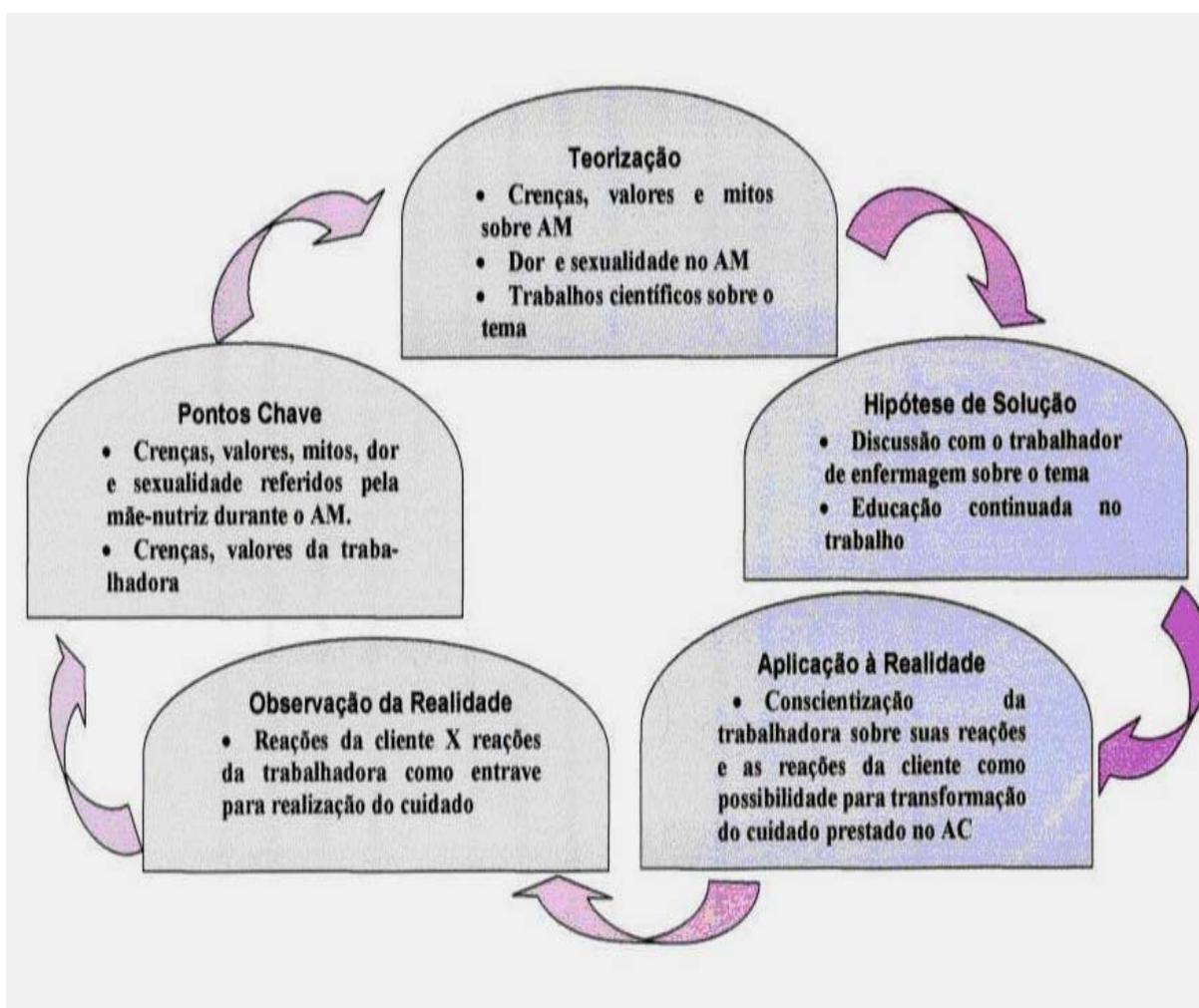
*"[...] o que a gente vê é que cada um de nós tem um universo muito particular, vivendo isso muito fortemente, parece que tendo assim está oportunidade de troca fica mais fácil. (Água-Marinha)*

