UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

ALCIMARA BENEDETT

**A PERCEPÇÃO DA NUTRIZ SOBRE OS (DES)CONFORTOS DA PRÁTICA DO
ALEITAMENTO MATERNO**

São Paulo
2013

ALCIMARA BENEDETT

**A PERCEPÇÃO DA NUTRIZ SOBRE OS (DES)CONFORTOS DA PRÁTICA DO
ALEITAMENTO MATERNO**

Tese apresentada ao Programa Interunidades em
Doutoramento de Enfermagem da Escola de
Enfermagem da Universidade de São Paulo e
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo para obtenção do título
de Doutor em Ciências.

Área de concentração: Enfermagem

Linha de Pesquisa: Sociedade, saúde e
enfermagem

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Isilia Aparecida
Silva

São Paulo
2013

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Benedett, Alcimara

A percepção da nutriz sobre os (des)confortos da prática do aleitamento materno / Alcimara Benedett. -- São Paulo, 2013.
103 f.

Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profª Drª. Isilia Aparecida Silva

Área de concentração: Enfermagem

1. Conforto Humano 2. Aleitamento Materno 3. Puerpério
4. Saúde da Mulher 5. Discurso do Sujeito Coletivo
6. Enfermagem I. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Benedett, Alcimara

Título: A percepção da nutriz sobre os (des)confortos da prática do aleitamento materno.

Tese apresentada ao Programa Interunidades de Doutorado de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovada em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

A minha mãe Salete, pela forma guerreira que me criou, ensinando-me o verdadeiro valor da vida.

Ao meu pai Alceu, que mesmo de muito longe orava por mim!

Aos meus filhos Vitor e Lucas, que mesmo não entendendo a minha ausência em muitos momentos, me recebiam com um abraço carinhoso que renovava minhas energias, me dando forças para continuar. Agradeço a Deus por ter vocês na minha vida!

A minha Dinda Noeli, pela sua oração, carinho e suas incansáveis palavras de incentivo!

A meu noivo Edson, que muitas vezes teve que ter paciência e sempre me incentivou!

Enfim, a todos os meus familiares, minha base, que sempre estiveram ao meu lado e nunca mediram esforços para me ajudar em mais esta conquista!

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Nunca estamos sós. É bom saber que temos algo que transcende o nosso ser, que é Nosso Pai Criador. Ele sabe do meu amor e compromisso para com Ele. Sendo assim, o meu agradecimento especial é a Ele, que caminhou comigo durante todo o percurso, colocando pessoas abençoadas no meu caminho e as usou com o propósito de me ajudar em Seu nome, que nas horas difíceis me lembrou do seu amor e me iluminou com a inspiração que veio do trono.

Assim, para honra e glória do Seu nome terminei!

“Por todas as coisas tenho forma e virtude por aquele que me confere poder.” Filipense 4:13

“Agradeço ao meu Deus toda vez que me lembro de vocês.” Filipense 1:13

AGRADECIMENTOS

A minha mestra Isilia Aparecida Silva, que de forma incansável, carinhosa e brilhante me orientou e me conduziu durante todo o trajeto percorrido. Obrigada por acreditar em mim. Que Deus sempre esteja ao seu lado, lhe dando força, paciência e conhecimento e que cheguem até você todas as bênçãos que Ele já liberou.

A todos os mestres e funcionários da Escola de Enfermagem USP/SP que de alguma forma contribuíram no percurso dos quatro anos para que eu alcançasse o fim tão almejado.

Às mulheres que me receberam e se dispuseram a dar seus depoimentos, contribuindo grandiosamente para execução deste trabalho. Aos bebês que implicitamente contribuíram com informações preciosas enquanto mamavam no seio de suas mães.

A minha irmã de coração Roselei, que incansavelmente orou por mim e cuidou zelosamente dos meus filhos e do meu lar nos momentos em que eu tive que mergulhar nos afazeres deste trabalho. Obrigada por cruzar o meu caminho e percorrê-lo junto comigo todo esse tempo.

Ao meu irmão Rodrigo, que me ajudou muito, especialmente com os diversos problemas técnicos de informática, te amo. A minha cunhada Lidiane, que ao retornar de um período de afastamento, me fortaleceu por saber que podemos ser um todo novamente.

Aos amigos que me apoiaram e me ajudaram muito nesse percurso, cada um no seu jeito e no seu tempo. De antemão peço desculpas, mas não irei citar nomes pois não quero esquecer de ninguém e nem valorizar mais uns do que outros. Deus colocou cada um de vocês no meu caminho e eu agradeço por isso. Eu adoro vocês.

Aos meus compadres Ademir e Ivanete, que de forma incansável e incondicional estiveram comigo superando muitos obstáculos da minha vida pessoal, que indiretamente fariam ruir esse sonho que agora eu conquisto. Eu agradeço a Deus suas vidas no meu caminho.

A Secretaria de Saúde de Chapecó, Setor de Vigilância Epidemiológica que aceitou o meu projeto e abriu suas portas para que eu pudesse coletar os dados.

Enfim, agradeço a todos que direta ou indiretamente, de Chapecó ou de São Paulo, me apoiaram e acreditaram em mim para concretização desse sonho. Muito obrigada.

*“Amamentar não é uma escolha
é uma decisão”.*

RESUMO

BENEDETT, A. **A percepção da nutriz sobre os (des)confortos da prática do aleitamento materno**. 2013. 103 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

O processo de amamentação, além de sua importância para a criança e benefícios de toda ordem, maternos, infantil e social, também pode representar um esforço físico e emocional para a mulher, sendo considerado um período no qual a nutriz enfrenta situações estressantes e de desconfortos. Considera-se que estes elementos, se não resolvidos devidamente, podem marcar negativamente a experiência de amamentar e levar à decisão materna de interromper o aleitamento. Com vistas a buscar a compreensão dessa experiência para a nutriz, quanto aos (des)confortos por ela experimentados, este estudo teve como objetivos: compreender a percepção da nutriz acerca dos (des)confortos identificados e expressos por ela, na prática da amamentação, e verificar a possível relação entre os (des)confortos percebidos pela nutriz com a sua prática da amamentação. Foi desenvolvida uma pesquisa qualitativa, que teve como referencial teórico a Teoria de Conforto de Kolcaba (1991) e a estratégia do DSC para organização dos dados. Participaram deste estudo vinte e quatro nutrizes primíparas, residentes em Chapecó (SC), maiores de 18 anos, entre 30 e 90 dias pós-parto, que estavam amamentando ou que amamentaram os filhos por pelo menos 30 dias. Foram construídos três temas emergidos dos dados: **TEMA 1 – A PRÁTICA DA AMAMENTAÇÃO: UMA BUSCA POR CONFORTO; TEMA 2 – O SOFRIMENTO NA AMAMENTAÇÃO; TEMA 3 – A SATISFAÇÃO DA AMAMENTAÇÃO**. Os temas demonstram que a mulher está exposta aos vários contextos de (des)confortos descritos na Teoria do Conforto. Também, busca encontrar os estados de conforto, especialmente relacionados aos desconfortos físicos, de alívio, bem-estar e transcendência, que são encontrados pela adaptação constante da prática e manejo da amamentação, e na vivência mais ampla do aleitamento, como uma experiência gratificante e qualificadora de seu papel materno. O estudo demonstrou que as dimensões e estados de conforto se inter-relacionam e a nutriz, ao experimentar o desconforto, busca adotar estratégias que promovam o conforto, priorizando, porém, o bem-estar e atendimento das necessidades do filho. Os elementos causadores de desconfortos se expressam e são percebidos mais facilmente no contexto físico, bem como a busca pelo conforto ambiental. No entanto, os desconfortos do tipo emocional e social podem conflitar com a visão do papel materno, mas são sucumbidos, sublimados e superados à medida que a nutriz encontra sentido de plenitude no processo de amamentar.

Palavras-chave: Conforto humano. Aleitamento materno. Puerpério. Saúde da mulher. Discurso do Sujeito Coletivo.

ABSTRACT

BENEDETT, A. **Nursing Mother's Perception about the (dis)comforts of breastfeeding practice.** 2013. 103 f. Thesis (Doctorate)-Nursing School, São Paulo University, São Paulo, 2013.

The breastfeeding period, besides its importance to the child and benefits of all sorts, including maternal, infantile and social ones, can also represent a physical and emotional effort to the woman, being considered a period in which the nursing mother faces stressful situations and discomforts. It is considered that these elements, if not properly solved, can negatively mark the experience of breastfeeding and make the mother stop breastfeeding. Focusing on understanding this experience to the nursing mother, regarding the (dis)comforts experimented by her, this study aimed at: understanding the nursing mother's perception about the (dis)comforts identified and expressed by her in the breastfeeding practice and verifying the possible relation between the (dis)comforts noticed by the nursing mother and her breastfeeding practice. A qualitative research was developed, having the Comfort Theory by Kolcaba (1991) as its theoretical reference and using the DSC strategy to organize the data. Twenty-four primiparous nursing mothers, who live in Chapecó (SC), above 18 years old, from thirty to ninety days after the delivery, who were breastfeeding or who breastfed their children for at least thirty days took part in this study. Three themes were elaborated from the data, **THEME 1- BREASTFEEDING PRACTICE: SEARCHING FOR COMFORT; THEME 2- BREASTFEEDING SUFFERING; THEME 3- BREASTFEEDING SATISFACTION**, which demonstrate that the woman is exposed to several contexts of (dis)comforts described by the Comfort Theory. Also, aiming at finding the comfort states since the relieve, specially related to physical discomforts, well-being and the transcendence, that are found in constant adaptation of the breastfeeding practice and handling, and in the wider breastfeeding experience, as a gratifying and qualifying experience of the maternal role. The study demonstrated that the dimensions and the comfort states are interrelated and the nursing mother, when experiencing the discomfort, looks for adopting strategies which promote the comfort, yet prioritizing the well-being and providing the child's necessities. The elements which cause discomfort express themselves and are perceived more easily in the physical context, as well as in the search for environmental comfort. However, the social and emotional discomforts can conflict with the maternal role's vision, but are yielded, sublimated and overcome as the nursing mother finds the plenitude sense in the breastfeeding process.

Keywords: Human comfort. Breastfeeding. Postpartum period. Woman health. Collective Subject Speech.

LISTA DE SIGLAS

AME	Aleitamento materno exclusivo
DN	Declarações de Nascidos Vivos
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
EC	Expressão-chave
ESF	Estratégia Saúde da Família
IC	Ideia central
OMS	Organização Mundial da Saúde
Sinasc	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Unicef	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO: A PESQUISADORA E A MOTIVAÇÃO DO ESTUDO	12
1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS DO ESTUDO	25
3 BASES TEÓRICAS E METODOLÓGICAS.....	26
3.1 CONSTRUINDO O REFERENCIAL TEÓRICO SOBRE CONFORTO: A OPÇÃO PELA TEORIA DO CONFORTO DE KOLCABA	26
3.2 O DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO.....	38
3.3 TRAJETÓRIA E DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA	41
3.3.1 Cenário da pesquisa.....	41
3.3.2 Participantes da pesquisa	42
3.3.3 A obtenção dos dados: procedimento, técnicas e instrumento	44
3.3.4 A organização e análise dos dados	46
3.3.5 Considerações éticas da pesquisa	47
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	49
4.1 AS MULHERES PARTICIPANTES DO ESTUDO	49
4.2 O PROCESSO DE AMAMENTAÇÃO E A GERAÇÃO DE (DES)CONFORTOS: OS TEMAS, SUBTEMAS E OS DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO	50
5 CONSIDERAÇÕES	84
REFERÊNCIAS	88
ANEXOS	96
APÊNDICES	100

APRESENTAÇÃO: A PESQUISADORA E A MOTIVAÇÃO DO ESTUDO

Desde o início da minha trajetória acadêmica, a área da saúde da mulher sempre chamou minha atenção. Eu aproveitava todas as oportunidades que eram apresentadas para estágios extracurriculares nessa área. Minha aproximação com o tema aleitamento materno foi crescendo dia após dia. Durante o exercício da profissão como enfermeira do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e do Complexo Hospitalar Santa Casa em Porto Alegre, minha linha de trabalho foi se desenhando para acompanhar e orientar gestantes e puérperas para a prática do aleitamento materno.

Hoje sou representante docente da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó) no Comitê de Mortalidade Materno Infantil do Município de Chapecó, docente desta universidade no curso de Enfermagem, atuando na área do conhecimento da saúde materna e infantil.

Ao longo desses anos, nos espaços em que trabalho, tanto na assistência às nutrízes como na docência, orientando os acadêmicos para prestarem cuidados às gestantes ou mães em prática de amamentação, observei que constantemente as mulheres relatavam desconfortos de toda ordem como dores nas costas e nos seios, dificuldade de posicionamento. Também apresentavam queixas sobre não conseguir um lugar apropriado para amamentar e experimentar sensações e sentimentos contraditórios.

Tive duas experiências pessoais bem distintas com a prática do aleitamento materno. Meu primeiro filho nasceu de 30 semanas e ficou 28 dias hospitalizado. Eu extraia o leite de duas em duas horas e tive lesão mamária ocasionada pela

ordenha. O aleitamento materno foi exclusivo até sete meses. Quando ele decidiu que não queria mais, largou o peito. O segundo filho nasceu com 37 semanas, foi amamentado de forma exclusiva até 10 meses. Eu tive ingurgitamento mamário. Minha vivência da maternidade teve momentos de muita dor e desconforto, mas que ao longo do tempo foi de grande satisfação. As duas situações foram cumulativas na minha vida como experiências que, ao final, deram certo.

A partir da minha experiência pessoal e profissional, esta adquirida ao longo da minha profissão e pelas observações na docência, decidi abrir uma empresa de atendimento domiciliar a puérperas em situação de aleitamento materno. Por diversas vezes, sentindo-me provocada em compreender a forma como a prática e o manejo do aleitamento eram percebidos pelas mulheres e qual o impacto das sensações dolorosas ou desconfortos relatados por elas no processo de amamentação, interessei-me por estudar esse assunto.

Dessa forma, a pesquisa ora apresentada é fruto da inquietação provocada pela prática profissional e o desejo de contribuir, de forma consistente, para a assistência à nutriz, no que tange à promoção de uma experiência com o mínimo de desconfortos e desgaste, para ela e os que a cercam.

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o processo de amamentação passou de uma concepção biológica e naturalizada para uma conotação social mais ampla: uma ação que pode ser vista não apenas como obrigatoriedade da condição materna, mas também como uma opção da mulher. Essa opção pode envolver uma complexa interação de fatores socioeconômicos, culturais, psicológicos, bem como interação com os profissionais que atendem a mulher e a sua família (SILVA, 1997; CALDEIRA; GOULART, 2000).

Em meados do século XIX, a mão de obra feminina, requisitada nas indústrias, provocou a saída das mulheres do ambiente doméstico. O desenvolvimento de novas tecnologias abriu espaço para preparo e comercialização de alimentos infantis. As consequências do uso das fórmulas infantis começaram a ser percebidas no final da década de 1970, quando foi denunciado o alto índice das taxas de morbimortalidade infantil. Na tentativa de diminuir as consequências negativas que se apontavam, os governos e organismos sociais buscaram desenvolver estratégias para reduzir o uso de alimentos industrializados para lactentes e começaram a apoiar ações de incentivo ao aleitamento materno (SILVA, 2000).

Entre as estratégias utilizadas estão os programas de apoio e incentivo à amamentação, liderados por órgãos governamentais e não governamentais como o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef). Desde 1980, por intermédio do Ministério da Saúde, os programas no Brasil têm papel fundamental para o incremento das ações de incentivo do aleitamento materno e a retomada da consciência sobre a importância da amamentação (UNICEF, 2009).

Ainda na década de 1990, segundo Silva (1996), apesar do empenho e investimento do governo e da sociedade em geral, realizado por meio de campanhas em favor do aleitamento materno, a prática da amamentação ainda mostrava-se enfraquecida por falta de estrutura assistencial e social à mulher e à criança, o que nos parece ainda, nos dias de hoje, carecer de grandes e efetivos investimentos.

Nesse período, a partir de 1990, foi definida a implantação, em âmbito mundial, da iniciativa dos 10 passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, proposta, em 1989, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Unicef. Esta proposta constituiu-se em uma filosofia assistencial para as instituições de acreditados dentro da Iniciativa Hospitais Amigos da Criança, o que representou um passo significativo na promoção do aleitamento materno, especialmente no Brasil, que a adotou e tem seguido um processo crescente do contingente de instituições credenciadas (BRASIL, 2001).

Mesmo com o suporte de programas e legislação de proteção ao aleitamento, Caldeira e Goulart (2000) apontam que, para o sucesso da amamentação, é preciso considerar que a opção materna de amamentar envolve uma complexa interação de fatores socioeconômicos, culturais, psicológicos, interação com os profissionais envolvidos no atendimento à mulher e à família. Sobre esse aspecto, Silva (2001, p. 10) salienta que:

Re-conhecer a mulher, como determinante desse processo, não só sua vontade de amamentar, mas uma força composta pela subjetividade de sua experiência, orienta o profissional para a observação do contexto em que ela vive, significa que o profissional se vê re-conhecendo outros elementos da amamentação. Esse exercício resulta na identificação de elementos do cotidiano da mulher e de seu filho e que diz respeito à influência do ambiente familiar, do grupo social, das interações internas da mulher, que ocorrem sob influência das pressões sociais e familiares a que ela está sujeita.

Assim, o ato de amamentar pode ser uma prática muito influenciada pelos

costumes da sociedade e pelos valores por ela atribuídos à criança, à mulher e à relação estabelecida entre ambas (SILVA, 2003). Porém, os benefícios para a saúde da criança continuam sendo seu principal atributo, e são os elementos mais estudados e destacados na literatura.

A amamentação, quando praticada de forma exclusiva até o bebê completar seis meses e complementada com alimentos apropriados até os dois anos de idade ou mais, tem grande potencial transformador no crescimento e desenvolvimento infantil, bem como na prevenção de doenças na infância e na idade adulta (BRASIL, 2006).

Para Kramer e Kakuma (2012), mães que amamentam seus filhos de forma exclusiva diminuem consideravelmente a morbidade infantil por diarreia quando se comparam esses dados com os de filhos de mulheres que utilizam outros alimentos intercalados com o aleitamento materno.

Vários estudos apontam que o aleitamento materno é um dos pilares fundamentais para a promoção e proteção da saúde das crianças em todo o mundo, quando se considera a superioridade do leite humano como fonte de alimento, de proteção contra doenças e, também, de afeto que o processo de amamentação pode ofertar. Isso faz com que especialistas recomendem o aleitamento materno como alimentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida do bebê (ESCUDER; VENANCIO; PEREIRA, 2003; JACKSON; NAZAR, 2006; BRASIL, 2007a; LIMA; LIRA; VASCONCELOS, 2006).

Um estudo realizado por Edmond et al. (2006), que analisou 11.316 crianças em distritos rurais, com objetivo de mostrar como a amamentação precoce é importante na prevenção da mortalidade neonatal, aponta para quatro importantes benefícios: 1) a mãe que inicia a amamentação precoce tem mais sucesso na prática do aleitamento materno; 2) se a alimentação do bebê for exclusiva ao seio

materno, o risco de agravos ao intestino imaturo do neonato diminui consideravelmente; 3) o colostro atua tanto na proteção do intestino ainda imaturo como na proteção contra agentes patogênicos; 4) a proximidade da mãe e do filho através do contato pele a pele pode prevenir episódios de hipotermia.

A prática da amamentação proporciona à nutriz bem-estar, que é enfatizado há décadas, como expõem os estudos de Uvnas-Moberg (1998), Brum e Schermann (2004) e Mercer et al. (2007) que apontam ser o toque, o calor e o cheiro do bebê ou seus pertences estímulos para a liberação da ocitocina, que, além de ser responsável pela ejeção do leite, aumenta a temperatura da mama e ajuda a tranquilizar a mulher. Durante o processo do aleitamento materno, estabelece-se o contato pele a pele entre mãe e filho, o que possibilita a construção do vínculo afetivo entre a nutriz e o lactente.

A construção do vínculo afetivo pode possibilitar mais segurança materna na decisão de amamentar e, assim, impactar na qualidade de vida da nutriz. A percepção de qualidade de vida, segundo Aragaki (2008), Kimura e Ferreira (2004) e Velarde e Avila (2002), é subjetiva e está relacionada à autoestima e ao bem-estar pessoal, abrangendo uma série de aspectos como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos, religiosos, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que se vive.

As diferentes experiências de vida das mulheres estão condicionadas a sua inserção no contexto onde vivem, influenciando o rumo do processo de aleitamento materno. Estas experiências influenciam suas decisões sobre a continuidade da amamentação e qualificam a sua experiência como nutriz (SILVA, 2003). Aragaki e

Silva (2011) mostraram que o desgaste físico sentido pelas nutrizes, provocado pelo processo de amamentar, como a privação de sono e falta de tempo para cuidar de si, restrições em sua liberdade de ir e vir e de usufruir de momentos de lazer, intervêm nas tomadas de decisão sobre o percurso do aleitamento.

Nesse complexo contexto que engendra os sentimentos e as sensações físicas de nutrizes, muitas vezes, o cansaço físico e emocional, os desconfortos causados pelas intercorrências ou a dedicação ao filho podem ser identificados como elementos decisivos no sucesso e na qualidade da experiência de amamentar (SILVA, 1997).

A mulher em fase de aleitamento materno pode ter sensações desconfortáveis de caráter físico, emocional ou mesmo provocadas pelo ambiente em que estão inseridas. Os desconfortos corporais, em especial, muitas vezes relacionados a intercorrências mamárias ou à adoção de posturas inadequadas para amamentar, podem ocasionar agravos a sua saúde ou, simplesmente, serem motivos de desestímulo à continuidade da amamentação (ARAGAKI; SILVA, 2011).

Os desconfortos no contexto físico e corporal são mais fáceis de serem identificados, porém, os que envolvem as outras dimensões, no âmbito mais subjetivo ou de contextos que estão fora da governabilidade única da nutriz, são mais difíceis de serem reconhecidos, tanto por ela, como pelos que a cercam.

As experiências das limitações físicas associadas à dor, à doença e à fadiga restringem a participação na vida cotidiana e o desenvolvimento de ações e tarefas comuns, bem como ficam perturbadas a assimilação de si e do corpo. Nessa perspectiva, ao questionarmos a assimilação de experiências desconfortáveis, passíveis de serem identificadas pelo próprio indivíduo, podemos dizer, que é necessário se ter a visão do corpo que se torna um objeto a ser investigado e tratado, uma vez que suas manifestações podem expressar formas não adequadas

de percepção e de acomodação postural ou perturbações de outras ordens, possíveis de correção (MORSE, 1992; MORSE; BOTTORFF; HUTCHINSON, 1995).

Os desconfortos sofridos pelas mulheres durante a prática da amamentação podem ser ocasionados por diferentes motivos, dentre os quais aumento excessivo de peso, alterações fisiológicas da glândula mamária e má-postura na hora de amamentar, entre outros elementos comumente denominados de *intercorrências da amamentação*, tidas como normais para o processo. Essas dificuldades e esses desconfortos podem ser corrigidos ou minimizados, desde que sejam feitas as devidas orientações e correções desde cedo, possibilitando maior sucesso no aleitamento materno (SHIMODA; SILVA; SANTOS, 2005).

Dessa forma, é possível compreender que as manifestações de dor e desconforto materno podem causar limitações e interferir no sucesso do aleitamento materno e na qualidade de vida da nutriz.

Um dos fenômenos mais observados na amamentação é a dor expressa pelas mulheres por motivos variados. A dor, considerada como variação individual, de percepção subjetiva, influenciada por vários fatores, de aspectos culturais, sociais, emocionais e particularidades do ambiente, pode gerar quadros de tensão muscular, alterando o estilo de vida das pessoas (OLIVEIRA; LEÃO, 2004).

A vivência das nutrizes, potencialmente permeada pela dor e desconforto, as torna vulneráveis à insatisfação, cansaço e conflitos acerca do curso do aleitamento materno.

Almeida e Souza (2002) corroboram ao dizer que quase todas as mulheres vão sentir dores e desconfortos durante a gravidez e o puerpério; estima-se que 25% delas apresentem, ao menos, sintomas temporários.

Em função dessa afirmativa, é possível concordar que a fadiga aguda e a

sobrecarga física, muitas vezes também manifestadas pelas mulheres que amamentam, provocam desconfortos, ocasionando um fenômeno físico desagradável, traduzido em dor e que, no tocante à nutriz, pode ser facilmente identificável no dia a dia da amamentação (CAVALCANTE et al., 2006).

A dor percebida fisicamente é expressa como ausência do conforto e pode ser subdividida em dor aguda e dor crônica. A dor aguda, de modo geral, pode ter início repentino ou gradual, com um desfecho antecipado ou previsível. Pode ser entendida como uma sensação sensorial ou emocional desagradável (CHAVES, 2004; NANDA, 1999). A dor aguda, segundo Chaves (2004) e Nanda (1999), tem como características definidoras relato verbal ou codificado, alteração do tônus muscular, gestos protetores, entre outros, e tem como fatores relacionados os agentes lesivos que podem ser físicos, psicológicos, biológicos e químicos. A dor crônica tem basicamente a mesma definição da dor aguda quanto às características definidoras – comportamento de defesa, atrofia de grupos musculares envolvidos, medo de uma nova lesão, irritabilidade, comportamento de defesa, entre outras. Os fatores relacionados são as incapacidades físicas e psicossociais crônicas. Chaves (2004) argumenta que os indivíduos que sofrem com a dor podem ter acometimentos físicos, mentais e espirituais em suas vidas.

Nesse sentido, é comum o relato das nutrizes quanto à protelação da hora da mamada, na tentativa de buscar a proteção contra a dor provocada pela sucção do bebê (SILVA, 2003). Também, no que concerne à maioria das queixas das mulheres, uma das alternativas para minimizar a dor física, relatada por elas na amamentação, é a orientação do posicionamento dela e da criança, que pode possibilitar maior conforto e favorecer momentos prazerosos para a mãe durante a amamentação.

Assim, estudos apontam que o sucesso do aleitamento materno se apoia na

execução da boa técnica nos primeiros dias após o parto, que podem aliviar tensões, evitar sobrecarga de partes do corpo e garantir conforto para a mulher e para a criança (WEIGERT et al., 2005). O mais importante na escolha de uma posição para amamentar é que ela seja a mais confortável para a mãe, e que esta mantenha uma técnica adequada – que ao se sentar, tenha apoio para as costas e os membros inferiores –, bem como dê condições de boa pega e sucção para o recém-nascido (BUENO; TERUYA, 2004).