Dessa forma, as trabalhadoras passam a perceber suas reações como algo que interfere no cuidado, uma vez que não é possível um cuidado humanizado, em Enfermagem, sem interação entre a trabalhadora e a mãe-nutriz. Essa interação, por sua vez, é influenciada pelas reações da trabalhadora à cliente, mesmo que não sejam claramente demonstradas. De posse dessa compreensão, as trabalhadoras passam, então, a formular **hipóteses de solução**:

*"[...] é engraçado no AC a gente também tem esta oportunidade, nós estamos sempre falando, mas não tem uma coisa assim sistematizada em que nós possamos verdadeiramente nos colocar mais abertamente." (Água-Marinha)*

*"Eu queria dizer que para mim foi bom falar sobre isto. Acho que sou muito radical neste ponto porque para mim deu certo, então as pessoas às vezes acham que eu sou até insistente demais, então para mim foi bom participar hoje aqui. porque eu vou começar a me controlar mais e não ser tão radical". (Topázio)*

Durante as discussões realizadas nos encontros, percebi que as trabalhadoras tomaram consciência das reações que tinham frente ao tema. Na dramatização, as personagens exemplificaram essas reações, e as discussões posteriores ampliaram essa consciência, de tal modo que a conscientização passou a ser compartilhada pelos presentes. Isso foi percebido por meio da avaliação feita pelos participantes e pela observadora, entretanto a confirmação do desenvolvimento de uma consciência crítica só poderá ser feita através da modificação do cuidado prestado à mãe-nutriz por essas trabalhadoras. Tal confirmação poderá ser apreciada por estudos posteriores.



Fonte: Adaptado do Arco de Charles Maguerez (1972).

**Figura 5:** Representação gráfica do arco das reações da cliente *versus* reações da trabalhadora como entrave para a realização do cuidado

### 5.4.3 Síntese ou aplicação à realidade

Como os primeiros encontros, ou seja, a oficina e dois grupos de discussão, aconteceram em junho e os três últimos só foram realizados em março do ano seguinte, com uma lacuna de nove meses, esses últimos grupos assumiram características diferentes do primeiro e é necessário, aqui, apontar essa falha no processo educativo com trabalhadoras de enfermagem.

Ingenuamente, como facilitadora e imbuída do compromisso assumido com os sujeitos do estudo: oportunizar a todas as trabalhadoras de enfermagem que participaram desse processo educativo a possibilidade de discutir o problema amplamente, não percebi imediatamente que, após todos os meses que passaram, o problema levantado inicialmente não estaria ali estanque e imutável. Se houvesse percebido, teria explorado melhor esse fato quando preparei os últimos encontros; por exemplo, poderia ter mudado a pergunta geradora.

Destaco, contudo, que o que se constituiu, no início, uma falha se apresentou como solução ao final, haja vista as afirmações dos participantes que emergiram desses grupos, os quais demonstraram uma assimilação dos conteúdos teóricos discutidos no primeiro encontro, como eles mesmos colocaram nas discussões informais. No ambiente de trabalho, também transparece uma “mudança” no desempenho de suas funções quando prestam o cuidado à mãe/nutriz que manifesta o desejo de não amamentar seu filho recém-nascido.

Assim, essa mudança está presente nas falas das trabalhadoras de enfermagem, quando elas se colocam à disposição para ouvir e apoiar a mãe/nutriz que expressa seus sentimentos, como se antevê no depoimento a seguir:

*“Foi bem importante termos discutido essas questões na oficina, ficou mais fácil perceber algumas coisas, agora eu procuro deixar a mãe falar, escuto os motivos dela e tento ajudar no que for possível”.*  
(Água-Marinha)

São percebidas, também, no que diz respeito às questões éticas:

*“Agora quando uma mãe diz que não quer amamentar eu procuro não julgar, bem ela deve ter os motivos dela”* (Topazio)