A insegurança e a falta de orientação, muitas vezes, levam a mulher a adotar uma postura que não é a mais indicada para manter o alinhamento adequado do seu corpo, podendo aumentar ainda mais os agravos e desconfortos.

Como já mencionado, Cernades et al. (2003) e Giugliani (2004) observam que muitas vezes os desconfortos, como a dor e as lesões mamilares, ocasionados pela pega incorreta do bebê podem ser fatores determinantes para o desmame precoce. O posicionamento correto na amamentação é um dos requisitos fundamentais para a prevenção de fissuras mamilares e, conseqüentemente, de dores e desconfortos maternos durante a prática da amamentação. No entanto, pouca atenção tem sido dada à postura materna, havendo uma maior preocupação com a pega e a posição da criança para facilitar a sucção. A citação a seguir descreve como o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007a, p. 4) orienta o posicionamento para a mamada, centrando na posição da criança:

É preciso que, no momento da amamentação, a criança esteja bem apoiada e com o corpo virado para o da mãe, com a barriga encostada nela. A cabeça deve estar alinhada com a coluna, de modo que a mãe não deixe o pescoço ficar virado para um dos lados. Se isso não for garantido, o bebê pode retirar pouco leite do peito sem que signifique baixa produção [...] Não é preciso nenhum preparo especial para dar de mamar.

A manutenção de uma postura ideal, ou padrão, seja ela feita por meio de

exercícios para que se desenvolva esta condição ou através de mobiliários que possibilitem uma adequação da postura em determinadas atividades, pode representar uma condição de bem-estar físico e emocional, prevenindo muitas vezes as dores e os desconfortos (MORARI-CASSOL, 2007).

É sabido que as nutrizes, mediante a premência de atender as demandas do lactente, nem sempre conseguem conciliar o adequado posicionamento do seu corpo e a manutenção da postura estática de sustentação da criança em seus braços pelo tempo que dura a mamada.

Pesquisas relacionadas à criação de novas tecnologias e/ou equipamentos para beneficiar a adoção de posturas adequadas para diminuição dos desconfortos durante a gestação, o puerpério e a hora do aleitamento materno devem ser realizadas (CONTI et al., 2003). Duncan, Schmidt e Giugliani (1996) ressaltam que o sucesso da amamentação necessita de uma boa técnica e que a postura assumida pela mãe deve ser a mais confortável para ela e a criança, proporcionando maior bem-estar.

Considerando a importância social da amamentação, no que diz respeito à promoção da saúde infantil e suas repercussões na vida futura do indivíduo e da sociedade, é importante considerar as queixas das mulheres com relação ao desconforto que sentem na prática da amamentação, porque muitas delas são motivos de desestímulo e insatisfação em amamentar, levando ao risco potencial de desmame precoce (SILVA, 1997; ARAGAKI, 2008; SHIMODA; SILVA, 2010).

As experiências vividas pela mulher no decorrer da amamentação representam um conjunto complexo de ações resultantes de um processo cognitivo e emocional. Essas experiências são desenvolvidas pela percepção da mulher sobre os sentimentos positivos, ou não, da prática da amamentação, que abrangem as dimensões mais amplas da vivência da mulher como nutriz e mãe, incorporando suas

percepções subjetivas e as objetivas e concretas, onde especialmente a dor, cansaço e outros elementos são importantes em suas decisões de amamentar (SILVA, 1997).

Assim, é importante reiterar que na vivência da prática de amamentar a mulher experimenta inúmeros conflitos de ordem emocional, combinadas com a necessidade de superação do desgaste físico, adaptação corporal e de sua dinâmica social, pessoal, familiar e profissional (SHIMODA; SILVA, 2010; NAKANO, 2003; ABUCHAIM; SILVA, 2006).

Dentre as inúmeras atividades desempenhadas, a dedicação à criança tem destaque, exigindo da mulher, no cuidado direto ao filho, em especial na fase inicial de amamentação, uma entrega intensa.

No entanto, ainda é pouco esclarecida a maneira como as mulheres percebem – e se percebem facilmente – os elementos que podem provocar desconfortos físicos ou de outra natureza, para si, no dia a dia da amamentação. Também, ainda é preciso aprofundar estudos sobre as medidas que as nutrizes podem adotar para encontrar alívio ou prevenir estas sensações, quando vivenciam algum tipo de desconforto.

Para Nakano (2003), a mulher tem que conviver com as tentativas de entender como seu corpo reage aos sentimentos e as sensações, por ela experimentadas, nas diferentes fases da sua existência, sendo uma dessas fases a prática do aleitamento materno, quando precisa reconhecer os fatores que causam desconfortos ou insatisfações de toda ordem e que possam ser prevenidos com medidas alternativas e promotoras de conforto.

A assistência à mulher que pratica a amamentação deve incluir ações que envolvam as orientações específicas sobre uma vivência confortável em várias dimensões de conforto, buscando, ainda, desmistificar as tantas ocorrências em suas dimensões físicas ou emocionais e sociais, que são comumente consideradas

normais e inerentes ao processo de amamentar e, por isso, muitas vezes não corrigidas ou prevenidas.

A identificação de elementos passíveis de causarem desconfortos à nutriz conduz à proposição de soluções para minimizá-los, a partir de propostas de intervenção que promovam o bem-estar dessas mulheres, impactando de forma positiva no exercício do aleitamento materno.

Assim, o cuidado de enfermagem que produza elementos de conforto à nutriz e ao seu bebê, não só na dimensão de seus corpos, torna-se essencial como medida de promoção do aleitamento materno.

Diante disso, evidencia-se a necessidade de estudos que tragam conhecimento acerca da percepção da nutriz sobre suas necessidades de conforto e os desconfortos identificados nas várias dimensões, para que possam experimentar de forma mais prazerosa a prática do aleitamento materno.

2 OBJETIVOS DO ESTUDO

1. Compreender a percepção da nutriz acerca dos (des)confortos identificados e expressos por ela, na prática da amamentação.
2. Verificar a possível relação entre os (des)confortos percebidos pela nutriz com a sua prática da amamentação.

3 BASES TEÓRICAS E METODOLÓGICAS

3.1 CONSTRUINDO O REFERENCIAL TEÓRICO SOBRE CONFORTO: A OPÇÃO PELA TEORIA DO CONFORTO DE KOLCABA

A maternidade é entendida classicamente como um elemento para a mulher construir mais uma dimensão da identidade feminina. Em um estudo realizado por Pain (1998), que procurou ressaltar a importância da construção social da identidade feminina, a autora coloca que a mulher, nesse processo, pode ser marcada por cicatrizes em seu corpo, e estas registram o *status* de mulher adulta. Porém, essas marcas, muitas vezes, são marcas simbólicas em um âmbito subjetivo de experiências tão somente, mas são acompanhadas de dores e desconfortos físicos ou emocionais perceptíveis. A sociedade, porém, contribui no sentido de fazer crer que essas marcas são naturais ao processo vivenciado.

Dessa forma, a resignação ao sofrimento, inerente à condição materna, muitas vezes imprime um sofrimento desnecessário e inútil à mulher. É comum ouvir, como sendo senso comum, que as mulheres devem esperar intercorrências inerentes e naturais do processo de amamentação e da maternagem, traduzidas pela dor provocada por lesões de mamilos, pelo ingurgitamento mamário ou mesmo pela apojadura, como peso nas mamas e dificuldades em drenagem do leite materno. Outras questões objetivas, como dores lombares, de membros superiores ou na região cervical, provocadas pela inadequação de postura e longo período de embalo da criança, são retratadas e minimizadas pela importância de se estimular a mulher a amamentar seu filho. Tais situações podem, muitas vezes, serem tratadas ou

presumidamente prevenidas por meio de orientações sobre manejo e técnica de amamentação mais adequados.

No entanto, apesar de ações voltadas para dirimir fragilidades como essas, às quais o processo de aleitamento materno pode estar sujeito, as demandas maternas de ordem física ou corporal são bem conhecidas, sem, contudo, serem compreendidas e solucionadas plenamente. Problemas estes, presumivelmente, ocorridos no transcurso do processo de amamentar, observados e identificados por profissionais em sua experiência assistencial.

Aqui cabe a reflexão a que esta pesquisa se propõe, na perspectiva de buscar outras dificuldades enfrentadas por mulheres em sua prática de amamentar, que não apenas as físicas, mas em seu conjunto: tentar entender se as mulheres conseguem atentar para si, seu corpo e seus sentimentos, em consonância, de forma a identificar suas demandas e necessidades para estabelecer um nível de conforto desejável na amamentação, que assegure a ela condições, de forma mais holística, para desempenhar esta prática.

Assim, na busca dessa compreensão, os primeiros contatos com os conceitos que buscam definir o conforto nos remeteram ao entendimento da importância da sensibilidade com o próprio corpo, uma vez que, segundo Schilder (1994), a presença do desconforto e do sofrimento, devido às alterações orgânicas e às disfunções que acontecem no corpo, somente poderá ser percebida quando forem relacionadas à Imagem Corporal (IC). Para o autor, a IC é uma organização cerebral interligada ao processo de desenvolvimento pelos fatores sensoriais captados pelas terminações nervosas periféricas e profundas das experiências corporais. Corroborando com o autor, Tavares (2003) menciona que a IC é uma representação mental do corpo que abrange todas as experiências vivenciadas, é a maneira que

nosso corpo aparece para nós mesmos. A IC é um conjunto multifacetado e complexo que envolve a percepção de diferentes elementos como os comportamentos e as experiências, sendo, também, possível se apropriar dessa ideia e articulá-la com o fato de que a *“apreensão do sentido ou dos sentidos, se faz pelo corpo, tratando-se de uma expressão criadora, a partir de diferentes olhares sobre o mundo”*, segundo afirma Nóbrega (2008, p. 142, grifo do autor). Isto obriga e, ao mesmo tempo, possibilita ampliar a questão vivida pela mulher na experiência de amamentar para uma situação que não se limita às questões de ordem corporal física, mas à experiência de ser mulher, inserida em uma sociedade que valoriza determinados modelos da maternidade em uma dada perspectiva, a qual contribui para a mulher construir sua visão de mundo de seu papel como nutriz e mãe. Essa condição representa ter uma percepção de suas necessidades por conforto, à medida que admite ser possível desconsiderar o natural e avaliar sua demanda própria e legítima por sentir-se bem, buscar seu bem-estar e não só o atendimento das necessidades do filho.

Assim, aos poucos, a busca pela compreensão dos conceitos sobre conforto, para dar sustentação à assistência à nutriz, foi ampliada para possibilitar a construção de um referencial para esta pesquisa, que tivesse uma visão cada vez mais holística, na qual o conforto físico ou corporal é uma parte da imensa tela que retrata a felicidade e, no mínimo, as condições do bem viver.

Segundo Joan Hamilton (1989), embora o conforto seja uma palavra muito usada para descrever ações, resultados e metas a ser alcançados com os cuidados de enfermagem, a autora defende a necessidade de se ater ao significado de conforto a partir da perspectiva do indivíduo que recebe o cuidado. Nesse caso, além de buscar significados sobre a prática e o exercício da amamentação, busca-se também

a perspectiva materna do conforto no cotidiano da amamentação, para que se possa ter uma estrutura conceitual sobre o conforto para a assistência à nutriz.

Os pressupostos de Neves (2002) sobre o conceito de conforto não se prendem somente à satisfação das necessidades fisiológicas; envolvem elementos que remetem ao bem-estar físico, emocional, espiritual e socioeconômico.

Ao longo de décadas, estudiosos vêm buscando melhor definir e conceituar conforto a partir de várias estruturas, dimensões e perspectivas. Vários autores construíram suas próprias teorias e pressupostos teóricos sobre o tema, aplicáveis na assistência de enfermagem, havendo alguma similaridade ou eixos em comum quanto ao tratamento do assunto.

No conjunto desses estudos observa-se a importância que têm os estímulos ambientais ou vivenciais, para a percepção do conforto, na necessária inter-relação do físico e do mental ou psicossocial.

Para Morse (1992), o mundo é explorado e experimentado pelo corpo. Quando estamos envolvidos com atividades cotidianas não somos plenos em percepção do nosso corpo, ficando o corpo físico em segundo plano, usualmente ignorado e despercebido, sendo marcado pelos limites remotos do esforço. Entretanto, quando o corpo torna-se injuriado, tem consciência, mas nem sempre se expressa. Assim, a percepção de si, em todas as dimensões é um elemento significativo para compreender as expressões do corpo (NÓBREGA, 2008).

Em uma investigação fenomenológica sobre o significado do conforto como uma experiência diária, com 36 pacientes, Morse, Bottorff e Hutchinson (1995) relatam que os pacientes, após contarem suas experiências, focaram no estado de desconforto com o seu corpo físico. Por meio das falas, a autora identificou oito descrições de corpos:

- 1) corpo doente – perde o comando do corpo;
- 2) corpo desobediente – o corpo busca seu próprio controle, não respondendo de maneira habitual aos comandos;
- 3) corpo enganador – distorce os sinais e sintomas, disfarçando o verdadeiro diagnóstico;
- 4) corpo vulnerável – é cheio de medos de futuras experiências;
- 5) corpo violado – quando é invadido pelas equipes e por procedimentos, causando constrangimento e raiva;
- 6) corpo resistente – o que aguenta firme porque as coisas são assim;
- 7) corpo que trai – a mente não se conecta com o novo corpo, e os comandos são os mesmos que antes, mas as reações não;
- 8) corpo resignado – o corpo aceita suas limitações e reconfigura a vida.

Assim, as situações de estímulo vivenciadas pelo indivíduo, que partem do ambiente total no qual ele vive, podem produzir conforto ou desconforto dependendo de como são vistas. Essas situações são atendidas de diferentes formas, podendo ser marcadas por desconfortos de ordem psicológica, que, por consequência, levam ao desconforto físico. Neste processo, estão envolvidos três tipos de forças:

- 1) forças obstrutivas, as quais surgem de situações negativas, tudo que for estressor, ruim, ameaçador;
- 2) forças facilitadoras, representadas pelas intervenções através do cuidado, que repelem as obstrutivas;
- 3) forças interativas que são compostas por experiências passadas, acumuladas, redes de apoio, idade, entre outros.

Assim, o profissional, para prestar cuidado visando ao conforto, deve reconhecer e interpretar essas forças, bem como estabelecer ações para intervir no

estado de desconforto do indivíduo (KOLCABA, 1994).

O conforto, paradoxalmente, aparece como um estado de materialização além da consciência, reconhecível apenas quando o paciente deixa o estado de desconforto. Assim, o conforto é uma experiência que envolve o aprimoramento da força e da saúde. É difícil de descrever a experiência de conforto, porque ela é pré-reflexiva, uma maneira de ser além da nossa consciência física ou mental (MORSE, 1992).

O conforto não tem significado sem o desconforto, como o confortável não o tem sem o desconfortável, sugerindo a constante presença da imagem e seu reflexo. O foco no desconforto para proporcionar o conforto é uma medida utilizada no cuidado de enfermagem, pois, segundo Morse (1992), é mais fácil medir as experiências de desconforto do que as de conforto. Se o desconforto for o foco do cuidado, tem-se, primeiro, que procurar identificar os problemas desencadeadores para, na sequência, propor solução e ajuda ao indivíduo (MORSE, 1992). A autora defende que um modelo mais equilibrado do cuidado aconteceria se o cuidado pudesse ser incorporado dentro do conceito de conforto, assim o resultado final do cuidado seria denominado conforto.

Morse (1983; 1992; 1998) e Morse, Bottorff e Hutchinson (1995) ressaltam que o conforto pode ser considerado como um estado relativo, que é distinto e específico para cada indivíduo; a estratégia para obtenção do conforto deve ser reavaliada antes de se aplicar uma nova, e esse ciclo deve ser feito até que o conforto seja obtido; o conforto é essencial para o cuidado, e pode ser desenvolvido através da utilização de métodos como os padrões do toque (tapinhas, batidinhas, balanço, abraço) e pelo conforto vocal (tons de voz diferenciados para cada situação), desde que atenda as necessidades expressas pelo paciente.

O conforto pode ser prestado mesmo não havendo sinais, indicações ou

solicitação. A indicação é a manifestação das necessidades do indivíduo (MORSE, 1998) em que a estratégia a ser utilizada vai depender da intensidade do ato, da causa ou severidade do problema e da relação de intimidade com a pessoa que receberá o conforto (MORSE, 1983). Para a autora, a relação de entrega para receber o conforto está diretamente ligada à segurança estabelecida. O paciente deve se sentir apoiado, esperançoso, receber um cuidado adequado e, acima de tudo, sentir-se seguro para que o conforto seja de fato aceito.

Morse (1983; 1992; 1998) e Morse, Bottorff e Hutchinson (1995), em seus estudos, mencionam que o nível do conforto é dinâmico e pode variar conforme o processo, pois depende da série de elementos que, relacionados entre si, com o paciente e com a enfermagem, possam acontecer. Nesse sentido, o conforto pode ir do estado pleno de satisfação à agonia extrema. O conforto pode ser determinado em dois estados: um temporário, que acalma e ajuda o paciente a suportar o sofrimento, e outro mais longo, que reflete a obtenção de saúde (MORSE, 1998).

Mussi (2005), em seu estudo sobre conforto/desconforto e sua lógica, destaca que os conceitos de conforto e desconforto podem ser trabalhados como estado subjetivo, porém centrados no foco da interação dos envolvidos, e somente podem ser entendidos através da experiência retratada pelo indivíduo. Outrossim, implica resgatar, romper e extrapolar as concepções do cuidado, buscando implementar outras lógicas na assistência, que tragam à tona não só o conforto físico, mas também o emocional e o social, na possibilidade de atenuar os desconfortos.

O conforto e o desconforto podem ser sentidos e percebidos durante todas as fases da vida do ser humano. Conforto é um resultado positivo que tem sido associado empiricamente ao envolvimento bem-sucedido de comportamentos na busca de saúde e, com isso, o resultado é a maior satisfação do indivíduo

(KOLCABA; SCHIRM; STEINER, 2006).

Considerando o propósito desta pesquisa, destaca-se a Teoria do Cuidado de Katharine Kolcaba, desenvolvida pela autora desde seus primeiros documentos publicados na década de 1980.

Nascida nos Estados Unidos, Katharine Kolcaba, graduou-se em enfermagem em 1965, pela St. Luke's Hospital School of Nursing, em Cleveland, Ohio. Conquistou Ph.D em Enfermagem pela Frances Paine Bolton School of Nursing, na Case Western Reserve University, em 1997. Membro do Conselho de Elderlife, uma comunidade e rede de apoio para idosos, do American Nurses Association (KOLCABA, 2010).

Em 1986, Katharine Kolcaba e Raymond Kolcaba, interessados em semântica das palavras na construção de conhecimento, desenvolveram uma investigação sobre definições de conforto, a princípio por meio do estudo de dicionários, que, segundo os autores mencionados, eram definições obsoletas, mas também que poderiam ser aplicáveis no cuidado à saúde.

Também, Katharine Kolcaba analisou três teorias de enfermagem que discutem as definições de conforto. Os conceitos delas extraídos foram adaptados e desenvolvidos na perspectiva da autora. Considerando os princípios teóricos da teoria de Orlando¹ (1961), Katharine destacou que os cuidados prestados pelas enfermeiras aliviam as necessidades anunciadas pelos doentes. Assim, conforto pode ser definido como alívio. O conceito de conforto denominado como bem-estar, foi desenvolvido com base nos pressupostos da teoria de Henderson² (1966) e, a partir da análise da teoria de Paterson e Zderad³ (1988), Kolcaba desenvolveu o

---

¹ORLANDO, I. J. **The dynamic nurse-patient relationship**: function, process, and principles. New York: G. P. Putnam's Sons, 1961.

²HENDERSON, V. **The nature of nursing**. New York: Macmillan; 1966.

³PATERSON, J. G., ZDERAD, L. T. **Humanistic nursing**. New York: National League for Nursing, 1988.

conceito de conforto transcendência. Em 1991 a autora publicou o arcabouço de sua teoria, apresentando assim, como uma das estruturas fundamentais, os três **tipos** ou **estados** de conforto:

- **alívio** – é representado pelo atendimento às necessidades específicas e manutenção das necessidades fisiológicas; um estado de satisfação imediata. Kolcaba et al. (2003, p. 14) definem conforto como “experiência imediata de ser fortalecido”, na qual o indivíduo busca suporte para ajudá-lo na obtenção do conforto até suas necessidades serem atendidas e poder se envolver no cuidado a sua saúde.
- **bem-estar** – caracteriza-se pelo estado de calma e contentamento, no qual a partir do seu bem-estar o indivíduo busca manter seu estado de conforto. Para Kolcaba et al. (2003), o conforto é visto de forma subjetiva por quem está recebendo ajuda, se sentindo bem física e emocionalmente e encorajado.
- **transcendência** – é o estado em que há superação de problemas ou dores e desconforto. A transcendência é um conceito importante no cuidado à saúde. Transmitir carinho, dar atenção e demonstrar compromisso com o paciente e a família são veículos da transcendência, representando um componente essencial para a teoria do conforto (KOLCABA, 1991).

O conjunto dos três tipos de conforto, publicado em 1991, forma uma definição parcial sobre o assunto, porém ainda não constituíam a definição holística sobre conforto como se propunha pesquisar. Na tentativa de responder as qualidades que o conforto abrange, Kolcaba retomou a busca na literatura para construir uma base que servisse de suporte ao conceito de *conforto holístico*.

Novos construtos foram adicionados à teoria, Teoria do Conforto, os quais

foram descritos como **contextos** ou **dimensões** do conforto. Os quatro contextos desenvolvidos por Kolcaba (1991) emergiram das necessidades de saúde apontadas nos resultados da pesquisa de Joan Hamilton (1989), que buscou compreender a definição de conforto na perspectiva dos indivíduos que recebem a atenção voltada para o conforto.

O **conforto físico** foi o primeiro dos contextos a ser explorado por Kolcaba (1991; 1992) e é definido como sendo o atendimento das dimensões fisiológicas e homeostáticas do indivíduo, que consiste em todos os elementos utilizados para manter seu corpo trazendo benefícios agradáveis e suficientes para manter o conforto.

O segundo contexto é o **conforto psicoespiritual** ou **emocional**, que é definido por Kolcaba (1991; 1992) como uma consciência interna, incluindo estima, identidade, sexualidade. É respeito pelos valores pessoais; apoio; adequação das atividades; oportunidades de mudanças; liberdade para tomar decisões; empoderamento; apoio à aprendizagem; crescimento; responsabilidade, respeito e reconhecimento, habilidades e talentos utilizados de forma otimizada; modelos de mudanças positivas.

O conforto no contexto **social** e mais tarde também ampliado para **sociocultural** é definido pelo fator interpessoal, relativo à família, à sociedade e a relacionamentos diversos, podendo envolver o ensino, as finanças, as tradições familiares, os rituais e práticas religiosas. É o ambiente de apoio social; oportunidades para fazer parte de grandes decisões; bem como as considerações de comunicação, diversidade cultural e étnica dos pacientes (KOLCABA, 1991; 1992).

Ainda, o quarto contexto, o **conforto ambiental**, é definido como sendo o ambiente do entorno ou externo da experiência humana que envolve a temperatura, a luz, o som, o odor, a cor, o mobiliário entre outros. Pode ser definido como

ambiente limpo, seguro, atraente e conveniente; ruído controlado; layout físico agradável e eficiente; espaço suficiente para executar a prática de forma eficiente (KOLCABA, 1991; 1992).

A estrutura de conforto é complexa, pois envolve uma experiência multidimensional e pessoal com diferentes graus de intensidade (KOLCABA, 1992). A Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba propõe que quanto maior o envolvimento dos indivíduos e seus familiares na busca por contextos ou as diferentes dimensões de conforto maior será o alcance dos estados do conforto.

Para Kolcaba et al. (2003), o conforto implica na busca de estratégias de intervenções para proporcionar o conforto ao indivíduo e o grau de envolvimento dos sujeitos está diretamente ligado à mudança de comportamentos de saúde e aumento da satisfação própria (KOLCABA, 1992; 1996; KOLCABA et al., 2003; KOLCABA; SCHIRM; STEINER, 2006). Assim, essas estratégias ou ações, devem ser implementadas a partir do reconhecimento das necessidades de conforto que o sujeito apresenta, o que significa identificar as necessidades de conforto das pessoas e elaborar intervenções de cuidados para estas necessidades. A autora acrescenta que a intervenção deve ser eficaz, para que o resultado do conforto seja imediato, e comprometer o sujeito no exercício de um comportamento saudável e realista. Ainda segundo a autora, a superação das dificuldades pode acontecer quando as pessoas vivenciam os contextos e os estados de conforto. Para tanto, ao categorizar os contextos e os tipos de conforto, Kolcaba et al. (2003) afirmam que o conforto é uma necessidade vital a todos os indivíduos que almejam encontrá-lo.

Além dos estados e contextos de conforto, que são os alicerces da Teoria de Kolcaba (2010), ela ainda estabeleceu alguns pressupostos e entre os principais conceitos, dois são relevantes: 1) **necessidade de saúde** – a avaliação das

necessidades identificadas pelo indivíduo e ou pela família em cada ação desenvolvida e 2) **variáveis intervenientes** – são as intervenções que possibilitam um conforto imediato (KOLCABA, 2010).

A inter-relação entre os tipos e os contextos de conforto resulta na estrutura taxonômica da Teoria do Conforto. A disposição dos contextos e dos tipos de conforto compõe a estrutura taxonômica bidimensional proposta pela teórica para representar o conforto holístico. A primeira dimensão aborda a intensidade de necessidades a serem ou não contempladas pelos três tipos de conforto – alívio, bem-estar e transcendência. A segunda dimensão é relativa aos graus das necessidades de conforto internas ou externas, representados pelos contextos ou dimensões físico, emocional, ambiental e social. A partir da identificação das necessidades, o conforto é alcançado gerando uma experiência imediata. Assim, a estrutura da Teoria do Conforto de Kolcaba é a inter-relação entre a intensidade e os graus de necessidade de conforto dos indivíduos, sendo necessário considerar que as quatro dimensões, ou contextos de conforto, podem ser atingidos segundo a intensidade de alívio, bem-estar e transcendência conforme o contexto em que o desconforto se instalou (KOLCABA, 1991).