As falas apontam, ainda, para uma maior compreensão da trabalhadora de enfermagem dos seus próprios sentimentos. Isso fica claro na fala a seguir:

*“Bem eu não vou dizer que quando uma mãe fala que não vai amamentar eu acho correto, porque eu jamais deixaria de amamentar o meu filho, mais eu sou eu, minha historia é diferente, ela provavelmente passou por muitas coisas e tem o direito de fazer o que é melhor para ela e seu filho, eu tento ajudar no que posso para facilitar a mamada e a mãe ficar mais tranquila, agora se ela não quer mesmo eu não forço”.*

A síntese dos dois arcos da problematização: o prejulgamento dificultando o cuidado nas questões de desmame precoce e reações da cliente *versus* reações da trabalhadora como entrave para realização do cuidado, aponta para a concretização do processo educacional. Não é, contudo, o bastante, pois muito ainda pode e deve ser feito. Assim, quando pensamos em uma assistência humanizada e de qualidade, ela não pode prescindir da educação em serviço. Enfatizo, portanto, que, para garantir a manutenção desse processo educacional, proponho-me, como sujeito deste estudo e com os sujeitos que dele participaram, a realizar os encaminhamentos necessários para sua continuidade.

*PRECISA-SE  
DE PESSOAS QUE CRIEM EM TORNO DE SI UM AMBIENTE DE ENTUSIASMO  
DE LIBERDADE, DE RESPONSABILIDADE, DE DETERMINAÇÃO,  
DE RESPEITO E DE AMIZADE. PRECISA-SE DE SERES RACIONAIS.  
TÃO RACIONAIS QUE COMPREENDAM QUE SUA REALIZAÇÃO PESSOAL,  
ESTÁ ATRELADA À VAZÃO DE SUAS EMOÇÕES.  
É NA EMOÇÃO QUE ENCONTRAMOS A RAZÃO DE VIVER.  
PRECISA-SE DE GENTE QUE SAIBA ADMINISTRAR  
COISAS E LIDERAR PESSOAS.  
PRECISA-SE URGENTEMENTE DE UM NOVO SER.*

*ISAC LIBERMAN*

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao iniciar este processo educativo, não podia prever como ele se encaminharia, que rumo tomariam as discussões. Saliento, contudo, que as dificuldades sentidas, para realizar e descrever esse processo educativo, não foram impostas pelo referencial teórico metodológico escolhido; muito pelo contrário, como já foi colocado, ele abriu um leque de opções surpreendentes para que o tema proposto fosse discutido e analisado.

Minha maior dificuldade foi, com efeito, de superar a mim mesma, pois, quando alguém se propõe a questionar a sua própria *práxis* e se coloca, também, como sujeito do processo em questão, está permanentemente caminhando sobre um fio condutor muito tênue. Assim, o perigo de se tomar benevolente ou radical é constante. Resolvi, contudo, tal qual um equilibrista, arriscar-me uma vez que, para transformar a realidade, é necessário que nos arrisquemos.

A imparcialidade nunca foi, todavia, um dos pré-requisitos para desenvolver essa prática assistencial. Tinha claro, portanto, que, ao inserir-me nessa mesma prática que os sujeitos deste estudo vivenciaram, eu também me tomava objeto da pesquisa. Confesso, ainda, que essa dança de ir e vir, incluir-me e distanciar-me para poder avaliar me proporcionou momentos de conflito, os quais julguei não poder superar.