De acordo com a Teoria do Conforto (KOLCABA, 2010), conforto holístico é um resultado desejável, alcançado quando vinculado com as intervenções de cuidados e com envolvimento do indivíduo na busca do conforto.

Nessa linha de pensamento, é possível inferir que os (des)confortos aos quais as nutrizes estão expostas são mais abrangentes e multidimensionais do que aqueles mais frequentemente considerados e que, pelos princípios da teoria adotada, todos os elementos do entorno do processo de amamentação, conforto físico, ambiental, emocional e social devem ser conhecidos e supervisionados pelos

profissionais em suas ações e programas de incentivo e promoção de amamentação.

Assim, adotando a Teoria do Conforto, de Katharine Kolcaba (1991), como referencial teórico para este estudo, avalia-se que seus pressupostos são aplicáveis na prática do aleitamento materno, sendo, portanto, uma abordagem que possibilita compreender como a nutriz percebe seus (des)confortos, bem como os estados e contextos de conforto experimentados na prática de amamentar e conhecer como a nutriz enfrenta seu cotidiano, a partir da percepção dos (des)confortos vividos, possibilita aos profissionais de saúde melhorar a assistência à mulher, estimulando-a para a busca de elementos que promovam o conforto dela e do bebê na prática da amamentação.

3.2 O DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

A pesquisa, em sua dimensão científica, “ultrapassa o senso comum, que por si é uma reconstrução da realidade”, permitindo que a “realidade social seja reconstruída enquanto um objeto do conhecimento que une o teórico e o empírico.” (MINAYO, 2002, p. 35).

Assim, só há produção de conhecimento científico a partir da interligação entre a realidade empírica e a teoria. Para que essa interligação tenha valor científico, o método empregado deve ser adequado aos objetivos propostos pelo estudo, tornando plausível a abordagem da realidade vivida (MINAYO, 2008).

Considerando que este estudo se propõe a compreender a percepção da nutriz acerca dos (des)confortos identificados e expressos por ela, na prática da

amamentação e verificar a possível relação entre os (des)confortos percebidos pela nutriz nessa prática, optamos pela abordagem da pesquisa qualitativa.

Na pesquisa qualitativa tem-se a possibilidade de compreender a representatividade do ser humano na complexidade da sua realidade social e suas variáveis históricas e culturais (MINAYO, 2008), ampliando a possibilidade da compreensão mais recortada do objeto do estudo.

Para Minayo (2002), a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares do universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores, atitudes, que correspondem a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, informações que não podem ser reduzidas à operacionalização de variáveis.

Dessa forma, ao buscar compreender de forma mais ampla as necessidades de conforto das nutrizes na sua perspectiva, a partir das expressões de suas falas ou depoimentos sobre sua experiência, optamos por adotar uma estratégia metodológica de organização dos dados que possibilitasse a aplicação dos pressupostos da Teoria do Conforto de Kolcaba.

Para o tratamento das informações emergidas deste estudo, optamos pela técnica de construção do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), por ser uma estratégia metodológica de organização de dados qualitativos de natureza verbal, obtidos em depoimentos, que permite padronizar, agregar e analisar os dados coletados.

A técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) foi desenvolvida pelos professores Fernando Lefèvre e Ana Maria Cavalcanti Lefèvre, da Universidade de São Paulo, e também fundadores do Instituto de Pesquisa do Discurso do Sujeito Coletivo.

O Discurso do Sujeito Coletivo, segundo Lèfevre, Crestana e Cornetta (2003, p.

70):

é uma modalidade de apresentação de resultados de pesquisas qualitativas, que tem depoimentos como matéria prima, sob a forma de um ou vários discursos-síntese escritos na primeira pessoa do singular, expediente que visa expressar o pensamento de uma coletividade, como se esta coletividade fosse o emissor de um discurso.

Para a composição dos discursos do sujeito coletivo, desenvolve-se um processo no qual são identificadas as figuras metodológicas do DSC, quais sejam, a ancoragem, ideia central e expressões-chave. As expressões-chave são “constituídas por transcrições literais” (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005, p. 30) de partes dos depoimentos, consideradas as mais expressivas das respostas individuais. As sínteses do conteúdo das expressões-chave configurarão as ideias centrais, que são as afirmações que representa a essencial do conteúdo discursivo dos sujeitos em seus depoimentos. Com o material das expressões-chave e da ideia central poderá ser construído o discurso-síntese, que representa o pensamento dos sujeitos do estudo, a ser descrito na primeira pessoa do singular:

A proposta do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) como forma de conhecimento ou redução da variabilidade discursiva empírica implica um radical rompimento com essa lógica quantitativo-classificatória na medida em que se busca *resgatar o discurso como signo de conhecimento dos próprios discursos* [...] os discursos dos depoimentos não se anulam ou se reduzem a uma categoria comum unificadora já que o que se busca fazer é *reconstruir, com pedaços de discursos individuais, como em um quebra-cabeça, tantos discursos-síntese quantos se julgem necessários para expressar uma dada “figura”, ou seja um dado pensar ou representação social sobre um fenômeno.* (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005, p. 19).

Frente ao exposto, o DSC “é, a em suma, uma forma ou um expediente destinado a fazer a coletividade *falar* diretamente” (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005, p. 16).

Considerando o objeto deste estudo, entende-se que o Discurso do Sujeito Coletivo é a técnica que melhor elucidará os depoimentos para compreender a percepção da nutriz acerca dos (des)confortos identificados e expressos por ela, na

prática da amamentação e verificar a possível relação entre os (des)confortos percebidos pela nutriz nessa prática. Como já mencionado, a base teórica para análise e discussão dos DSC será a Teoria do Conforto de Kolcaba.

3.3 TRAJETÓRIA E DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

3.3.1 Cenário da pesquisa

O estudo foi realizado no município de Chapecó, Santa Catarina, localizado no oeste do Estado, a 630 Km da capital, Florianópolis. A população, em 2010, era de 183.530 habitantes (IBGE, 2010). O município foi colonizado basicamente por italianos, alemães e poloneses, na sua maioria oriunda do estado do Rio Grande do Sul. O grande destaque econômico do município é o complexo agroindustrial, que sedia as principais empresas de suínos, aves e derivados do Brasil.

Chapecó tem prestígio internacional pela exportação de produtos alimentícios industrializados de natureza animal. É considerado o principal polo econômico da região, exercendo influência sobre aproximadamente outros 100 municípios. A cidade está situada entre várias rodovias federais e estaduais, possibilitando fácil acesso aos países do Mercado Comum do Sul (Mercosul). A Argentina, por exemplo, está a 160 Km. Também ocupa uma posição central em relação ao Mercosul, considerando o círculo formado por capitais como São Paulo, Buenos Aires, Assunção, Montevideu, Porto Alegre, Curitiba e Florianópolis. Localiza-se, portanto, em um ponto estratégico para negócios entre as fronteiras no sul do Brasil.

O município possui três hospitais: um do setor privado e dois públicos regionais. Destes, um oferece atendimento de alta complexidade.

Atualmente, a população é atendida, na rede pública, por meio de 30 Centros de Saúde, onde estão implantadas 27 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), cuja cobertura atinge 59% da população.

Na Secretaria de Saúde do município encontra-se o Setor da Vigilância em Saúde que inclui Vigilância Sanitária, Epidemiológica, Ambiental e Centro Regional da Saúde do Trabalhador. Na Vigilância Epidemiológica, entre outros documentos, são arquivadas todas as Declarações de Nascidos Vivos (DN) do município (CHAPECÓ, 2010).

A escolha do cenário de desenvolvimento deste estudo se deu pelo fato de a pesquisadora estar inserida no contexto da prestação de cuidado às mulheres em situação de aleitamento materno, tanto na assistência como na docência em instituições de ensino superior do referido município.

3.3.2 Participantes da pesquisa

Foram convidadas a participar do estudo puérperas que atenderam aos seguintes critérios: primíparas entre 30 e 90 dias pós-parto, com gestação a termo, com feto único, idade igual ou superior a 18 anos, que estivesse em prática de qualquer tipo de aleitamento materno no momento da coleta ou que tivesse amamentado por pelo menos 30 dias.

Foram contatadas 60 mulheres identificadas por meio das DNs que atendiam aos critérios descritos anteriormente e selecionadas ao longo de onze meses, entre

julho de 2012 e junho 2013. Das 60 mulheres contatadas nesse período, 24 foram entrevistadas.

A inclusão destas mulheres foi feita à medida que ocorriam as entrevistas e, pela análise dos dados, era constatada a necessidade de se coletar novas informações. No momento em que se percebeu a saturação e consolidação dos DSC, foi considerado o encerramento da coleta de dados, o que ocorreu com a 24ª mulher participante.

De acordo com Turato et al. (2003), a saturação é uma ferramenta comumente utilizada para definir o número de participantes nas pesquisas qualitativas nas diversas áreas da saúde. Por meio dela definiu-se o momento de inserir novos participantes neste estudo ou de interromper a coleta dos dados. Os autores ressaltam que “a interrupção da coleta de dados decorre de um juízo consciente do pesquisador.” (TURATO et al., 2003, p. 25).

Denzin e Lincoln (2006) destacam que quando o pesquisador, por meio de sua avaliação, identifica uma repetição ou redundância das respostas dos participantes, pode usar este critério para suspender a inclusão de novos participantes na pesquisa.

Contudo, Minayo (2008) questiona o que seria a reincidência das informações que justificaria a cessação da coleta de dados. Diante disso, o ponto de interrupção da coleta de dados foi determinado pelo fato de a pesquisadora ter considerado os objetivos do estudo atingidos. Isso não quer dizer que na ótica de outro pesquisador, ou do mesmo, num outro momento, não se faça necessária a busca de mais informações sobre o mesmo universo de estudo.

Sobre esse aspecto, Morse et al. (2002) reforça que não há um instrumento matemático, exato e lógico capaz de definir o ponto de saturação para o término da

coleta de dados. O que deve ser considerado é a experiência do pesquisador, a qual irá direcionar e indicar a contemplação dos objetivos do estudo.

Considerando os apontamentos de Morse et al. (2002), Denzin e Lincoln (2006), Turato et al. (2003) e Minayo (2008), acredita-se que, nesse momento, as mulheres participantes da pesquisa, por meio de seus depoimentos, possibilitaram compreender a percepção da nutriz acerca dos (des)confortos identificados e expressos por ela, na prática da amamentação e verificar a possível relação entre os (des)confortos percebidos pela nutriz nessa prática.

3.3.3 A obtenção dos dados: procedimento, técnicas e instrumento

Após a aprovação do Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da USP, a pesquisadora apresentou uma cópia do projeto, aos responsáveis competentes na Secretaria de Saúde do Município de Chapecó, solicitando autorização para coletar os dados nos formulários das DN's no setor de Vigilância Epidemiológica. A coleta dos dados foi iniciada a partir do parecer favorável emitido pela Secretaria de Saúde, em julho de 2012 (Anexo A).

A partir desse parecer, foram agendados dia e horário para as consultas ao setor de Vigilância Epidemiológica. O agendamento permitiu que os funcionários do serviço selecionassem as fichas relativas aos períodos que se pressupunha encontrar as mulheres potenciais para a participação na pesquisa. As DN's eram revisadas individualmente pela pesquisadora a fim de selecionar as participantes, considerando os critérios de inclusão já mencionados. Os dados de identificação das mulheres, constantes nessas fichas, eram registrados em um formulário (Apêndice A) e então

procedia-se o contato com cada uma delas, por meio telefônico.

Nesse primeiro contato, a pesquisadora se apresentava e expunha os objetivos do estudo, esclarecendo os procedimentos de coleta dos dados.

Também, a seguir, era indagado sobre a situação de aleitamento materno, uma vez que esta informação não constava nas fichas pesquisadas. Caso a resposta correspondesse ao tempo de amamentação exigido para inclusão, era verificado o interesse da mulher em participar do estudo. Se a resposta fosse afirmativa, era acordado o dia e a hora em que a nutriz poderia receber a pesquisadora em sua residência para a coleta de dados.

Nos casos em que a mulher não amamentava ou não aceitasse participar do estudo, era feito o agradecimento pela pesquisadora, e o formulário preenchido era desprezado de forma segura, a fim de não ser acessado por ninguém.

Optamos pela coleta de dados no domicílio da nutriz por considerar que a presença do pesquisador nas atividades cotidianas se faz necessária para que este possa “ver as coisas de dentro.” Haguette (1990, p. 72) enfatiza que “[...] compartilhar os aspectos subjetivos das ações das pessoas pesquisadas parece-nos um requisito fundamental na compreensão da ação humana.”

Ao chegar à residência, era realizada a apresentação pessoal da pesquisadora, que reiterava os esclarecimentos sobre a pesquisa. Feita a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) e havendo a concordância da mulher a respeito das questões constantes no documento, solicitava-se a assinatura do TCLE, em duas vias, ficando uma com a participante do estudo.

A seguir, em local escolhido pela mulher, era iniciada a entrevista com uma pergunta inicial, considerada a questão norteadora: “Me fale livremente, como a senhora percebe seu corpo nos momentos da mamada”. Na sequência, à medida

que era percebida a necessidade, outras questões eram feitas para o aprofundamento da entrevista, buscando abordar as necessidades, os diferentes estados e dimensões do (des)conforto na prática da amamentação.

Na pesquisa qualitativa o pesquisador pode alterar a forma de perguntar para que o entrevistado tenha mais compreensão do que se quer abordar, buscando aprofundar e ampliar as possibilidades de compreensão do objeto. Para Minayo (2008), o método empregado vai além de instrumento definido, pois tem que ser considerada a articulação entre a teoria e a realidade em foco.

3.3.4 A organização e análise dos dados

Todas as entrevistas foram gravadas digitalmente. No mesmo dia as informações registradas no gravador foram transcritas e salvas num arquivo do programa Word.

Após a transcrição das entrevistas, os dados foram organizados segundo a proposta do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), de Lefèvre e Lefèvre (2005), já descrita.

Assim, para iniciar o trabalho com os dados que emergiram das entrevistas, primeiramente foi estabelecido o código 'E' para cada uma das nutrizes, a fim de garantir o anonimato. A primeira entrevistada era 'E1', a segunda 'E2', e assim sucessivamente.

A pesquisadora montou painéis e quadros com as informações, a fim de proporcionar melhor visualização, manuseio e organização dos dados para a análise, estruturando assim os passos da técnica do DSC. Para Gaio, Carvalho e

Simões (2008), os métodos e técnicas que o pesquisador utiliza podem ser elaborados para cada pesquisa científica a fim de responder seus objetivos e/ou resolver problemas.

O primeiro passo foi a identificação das expressões-chave (EC) dos relatos transcritos, constituídas por transcrições literais de partes dos depoimentos, considerando as frases mais significativas das falas de cada participante que expressam o pensamento delas vinculado ao objeto do estudo.

À medida que foram identificadas, as EC foram sendo agrupadas segundo a ideia central (IC) que exprimiam, formando um conjunto de informações que se complementavam. Essa organização resultou na elaboração de um discurso-síntese que, à medida que eram incorporadas novas IC, quando necessário, deram origem aos Discursos do Sujeito Coletivo (DSC).

Os discursos obtidos, por sua vez, foram organizados em conjuntos de DSC, os quais originaram temas e subtemas, considerados densos o suficiente para a compreensão do que se pretendia com o estudo.

3.3.5 Considerações éticas da pesquisa

Este estudo foi realizado mediante aprovação do Protocolo n. 39259, da autorização do Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), em 19/06/2012 (Anexo B) e da autorização da Secretaria de Saúde do Município de Chapecó. Os protocolos usados nesta pesquisa estão de acordo com a Resolução 10/196/96, Cap. VI, VI-5, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).

Para todas as mulheres participantes do estudo, foi questionado sobre o desejo de participar e solicitada autorização para utilizar as informações levantadas neste estudo.

Como já mencionado, a pesquisadora informou e explicou de maneira clara e concisa os objetivos da pesquisa e os procedimentos de coleta de dados, apresentando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para ser assinado livremente por elas, em duas vias, sendo que uma foi entregue a cada participante do estudo. Foi garantida às nutrizes participantes do estudo a proteção da identidade e a utilização dos dados somente para fins científicos, publicações em periódicos especializados e divulgação em eventos científicos, resguardando o sigilo sobre o conteúdo e a identidade. As mulheres foram informadas, também, sobre o direito de se retirarem da pesquisa caso desejassem, o que poderia ser feito sem nenhum prejuízo pessoal e/ou vinculado aos serviços de saúde da rede de apoio de sua localidade.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

4.1 AS MULHERES PARTICIPANTES DO ESTUDO

Para iniciar a apresentação dos dados é importante fazer uma breve apresentação das mulheres que participaram deste estudo.

Foram entrevistadas vinte e quatro nutrizes primigestas, com idade entre 18 e 34 anos, sendo a idade média de 26 anos. No momento das entrevistas elas estavam entre o 30º e o 45º dias de pós-parto. Em relação à cor da pele, vinte e três nutrizes se declararam brancas e uma parda. Quanto à situação conjugal, vinte nutrizes são casadas, três mantêm união estável e uma é solteira. Entre elas, referente à escolaridade, duas cursaram o ensino fundamental completo, onze concluíram o ensino médio e seis iniciaram um curso superior, mas não o completaram. Apenas cinco têm ensino superior completo.

As mulheres do estudo tiveram seus partos em instituição hospitalar, sendo uma privada e uma pública. A idade gestacional ao nascimento variou de 37 a 40 semanas. Das vinte e quatro nutrizes entrevistadas, 20 (83%) tiveram seus bebês por parto cesariana e quatro por parto vaginal. Corroborando com os achados deste estudo no que se refere ao tipo de parto, sabe-se que os hospitais da rede pública e privada, no Brasil, ainda expressam altas taxas de partos cirúrgicos. As taxas de cesarianas, como escolha do tipo de parto, vêm crescendo com muita intensidade nos últimos anos (BRASIL, 2007b). Segundo os dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (Sinasc), as taxas de cesarianas no País chegaram a 44,2% em

2005, 5,2% maior que o número registrado em 1994, que foi de 39%. Embora o número de mulheres, do ponto de vista numérico não seja expressivo, é preocupante que 83% delas tenham tido parto operatório.

Em relação ao perfil dos filhos destas mulheres, onze são do sexo masculino e treze do sexo feminino. Ao nascerem, os bebês pesaram entre 2,30 e 3,88 quilogramas. A variação de Apgar no primeiro minuto ficou entre 7 e 10 pontos. No quinto, variou entre 8 e 10 pontos.

Em relação ao tipo de aleitamento praticado pelas nutrizes no momento da entrevista, vinte e uma estavam em aleitamento materno exclusivo, duas em aleitamento materno predominante e uma em aleitamento complementado com fórmula. Esses dados apontam que o AME das mulheres deste estudo acompanha o desempenho da capital do estado de Santa Catarina, como mostra o estudo de Venancio et al. (2010) sobre a prevalência do AME em dezessete capitais brasileiras. Os resultados do estudo apontam que a maioria das capitais pesquisadas apresenta prevalência abaixo do esperado. O estudo referencia Florianópolis como a segunda capital brasileira com melhor desempenho, registrando índice de AME de 54,2%. Em primeiro lugar está Belém (56,1%), e o pior desempenho foi registrado em Cuiabá (27,1%) (VENANCIO et al., 2010).

4.2 O PROCESSO DE AMAMENTAÇÃO E A GERAÇÃO DE (DES)CONFORTOS: OS TEMAS, SUBTEMAS E OS DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO

Os resultados deste estudo mostraram que a mulher não dissocia a percepção de seu corpo no processo de amamentar, enquanto estrutura física, dos sentimentos

e percepções que ela tem sobre a amamentação de seu filho.

Embora percebam e expressem sensações físicas desconfortáveis, provocadas pelas lesões nos mamilos, dores musculares, cansaço, interrupção frequente do sono, insatisfações de diversas naturezas, elas buscam a adaptação para a nova dinâmica de vida, aprendem e desenvolvem estratégias para minimizar os desconfortos e superam obstáculos e dificuldades para o enfrentamento e a transcendência.

Essa complexa experiência que oscila entre os desconfortos, nas suas diferentes dimensões aqui consideradas, e a satisfação da maternidade, provocada pela prática da amamentação, pode ser compreendida pelos três temas, subtemas e DSC emergidos do conjunto de dados deste estudo.

TEMA 1 – A PRÁTICA DA AMAMENTAÇÃO: UMA BUSCA POR CONFORTO

Subtema 1.1 Amamentar: uma novidade, um aprendizado

DSC 1.1.1 – Amamentar é uma novidade

DSC 1.1.2 – Amamentar é viver sensações diferentes

DSC 1.1.3 – A mulher tem preocupação e medo ao amamentar

DSC 1.1.4 – A mulher aprende a amamentar

Subtema 1.2 Não existe uma rotina para amamentar

DSC 1.2.1 – Não existe uma rotina para amamentar

Subtema 1.3 A busca do conforto postural na amamentação

DSC 1.3.1 – As dores e os desconfortos decorrentes da má postura ao amamentar

DSC 1.3.2 – A mulher busca posturas que lhe tragam conforto ao amamentar

DSC 1.3.3 – Ambiente calmo e claro gera conforto na amamentação

TEMA 2 – O SOFRIMENTO NA AMAMENTAÇÃO

DSC 2.1 – A amamentação gera esgotamento e cansaço

DSC 2.2 – A dor e o desconforto causam tristeza e interferem na amamentação

DSC 2.3 – As mudanças no corpo da mulher geram desconfortos

DSC 2.4 – A superação da dor e do sofrimento frente aos benefícios do aleitamento para o bebê

TEMA 3 – A SATISFAÇÃO DA AMAMENTAÇÃO

Subtema 3.1 A interação com o filho e o acolhimento da família no processo de amamentação

DSC 3.1.1 – Amamentar gera intimidade com o bebê

DSC 3.1.2 – A família ajuda e incentiva a amamentação

Subtema 3.2 – O corpo muda e se prepara para amamentar

DSC 3.2.1 – O corpo muda e se prepara para amamentar

Subtema 3.3 Cumprindo um papel materno

DSC 3.3.1 – Amamentar é um ato de amor materno e gera regozijo para mulher

DSC 3.3.2 – A mulher se sente reconhecida por amamentar

TEMA 1 – PRÁTICA DA AMAMENTAÇÃO: UMA BUSCA POR CONFORTO

Subtema 1.1 Amamentar: uma novidade, um aprendizado

DSC 1.1.1 – Amamentar é uma novidade

DSC 1.1.2 – Amamentar é viver sensações diferentes

DSC 1.1.3 – A mulher tem preocupação e medo ao amamentar

DSC 1.1.4 – A mulher aprende a amamentar

Subtema 1.2 Não existe uma rotina para amamentar

DSC 1.2.1 – Não existe uma rotina para amamentar

Subtema 1.3 A busca do conforto postural na amamentação

DSC 1.3.1 – As dores e os desconfortos decorrentes da má postura ao amamentar

DSC 1.3.2 – A mulher busca posturas que lhe tragam conforto ao amamentar

DSC 1.3.3 – Ambiente calmo e claro gera conforto na amamentação

O ‘**TEMA 1 – A PRÁTICA DA AMAMENTAÇÃO: UMA BUSCA POR CONFORTO**’ revela que, para essas mulheres, especialmente no início, amamentar se configura numa fase de aprendizado e que ao longo do processo a nutriz vai aprendendo e se adaptando à rotina e ao seu papel materno, dando-se conta da realidade do cotidiano da amamentação, constituído por um misto de preocupações, incertezas, dores, mas também de aprendizado e experimentações para a busca de alívio e bem-estar.

Subtema 1.1 Amamentar: uma novidade, um aprendizado

DSC 1.1.1 – Amamentar é uma novidade

As mulheres do estudo vivem e expressam que a amamentação, especialmente na fase inicial, é cheia de grandes novidades e dificuldades. A inexperiência traz como consequências o medo e a ansiedade. Somente com a

vivência da prática da amamentação as primíparas se dão conta de como é, realmente, o cotidiano e o processo do aleitamento materno, que muitas vezes se configura diferente do que ela pensava e planejava enquanto nutriz, e isso as leva a um processo constante de aprendizado e adaptações.

Foi um pouco difícil, porque eu não tinha prática. É uma coisa muito nova. É uma novidade, principalmente para mim, mãe pela primeira vez. No início a gente fica meio, assim, assustada, ansiosa e com medo de quando ele mama no peito, porque é o primeiro. É diferente do que a gente planeja.

De acordo com Moreira (2008), as determinações culturais e sociais impressas na vida e no corpo da mulher podem definir como ela vai reconhecer, perceber e agir frente às situações da maternidade e da amamentação. Moreira (2008) corrobora com os achados no ‘DSC 1.1.1 Amamentar é uma novidade’, ao afirmar que há uma grande diferença do planejado e da realidade construída ao longo da prática de amamentação.

Muitas mulheres imaginam que a amamentação é uma continuidade do processo natural que acontece na gestação e no parto. A exemplo dos estudos de Valdez et al. (1996), os resultados desta pesquisa também mostram que as mulheres acreditam que não encontrarão dificuldades. Contudo, além de receberem uma avalanche de novas informações, elas têm que desenvolver novas habilidades para que possam amamentar com sucesso (VALDEZ et al., 1996).

A prática da amamentação coloca a mulher numa situação diferente da qual ela está habituada, gera dúvidas e inseguranças, tornando-a mais vulnerável aos acontecimentos do aleitamento materno e frente à sua capacidade de amamentar (BUENO; TERUYA, 2004). O estudo de Silva (1997) afirma que a mulher planeja como vai ser o processo de amamentação, mas esse planejamento nem sempre se

efetiva, pois somente a vivência da amamentação permitirá saber como será na prática. Esse pensamento também foi expresso pelas mulheres deste estudo.

Corroborando com o que as mulheres deste estudo referem sobre as novidades da prática da amamentação, Carrascoza et al. (2011) estudaram 41 mulheres e constataram que quase metade delas apontaram que os sentimentos e sensações experimentados na prática do aleitamento materno, positivos ou não, somente são vivenciados a partir desta prática.