Ao rever todo o caminho percorrido, percebo que a unidade grupal esteve presente em todos os momentos, o que facilitou a condução desse processo e auxiliou na superação de meus temores iniciais. Assim, a relação horizontal que se estabeleceu entre mim, facilitadora, e as participantes do grupo contribuiu, por certo, para meu crescimento, não só profissional como também pessoal. Desse modo, mais uma vez, pude constatar que, **quando se educa, aprende-se.**

Entendo que este estudo poderá contribuir para prática assistencial dos profissionais de saúde do AC, pois possibilitará um cuidar científico, com competência técnica, numa relação recíproca entre quem dá e quem recebe o cuidado. Acredito, ainda, que ele colaborou, sobremaneira, para a construção do conhecimento da disciplina de enfermagem. Além disso, embora a discussão do tema Aleitamento Materno tenha aumentado bastante nos últimos anos, são poucos os trabalhos científicos que discutem o desmame precoce e enfocam a questão da

trabalhadora de enfermagem que presta o cuidado à mãe-nutriz, ao recém-nascido e a sua família.

Ressalto que, dos mais de duzentos títulos pesquisados por mim em base de dados, periódicos, dissertações e teses, apenas cinco abordavam a questão do trabalhador, e o enfoque dado a ele era direcionado a questões técnicas. Essa foi, a princípio, uma de minhas dificuldades para compor o referencial teórico deste estudo, mas agora serve para atestar a sua validade.

Quanto a sua contribuição para a assistência de enfermagem, dada a sua abordagem e a construção coletiva do grupo que colaborou para a sua realização, acredito que ele cumpriu o papel ao qual, implicitamente, destinava-se: o de interferir, diretamente, na assistência que é prestada no AC à mãe nutriz, ao recém-nascido e a sua família, para que eles recebam uma assistência voltada para suas reais necessidades, com o entendimento de que elas não são apenas biológicas, mas são, sobretudo, psicossocioculturais.

Entendo que este estudo contribuiu, igualmente, para diminuir a dicotomia ainda presente entre as instituições de ensino e as de assistência, ou seja, entre quem "faz" e quem "ensina", pois coloca o ensino e a prática assistencial na mesma direção e com os mesmos objetivos.

Dessa forma, chego ao final deste estudo com a certeza de que seus objetivos foram cumpridos, embora esteja consciente de que este é apenas mais um passo na busca da transformação da realidade. Espero, enfim, que ele possa incentivar outros estudos neste mesmo sentido, para que a humanização da assistência deixe de ser apenas mais um conceito e se tome, efetivamente, uma ação concreta das trabalhadoras de enfermagem.

Em suma, o que pretendia com este processo educativo e o que espero ter conseguido não foi, com efeito, impor mudanças aos indivíduos que dele compartilharam, mas sim problematizar essa realidade que nos coisifica e fornecer os instrumentos para que eles percebam todos os aspectos envolvidos nas questões ligadas ao desmame precoce. Acredito, portanto, que a trabalhadora de enfermagem, ao desvelar essa realidade, pode percebê-la como de fato é e, acima de tudo, algo passível de mudança. Enfatizo, por fim, que, se a realidade foi construída ao longo dos anos pelo homem, ele também pode modificá-la.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, João Aprígio Guerra de. **Amamentação**: um híbrido natureza-cultura. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- ALMEIDA, Luciano Mendes de. **Bíblia Sagrada**:Paulus, Brasília, 1991
- ARAÚJO, Lylian Dalete Soares de. **Querer/poder amamentar**: uma questão de representação? Londrina: UEL, 1997.
- BADINTER, Elisabeth. **Um amor conquistado**: o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BARRAZA, Hilda Varela; Escobar, Miguel. In: GADOTTI, Moacir et al. **Paulo Freire**: uma biobibliografia. São Paulo: Cortez, 1996.
- BOFF, Leonardo. **A águia e a galinha**: uma metáfora da condição humana. Petrópolis: Vozes, 1997.
- BORDENAVE, Juan Dias. **O que é comunicação**. São Paulo: Brasiliense, 1982.
- \_\_\_\_\_. **O processo de aprender e ensinar no trabalho**. Capacitação pedagógica, curso auxiliar de enfermagem – REPENSUL: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, 1997. Material didático.
- \_\_\_\_\_. **A Enfermeira como agente mediador e suas ferramentas operativas**: comunicação, participação e planejamento. Capacitação pedagógica, curso auxiliar de enfermagem – REPENSUL, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. 1997. Material didático.
- BORDENAVE, Juan Dias; Pereira, Adair Martins. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. Petrópolis: Vozes, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Óbitos de menores de 1 ano por 1.000 nascidos vivos segundo local de residência**. 1996. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 8 jun. de 2001.
- COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 1983.
- CAPELLA, Beatriz Beduschi. **Uma abordagem sócio-humanística para o “modo de fazer” enfermagem**. Pelotas: Universitária, 1998.
- DAVIM, R.M.B.;TORRES, G. V.; SANTOS, S. R. Educação continuada em enfermagem: conhecimentos, atividades e barreiras encontradas em uma maternidade escola. **Revista Latino Americana de Enfermagem da USP**, Ribeirão Preto, v.7, n.5, p. 43-49, dez./1999.