DSC 1.1.2 – Amamentar é viver sensações diferentes

Amamentação é uma experiência que a gente tem que passar. Uma sensação bem estranha no começo. São muitas sensações diferentes que não dá para explicar. É uma avalanche grande de sentimentos. É uma carga de sentimentos novos. Não é bom nem ruim, é estranho e diferente.

As mulheres do estudo acreditam que as situações vividas durante a amamentação fazem parte da opção que fizeram ao decidir pelo aleitamento materno. Corroborando, Kolcaba (1995) afirma que cada indivíduo irá construir seus referenciais para a busca das dimensões de conforto a partir das situações vividas em seus cotidianos e essas informações possibilitarão maior envolvimento do indivíduo nos comportamentos de saúde e na satisfação de suas necessidades.

A vivência cotidiana da prática do aleitamento materno constitui uma bagagem de conhecimentos acumulados para a nutriz. Essas experiências, a depender do que elas significam para a mulher, podem, segundo Silva (1997), se constituir em elementos para a tomada de decisão da mulher de amamentar ou não.

Em seus discursos, as nutrizes expressam que a amamentação traz uma diversidade de sentimentos, os quais são ainda desconhecidos por elas. No entanto, mesmo não sabendo qualificar o que sentem, nessa primeira experiência, a reflexão

que elas fazem sobre a vivência do aleitamento materno é que ele faz parte de sua experiência materna, sendo 'normal', um processo da vida.

Para Schimoda e Silva (2010), a amamentação faz parte da vida da mulher que vivencia a maternidade. Esse reconhecimento causa uma reação na mulher no sentido de entender que o objeto de seu desejo é atender as necessidades do filho, priorizando o seu bem-estar, em detrimento do próprio (CARRASCOZA et al., 2011).

DSC 1.1.3 – A mulher tem preocupação e medo ao amamentar

Conforme já foi mencionado, a inexperiência no processo do aleitamento materno traz para as nutrizes o sentimento de medo e insegurança. Parte desses sentimentos é gerada pela incerteza de sua capacidade de manter a lactação pelo tempo necessário para a criança e pela preocupação de não saber se está conduzindo e executando a prática da amamentação de forma adequada.

No começo da amamentação a gente fica assustada, desesperada, não sabe nem como fazer, porque é mãe pela primeira vez. A gente se preocupa 24 horas por dia, será que está certo, será que estou dando de mamar certo. Eu fico muito nervosa enquanto meu bebê mama; tenho medo de não saber se estou fazendo certo e se vou ter leite até quando ele precisar.

A inexperiência da mulher na prática do aleitamento materno gera dificuldade de entendimento do processo em geral, sendo este um dos elementos que influenciam no desfecho da amamentação (SANCHES, 2000). As dúvidas que surgem a partir das situações vividas no decorrer da prática da amamentação deixam a nutriz preocupada e insegura para atender as necessidades do bebê e perceber sua capacidade de produção de leite materno (ALMEIDA, 1999; WINNICOTT, 1999). Tal pensamento também foi expresso pelas mulheres deste estudo.

As nutrizes expressam no discurso que no início da prática de aleitamento materno têm preocupações, incertezas e medos, correspondendo à descrição de corpo vulnerável, de Morse, Bottorff e Hutchinson (1995).

Como pôde ser observado no *DSC 1.1.3*, as mulheres deste estudo demonstram preocupação com a capacidade de manter a lactação enquanto o bebê precisar. Essa questão também pôde ser observada por Silva (1997), que em seu estudo, ao avaliar o cotidiano das mulheres em prática de amamentação, registrou o desejo e a insegurança, expressados por elas, em manter a capacidade lactacional pelo tempo que a criança desejasse.

DSC 1.1.4 – A mulher aprende a amamentar

Conforme já mencionando, a preocupação acerca do processo lactacional ocupa um lugar de destaque no cotidiano da mulher em prática de aleitamento materno. O seu dia a dia é um processo de aprendizado e adaptação sobre como agir durante as mamadas.

Amamentação para mim é viver em perguntas. Cada dia aprende uma coisa nova. Você vai aprendendo como segurar o bebê e como fica mais confortável para a mamada. Eu fui me adaptando e me ajeitando. Se achava ruim uma posição, eu mudava. Ainda estou aprendendo. A gente aprende. A mulher aprende, vira mãe e aprende. A gente amadurece.

O *DSC 1.1.4* desvela que a partir das dúvidas que surgem a cada nova situação vivenciada durante a prática do aleitamento, a nutriz vai apreendendo e adquirindo experiências e habilidades no manejo da amamentação. Para Nakano (2003), mesmo se deparando com muitas dúvidas sobre fatores físicos, sociais e culturais que podem influenciá-la na execução da prática do aleitamento materno, as mulheres,

habitualmente, têm condição de desempenhar a amamentação.

Pelo que expressa o *DSC 1.1.4* deste estudo, o aprendizado das mulheres sobre o aleitamento materno é proporcional ao envolvimento delas no processo da amamentação e assim, maior será o conforto por elas experimentado. Para Kolcaba (2001), quanto maior for o envolvimento do sujeito com a prática que está executando, mais rapidamente atingirá o conforto. Os indivíduos têm necessidades de conforto implícitas e explícitas que convergem para fortalecer e motivar o desempenho na reabilitação e na aprendizagem para uma nova rotina em suas vidas (KOLCABA, 1994).

Subtema 1.2 Não existe uma rotina para amamentar

DSC 1.2.1 – Não existe uma rotina para amamentar

A maternidade e o aleitamento materno provocam mudanças na vida e no cotidiano da mulher. As nutrízes deste estudo afirmam que sua rotina de vida fica suspensa para que as necessidades do bebê sejam atendidas. Para as mulheres do estudo, a prioridade é a satisfação de suas necessidades de cuidado do bebê.

Minha rotina está descontrolada ultimamente, não tenho horários. Não temos uma rotina, porque durante o dia o bebê não tem hora para mamar. Se deixar, ele passa o dia todo no peito. À noite, mama de três em três horas, mama três vezes, depende de quanto tempo o bebê fica no peito a cada mamada. Eu procuro seguir o intervalo de três horas para amamentar, mas se ele chora dentro desse período, eu amamento. Quando ele quer mamar eu dou, não tenho muita rotina ou horário.

A relação que as mulheres deste estudo estabelecem para os momentos das mamadas estão interligadas com fatores físicos como os horários da mamada e o choro

do bebê. Deodato (2005) refere que o querer amamentar e as rotinas do aleitamento materno constituirão um novo cotidiano, pois a nutriz terá que colocar o bebê para sugar no seio a fim de estimular a produção do leite toda vez que for solicitada.

As nutrizes deste estudo referem que no desenvolver da prática de aleitamento materno, o choro do bebê é entendido como uma comunicação da necessidade de lactação.

Subtema 1.3 A busca do conforto postural na amamentação

Segundo o que foi expresso pelas mulheres deste estudo, elas estão sujeitas a dores musculares e a posturas pouco favoráveis durante as mamadas, seja pela opção ou condição dos mobiliários que possuem, ou ainda, pelo próprio processo de aprendizagem, em que buscam experimentar, a cada dia, as posições que tragam conforto para elas e para o bebê, além do ambiente em termos de iluminação, ruído e acolhimento ambiental.

DSC 1.3.1 – As dores e os desconfortos decorrentes da má postura ao amamentar

A dor e o desconforto em várias partes do corpo, pela postura inadequada, mencionados no discurso das mulheres, são elementos que provocam o desequilíbrio do conforto corporal. No que diz respeito à obtenção do conforto no contexto físico, Kolcaba (1995) afirma que se as necessidades fisiológicas e homeostáticas de um indivíduo não são atendidas, os estados do conforto corporal não são alcançados.

Dependendo do local onde sento, as costas doem. Dói a panturrilha e o pescoço. Às vezes o braço [dói], de segurar o bebê e sinto tensão nos ombros também. Sentar na cama não é muito confortável para mim, pois não tem como se escorar, e eu fico torta. Deitada eu

acho que é ruim para o bebê, acho desconfortável. Quando eu estou com dor, eu não consigo ajeitar minha postura direito. Às vezes eu amamento com a coluna torta, sem me importar com a postura correta. Depois eu pago, sentindo dor.

Na fala dessas mulheres, fica claro que elas vão experimentando maneiras de se acomodar e posições variadas para amamentar. No entanto, mesmo não encontrando posição que alivie dores e tensões, ou por não se dar conta da postura inadequada, elas realizam a amamentação, colhendo consequências posteriores, como o aparecimento de dores.

Uma posição inadequada adotada pela nutriz durante a mamada pode ser comprometedora. Para diminuir os desconfortos na nutriz, quando assume qualquer posição para amamentar, a orientação deve ser para não sobrecarregar nenhuma parte do corpo (SOUZA et al., 2002). No entanto, não se percebe, neste estudo, que as mulheres tenham sido orientadas quanto à postura para amamentar e especialmente, quanto à adaptação de local e mobiliário para proporcionar-lhes maior conforto e segurança para a amamentação.

Nesse sentido, vale dizer que as mulheres expressam neste discurso, mesmo que não explicitamente, que várias partes de seu corpo denunciam a necessidade de melhor acomodação, no entanto, o atendimento à necessidade da criança supera a necessidade materna. Em seu estudo, no desenvolvimento do modelo Pesando Riscos e Benefícios, Silva (1997) coloca que as mulheres, ao estabelecerem a amamentação do filho como prioridade, superam os riscos ou prejuízos que possam advir da prática para si.

DSC 1.3.2 - A mulher busca posturas que lhe tragam conforto ao amamentar

A identificação de desconforto corporal no processo de amamentação parece

ser altamente significativa para a nutriz. A exemplo do DSC 1.3.2, as dores nas costas e braços são especialmente percebidas pelas mulheres. Nesse processo, infere-se que faz parte do aprendizado da nutriz a busca por soluções para esta questão e a experimentação de novas posições e uso de artefatos para melhorar a postura. Assim, na busca por conforto, a nutriz utiliza almofadas e travesseiros, improvisa apoio para seu corpo, principalmente para os pés, a fim de manter a criança em altura e posição que permita melhorar a postura e o posicionamento.

Só conseguia amamentar sentada nesta cadeira, agora eu amamento em qualquer lugar. Durante o dia eu amamento no sofá, para me posicionar eu firmo as costas, apoio as costas com uma almofada. À noite eu uso travesseiros na cama. Eu sento para amamentar na cadeira de amamentação, no quarto do bebê, ou no sofá aqui na sala. Eu já percebi que é melhor ficar com a postura bem reta, por isso sempre coloco uma almofada nas costas, porque eu gosto de me sentir confortável. É mais confortável ficar com a coluna reta. Eu coloco um travesseiro nas costas, e uso uma escadinha para as pernas ficarem mais retas para não ficar apoiando na ponta dos pés, que dá mais conforto à coluna. Às vezes, quando eu estou no quarto, eu uso aquela almofada de amamentação para apoiar o braço, e o banquinho nos pés. Eu costumo usar a almofada e colocar o bebê em cima para erguer, ficar mais perto e não ficar tão arcada. Na cadeira, tem o banquinho para as pernas ficarem esticadas, e fica melhor. Eu ergo a perna do lado que eu estou dando de mamar, para deixar o bebê um pouco mais erguido. Tem que se colocar bem, se sentir bem à vontade, senão começa a doer todo o corpo. Confortável é uma postura em que as costas não doem.

Da mesma forma que no estudo de Carrascoza et al. (2011), também constatou-se, neste estudo, que quando a mulher sente que seu corpo está no limite da dor e do desconforto, tende a buscar alternativas que possam aliviar os sintomas, mesmo que temporariamente. Para a autora, os limites e possibilidades sentidos e vividos pelas mulheres, na busca da prática da amamentação idealizada, são manifestados tendo por base as experiências vividas em seus próprios corpos, o que evidencia que a mulher apreende com a prática da amamentação estratégias para aliviar possíveis desconfortos. Segundo Kolcaba (1995), o enfrentamento individual

de cada situação possibilita, além do acúmulo de experiências, atender às necessidades de conforto do indivíduo.

Portanto, conforto físico, para a mãe que está amamentando, é uma postura que não gera dores, especialmente nas costas. Para a nutriz, a experiência imediata de uma postura que não provoque dores nas costas fortalece a percepção de conforto físico, pois está atendendo a uma das suas necessidades mais emergentes, no que tange a sua possibilidade de exercer a prática da amamentação, afinal, como ela mesma afirma: *‘Confortável é uma postura em que as costas não doem.’*

DSC 1.3.3 – Ambiente calmo e claro gera conforto na amamentação

Um dos elementos importantes relatados pelas mulheres para a prática da amamentação diz respeito ao ambiente. Nos discursos das mulheres foi possível perceber que elas experimentam vários ambientes da casa para identificar qual deles é o melhor para a prática da amamentação e que, portanto, pode ser considerado dentro da dimensão do conforto ambiental.

Se há barulho, ele não mama direito. Eu procuro sempre estar em um lugar mais tranquilo e mais calmo. Um lugar calmo, sem muito barulho é mais confortável. Eu prefiro não muito escuro, meio claro. Troquei para sala, acho que tem uma claridade melhor. Tem que ser um lugar aconchegante, não pode ser qualquer lugar. Confortável é onde você consegue se sentir melhor.