DIAS, Vanessa Rosar Mattos. **Problematizando o aleitamento materno**: visando uma prática consciente. 1999. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1998.

FREIRE, Paulo. **Educação e Mudança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

\_\_\_\_\_. **Conscientização**: teoria e prática da libertação, uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. São Paulo: Moraes, 1980.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

\_\_\_\_\_. **Educação Como Prática da Liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000.

FREDERICQ, Antoinette. A babá dos brasileiros: uma multinacional do setor leiteiro. In: CORADINI, Odacir Luis; FREDERICQ, Antoinette. **Agricultura, cooperativa e multinacionais**. Rio de Janeiro: Zahar, 1982. p.91-184.

GADOTTI, Moacir et al. **Paulo Freire**: uma biobibliografia. São Paulo: Cortez, 1996.

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

JÚLIO, Lindaura dos Santos. **Contra-referência de recém-nascidos de uma unidade de alojamento conjunto para a rede básica de saúde**: proposta operacional. 1998. Monografia (Curso de Especialização em Projetos Assistenciais de Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H. **Pais/bebê**: a formação do apego. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

LAWRENCE, Ruth. **La lactancia materna**. 4 ed. Madrid: Mosby, 1996.

MAGUEREZ, Charles. **Análise do sistema paulista de assistência à agricultura**. Relatório de Assessoria prestada à Coordenadoria de assistência Técnica Integral (CATI). Campinas: CATI, 1972.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: uma modalidade convergente-assistencial. Florianópolis: EdUFSC, 1999.

NASCIMENTO, Margarida Silva. **Aleitamento materno e sexualidade**. In: *Femina*. Rio de Janeiro, 1998, v. 26, n. 7, p. 623-624.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) e Fundo das nações Unidas para a Infância (UNICEF). **Aconselhamento em amamentação**: um curso de

treinamento. Tradução e editoração Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 1997.

\_\_\_\_\_. **Promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantis.** Genebra : OMS, 1989.

RAMOS, Flávia Regina Souza. Ética e trabalho: a transgressão do belo. In: CAPONI, Gustavo A. et al. A saúde como desafio ético. **Anais do I Seminário Internacional de Filosofia e Saúde Florianópolis.** Florianópolis: SEFES, 1995.

REIBNITZ, Kenya Schmidt et al. **Aspectos operacionais do processo ensinar-aprender.** Florianópolis: UFSC, NFRSPB, 2000.

SANTA CATARINA, Secretaria de Estado da Saúde. **Indicadores de Saúde.** Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/perfil/mort/default.htm>>. Acesso em: julho de 2001.

SAUPE, Rosita et al. **Educação em enfermagem: da realidade construída à possibilidade em construção.** Florianópolis: EdUFSC, 1998.

SCHIER, Jordelina "**GRUPO AQUI E AGORA**": uma ação educativa de enfermagem para o autocuidado com o idoso hospitalizado e seu familiar acompanhante. 2001. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) -Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

SELLI, Lucilda. **Bioética na enfermagem.** São Leopoldo: EdUNISINOS, 1998.

SILVA, Isilia Aparecida. **Amamentar: uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios.** São Paulo: Robe, 1997.

\_\_\_\_\_. Enfermagem e aleitamento materno: combinando práticas seculares. **Revista Latino Americana de Enfermagem da USP**, Ribeirão Preto, v.34, n.4,p. 362-369, dez./2000.

SOARES, Narciso Vieira. **A problematização dos direitos do cliente como desencadeadora da problematização dos direitos dos profissionais de enfermagem.** 2000. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

SOUZA, Ana Izabel. **No cuidado com os cuidadores: em busca de um referencial para a ação de enfermagem oncológica pediátrica fundamentada em Paulo Freire.** 1995. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1995.

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia. **Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial.** Florianópolis: EdUFSC, 1999.

TORRES, Carlos Alberto. A voz do biógrafo latino-americano: uma biografia intelectual. In: GADOTTI, Moacir. **Paulo Freire: uma biobibliografia**. São Paulo: Cortez, 1996.

UNICEF – Fundo das nações Unidas para a Infância. **Situação mundial da infância**. Brasília, 1998.

VALDÊS, V. et al. **Manejo Clínico da Lactação**: assistência à nutriz e ao lactante. Rio de Janeiro: REVINTER, 1996.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO<sup>11</sup>

Desmitificando o Cuidado no Aleitamento Materno: uma prática educativa com trabalhadoras

**Explicação do problema:** A taxa de mortalidade infantil, segundo dados do ministério de saúde, é assustadora; corresponde a 37,5 mortes para cada 100.000 nascidos vivos. Essa situação poderia ser revertida se a criança fosse amamentada, exclusivamente, com leite materno nos primeiros seis meses de vida; se tivéssemos uma melhor qualidade da assistência obstétrica e neonatal, e um sistema adequado de informações que facilite o gerenciamento das ações nos seus diversos níveis. Sabemos que o leite materno tem muitas qualidades nutricionais e traz inúmeros benefícios para a mãe e para o recém-nascido, Apesar disso, ainda são muitas as mulheres que manifestam o desejo de não amamentar seu filho. Nessas ocasiões, o profissional de enfermagem não sabe o que fazer, como deve conduzir essa assistência, que tipo de cuidado prestar a essa cliente. Assim, com o objetivo de encontrar soluções para esses problemas, você está sendo convidado a participar deste estudo, pois achamos que a solução do problema só pode emergir de quem o vivência.

**Objetivo do estudo:** desenvolver um processo educativo com trabalhadores de enfermagem, que os instrumentalize para o manejo adequado em situações de desmame precoce por opção materna, em uma unidade de alojamento conjunto, fundamentado na pedagogia libertadora e problematizadora de Freire e Bordenave

**Procedimentos:** se aceitar fazer parte deste estudo, você participará de oficinas e de trabalhos de grupos junto com seus colegas de trabalho. Todas as suas respostas serão estritamente confidenciais e você não precisa responder a nenhuma pergunta que não deseje.

**Risco e/ou desconfortos previsíveis:** a participação neste estudo não está associada a nenhum risco para a sua saúde. Você gastará, no entanto, algum tempo para participar dos trabalhos em grupo.

**Benefícios para os participantes:** ao participar deste estudo, você não receberá benefícios diretos imediatos. Estará, todavia, ajudando a obter informações que serão

---

<sup>11</sup> Utilizei como fonte para elaboração deste o termo de consentimento desenvolvido pelo programa DST AEDS do Ministério da Saúde, para ser utilizado na pesquisa de **Avaliação da Cobertura de aconselhamento e testagem anti-HIV nos serviços de Pré-natal do SUS de 12 municípios brasileiros – 1999/2000**, no qual eu participei como entrevistadora.

importantes para a melhoria da qualidade de assistência prestada à mãe-nutriz que utiliza os serviços da instituição de saúde em que você trabalha.

**Confiabilidade:** todas as suas respostas serão estritamente confidenciais e você não será identificado em nenhuma apresentação dos resultados deste estudo. Antes de assinar este documento, você deve esclarecer com o entrevistador qualquer dúvida que você tenha em relação ao estudo.

**Consequências da decisão de abandonar o estudo:** a sua participação nesta pesquisa é voluntária e a recusa em participar não levará a nenhuma mudança em seu tratamento.

**Esclarecimento de dúvidas:** se você desejar conversar com alguém sobre este estudo por achar que não foi tratada adequadamente ou por se sentir prejudicada por estar participando do estudo, ou ainda por desejar perguntar alguma coisa relacionada a ele, você poderá contatar a orientadora deste estudo no telefone: \_\_\_\_\_ ou \_\_\_\_\_ .

Se você concorda em participar deste estudo, e com a publicação dos dados obtidos com ele, assine, por favor, seu nome a seguir.\_\_\_\_



## **ANEXOS**

## ANEXO A – Filosofia Humanística da Maternidade do HU/UFSC

### Na Maternidade do HU acredita-se que:

- em se prestando assistência se ensina;
- é direito de toda mulher - recém nascido (RN) - família, no processo de gravidez, parto e puerpério, receber atendimento personalizado que garanta uma assistência adequada, segundo Carter, nos aspectos biológicos, sociais, psicológicos e espirituais;
- a atenção à saúde da mãe, RN e família na gravidez, parto e puerpério, se considera a importância do papel do pai, sua presença e participação;
- o sistema de alojamento conjunto facilita a criação e aprofundamento de laços mãe-RN-família, favorecendo a vinculação afetiva, a compreensão do processo de crescimento e desenvolvimento, a participação ativa e a educação para a saúde dos elementos mencionados;
- a equipe interdisciplinar que presta assistência à mulher-RN-família deve atuar de forma integrada, visando um atendimento adequado;
- as atividades de ensino, pesquisa e extensão realizadas pela equipe interdisciplinar ligadas à saúde da mulher-RN-família, devem refletir atitudes de respeito ao ser humano e reverter em benefício de uma melhor assistência;
- a equipe deve exercer um papel atuante na educação da mulher/acompanhante e agrupo familiar, com vistas ao preparo e adaptação ao aleitamento materno, desenvolvimento da confiança e capacidade de cuidar do filho, execução de cuidados básicos da saúde e planejamento familiar;
- todo pessoal deve ter qualificação da assistência a que tem direito a mãe-RN e a família;
- a parturiente não deixará de ser assistida por quaisquer problemas burocráticos ou as rotinas terão flexibilidade suficiente para toda e quaisquer exceções, ou serão adaptadas após a geração do fato;
- o desenvolvimento de atividades será de forma integrada quanto às unidades que operam na maternidade, ou com ela se relacionem;
- a mulher deve permanecer internada o tempo suficiente para que sejam atendidas suas necessidades assistenciais e de educação em saúde.

Outubro 1995



Iniciativa HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA

COMISSÃO PRÓ ALEITAMENTO MATERNO  
 - UFSC  
 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Patrocínio:  
 Viva a Vida

## ANEXO B – 10 Passos para o sucesso do Aleitamento Materno

# 10 Passos para o Sucesso do Aleitamento

1. Ter uma norma escrita sobre aleitamento, que deveria ser rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde.
2. Treinar toda a equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar esta norma.
3. Informar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento.
4. Ajudar as mães a iniciar o aleitamento na primeira meia hora após o nascimento.
5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.
6. Não dar a recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tal procedimento seja indicado pelo médico.
7. Praticar o alojamento conjunto - permitir que mães e bebês permaneçam juntos - 24 horas por dia.
8. Encorajar o aleitamento sob livre demanda
9. Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao seio.
10. Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio ao aleitamento, para onde as mães deverão ser lev encaminhadas por ocasião da alta do hospital ou ambulatório.

**Iniciativa HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA**

COMISSÃO PRÓ ALEITAMENTO MATERNO

Patrocínio: **Vida** **VIDA**

**HU - UFSC**  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