Neves (2002, p. 136) destaca a importância de compreender que o conforto deve ser visto como uma condição maior do que somente os aspectos físicos e ambientais, demandando a criação de um ambiente favorável, que seja “afetuoso, caloroso, atencioso, amoroso e que propicie crescimento, alívio, segurança, proteção, bem-estar”. Nesse sentido, outros autores também concordam que o

ambiente adequado possibilita bem-estar para a nutriz e beneficia a transformação do seu ambiente emocional, tornando-o mais calmo e tranquilo (BRASIL, 2006; GIUGLIANI, 2004; SHIMODA; SILVA, 2010; SHIMODA; SILVA; SANTOS, 2005).

Em seu estudo sobre conforto, Morse (1992) propõe a melhoria do ambiente como uma das oito ações para que o conforto seja alcançado. A autora descreve o ambiente ideal como um lugar calmo, tranquilo e adequado para o desenvolvimento da ação que está sendo proposta, para que o indivíduo consiga sentir conforto, o que vai ao encontro dos achados deste estudo.

Assim, apreende-se que o ambiente em que a nutriz pratica o aleitamento materno deve ser calmo, acolhedor, para que ela consiga vivenciar essa experiência tendo sensações agradáveis e fique com lembranças positivas (SAIFER, 1992).

Dessa forma, a afirmação das mulheres deste estudo de que *‘confortável é onde você consegue se sentir melhor’*, está de acordo com o pressuposto de Kolcaba (1995) e de Kolcaba, Schirm, Steiner (2006), de que o conforto ambiental inclui um ambiente em que a pessoa se sinta aconchegada, sendo que a luminosidade, o cheiro e o barulho devem ser agradáveis para que as necessidades de conforto do indivíduo sejam atendidas.

TEMA 2 – O SOFRIMENTO NA AMAMENTAÇÃO

Para além da percepção de desconforto corporal por postura, as intercorrências da amamentação e a exigência da dedicação diuturna provocam outros desconfortos que podem representar a qualificação da experiência de amamentar.

Embora desejada e valorizada pela nutriz, a experiência real de amamentação traz associações com sentimentos e sensações que por vezes são contraditórios, levando à reflexão sobre a opção por amamentar, especialmente no início da prática da amamentação.

DSC 2.1 – A amamentação gera esgotamento e cansaço

DSC 2.2 – A dor e o desconforto causam tristeza e interferem na amamentação

DSC 2.3 – As mudanças no corpo da mulher geram desconfortos

DSC 2.4 – A superação da dor e do sofrimento frente aos benefícios do aleitamento para o bebê

DSC 2.1 – A amamentação gera esgotamento e cansaço

No início foi mais difícil, não conseguia dormir porque sentia muito cansaço, estou um pouco esgotada, porque eu não durmo. Não que seja uma dificuldade, mas o cansaço judia um pouco. O cansaço é querer dormir, estar amamentando o bebê, ficar com sono e assim mesmo ficar firme, o corpo tem que resistir. Quem amamenta fica cansada, com cara de cansada, porque acorda de madrugada. São muitas sensações diferentes e ao mesmo tempo em que me deixam feliz, também me deixam muito cansada.

Uma das dificuldades enfrentadas pelas mulheres, além da insegurança e de incertezas, no início da prática da amamentação, é o cansaço, pois neste novo cotidiano a demanda frequente da criança pelas mamadas exige que ela passe

longos períodos acordada durante a noite. Fica evidente, no entanto, que apesar de expressar o cansaço físico, especialmente pela interrupção do sono, este estado de vigília e disponibilidade é considerado como inerente ao processo de amamentação. Este é um dos desconfortos mais difícil de ser revertido, pois a nutriz se encontra na dependência da demanda da criança. Para Kolcaba (1995), o indivíduo pode criar estratégias para obtenção de conforto de algumas necessidades, porém não consegue atingir todas. Neste estudo, as mulheres relatam que apesar de todo o cansaço, têm que encontrar energias para resistir ao sono e se manterem acordadas para atender às necessidades lactacionais do bebê.

Quando a mulher está envolvida com atividades de aleitamento materno, o corpo físico usualmente é ignorado e marcado pelos limites remotos do esforço e desconforto. Entretanto, quando o corpo torna-se injuriado, tem consciência, mas nem sempre se expressa (MORSE, 1992). O *DSC 2.1* revela que as mulheres são capazes de insistir na amamentação, apesar do desconforto e do sono, buscando forças para manter-se em vigília.

As exigências do corpo geram sentimentos contraditórios nas mulheres. As nutrizes relatam que ao mesmo tempo em que a rotina é desgastante, elas vão percebendo os benefícios da prática do aleitamento para o bebê, sendo esta a principal motivação para a superação dos desconfortos. Corroborando com os achados do discurso dessas mulheres, Antares (1995) afirma que a rotina de atividade da mulher em prática do aleitamento materno entra em conflito, sendo difícil conciliar muitas atividades devido à priorização das necessidades do bebê. À medida que a nutriz não consegue definir sua rotina e se envolve com a amamentação, seu corpo passa a ser exigido com mais intensidade.

Na Teoria do Conforto de Kolcaba, Schirm, Steiner (2006), o estabelecimento do

conforto, tanto nos contextos, como nos tipos, está diretamente relacionado ao comportamento e ao envolvimento do indivíduo na experiência que está vivendo. Assim, ao mesmo tempo em que a nutriz vai definindo e criando estratégias para conduzir o aleitamento materno, vai experimentando situações de conforto ou desconforto nos contextos físico, emocional, ambiental e social e o seu envolvimento com a criança e os resultados percebidos no processo do aleitamento materno levam ao alívio, ao bem-estar e à transcendência.

DSC 2.2 – A dor e o desconforto causam tristeza e interferem na amamentação

Igualmente ao que é expresso no DSC 2.1, soma-se às dores, ao desconforto postural e ao cansaço, a percepção de dores muitas vezes mais agudas e intensas, provocadas pelas lesões em mamilos e modificações mamárias, decorrentes da lactação.

Os primeiros dias da amamentação não foram tão legais. Os primeiros dias foram bem sofridos, porque o seio doía, ficava dolorido. Foi bastante doloroso no começo. Eu não tinha o bico dos seios formados, então as primeiras mamadas foram muito difíceis. Eu sentia um formigamento no peito, o seio inchava e latejava. Na época da fissura, a mamada para mim era uma tortura, pois quando chegava a hora de dar de mamar eu ficava meio desesperada, eu via estrelas de dor. O bebê pegava o seio e dava uma fisdada forte. Quando o bebê sugava o seio, o bico doía bastante, a dor era insuportável, eu chegava a chorar de dor. Eu chorava só de imaginar que tinha que dar de mamar. Até pensei em desistir, porque a dor é muito forte. A dor era tão forte, a ponto de dizer para o bebê não acordar, porque é muito dolorido. Às vezes o bico do seio chegava a sangrar, doía e era desconfortável. Era muito ruim e interferia. Procurava nem pensar se meu seio estava doendo, se eu tinha alguma dor, para não interferir na mamada. Dava vontade de amamentar porque o bebê chorava que queria mamar e dava tristeza por saber que ia doer. Se eu ficasse remoendo a dor, eu não aguentaria amamentar. Mesmo eu não querendo amamentar, eu pensava no bebê. Você tem que aguentar, mesmo com a dor. Eu pensava que não adiantava eu me entregar, eu fazia o máximo de esforço possível. Quando eu estava com dor, eu pensava só nele, que tinha que amamentar para ele crescer; esse pensamento

diminuía um pouco aquela tristeza. Eu acho que se eu não tivesse tanta vontade de amamentar, teria desistido.

O DSC 2.2 revela que o início da prática do aleitamento materno é um período muito difícil para as mulheres, pois passam períodos de tristeza e sofrimento devido às dores nas mamas, pelo processo de lactação, e aos traumas mamilares causados pela pega e sucção do recém-nascido. A vivência desses desconfortos, sentimentos e sensações pode provocar desestímulo e até o ímpeto de desistir da amamentação, pois suas necessidades fisiológicas estão afetadas. Nesse sentido, a presença de dor e sofrimento, segundo Kolcaba (1991), implica na ausência do conforto, ocasionando um desequilíbrio nos contextos e nos tipos de conforto (NEVES, 2002; KOLCABA et al., 2003).

Segundo Silva (2003), a mulher avalia sua condição física para amamentar. Se esta se apresenta prejudicada, quanto à saúde ou estados de esgotamentos e cansaço, a nutriz pode considerar como prioridade a preservação de sua saúde ou bem-estar, tendendo a atender suas necessidades em detrimento das necessidades da criança, optando, assim, pelo desmame. Nesse processo, apesar de valorizar a amamentação, o valor atribuído ao seu bem-estar pesa mais do que os benefícios do aleitamento para o lactente. Neste estudo, podemos ver que as mulheres chegam ao processo de valoração de sua prática em termos do que consideram risco para si e benefício para a criança, quando diante de desconfortos e potenciais prejuízos para si.

Por outro lado, a valorização das necessidades do bebê, pelo que se observa nas falas expressas no DSC 2.2, supera as manifestações de dor e desconforto relacionadas à prática da amamentação, o que, segundo Moreira (2008), pode ser explicado pelo medo de comprometer o desenvolvimento da criança ou, ainda, como visto neste estudo, pela busca para garantir o bem-estar da criança. A fragilidade do

bebê desperta na mulher um fator moral descrito em manuais de puericultura, fazendo com que a mãe estabeleça como prioridade as necessidades da criança em detrimento das suas (NAKANO, 2003). Nesse sentido, conciliam-se o desconforto corporal e emocional descritos por Kolcaba et al. (2003), em que um intensifica a percepção do outro.

Segundo Neves (2002), os componentes emocionais, socioculturais e de relação ultrapassam a dimensão física, pois muitas vezes representam uma experiência subjetiva. Para tanto, a vontade, o desejo de amamentar e a reflexão sobre a importância do aleitamento materno para o bebê fazem com que as mulheres deste estudo enfrentem seus limites físicos e emocionais, mantendo a prática do aleitamento materno.

A vivência de situações relacionadas ao conforto possibilita às pessoas elaborarem estratégias para alcançar um estado de harmonia na obtenção do conforto (NEVES, 2002; KOLCABA et al., 2003).

Nesse sentido, como estratégia, a mulher volta seu pensamento para a satisfação do bebê e a vontade de amamentar. Para Rossman (2000), isso se deve à imaginação guiada (IG), ou seja, aquela que é definida com a utilização de fatores e pensamentos positivos sobre a mente, levando à superação das dificuldades, que nesse caso é capaz de levar essas mulheres à superação da dor.

DSC 2.3 - As mudanças no corpo da mulher geram desconfortos

A questão do meu corpo tem me deixado muito mal. Sempre fui muito vaidosa e às vezes eu me sinto desmotivada. Eu não tinha barriga, fiquei com a barriguinha. No corpo, o que mais mudou foi o peito. Eu emagreci onze quilos, porque quando você amamenta, o bebê te suga. A mudança no corpo é consequência de ter saído um bebê tão grande de dentro de mim. Eu sinto que hoje o meu corpo tem um quadril largo, porque alargou para o bebê. Eu estou me sentindo muito mal com o meu corpo, estou me sentindo muito

gorda. Muitas vezes eu sinto um desconforto pelo fato de o leite estar vazando. Eu cheiro a leite. Eu saio pouco de casa, porque não consigo nem me ajeitar. Há um impacto na relação; a gente fica se sentindo feia, carente e sem tempo para quase nada; não faz sexo e se sente muito feia. Ainda não consigo ter muita noção do que acontece com o meu corpo. Eu tenho uma preocupação de voltar à vida sexual. Como vai ser? Eu vou ter que ficar de sutiã, se não o meu peito vai ficar escorrendo. Eu fico meio preocupada com isso. Eu acho que com o tempo [o corpo] volta ao normal ou a gente se acostuma.

Outro fato importante, referido no DSC 2.3 como causador de desconforto, é a percepção da nutriz sobre as mudanças no seu corpo. As mulheres deste estudo expressam que a visão estética do corpo está modificada e quando percebida gera insatisfação, aparecendo como um dos elementos que provoca desequilíbrio no contexto de conforto corporal, emocional e social da mulher. Para que as formas estéticas possam proporcionar harmonia entre os contextos de conforto físicos, emocionais e sociais, padrões de cuidado integral e eficiente devem ser aplicados, facilitando atividades unificadas e balanceadas na busca por conforto (KOLCABA, 1995).

Além da percepção das mulheres deste estudo sobre a estética corporal, os episódios de escape do leite materno, que provocam manchas visíveis nas roupas, e a percepção do odor constante da secreção, geram a percepção do desconforto emocional e social. Esses elementos associados inibem o pleno desenvolvimento da mulher no contexto social público e também no privado. Segundo Antares (1995) e Silva (1997), o aleitamento materno afeta os papéis da existência da mulher, sobrecarregando as função de mulher e esposa.

A sensação de estar deselegante e marcada pelo cheiro do leite diminui sua vontade e espontaneidade na vida social fora de casa. Esses mesmos elementos as inibem e as tornam apreensivas quanto à relação conjugal.

Para Arantes (1995, p. 8), “[...] a mulher vivencia um conflito entre o seu papel

produtivo e o seu papel reprodutivo [...]”, o que pode ser visto também nos achados deste estudo sobre a preocupação com a volta da atividade sexual como fator de desconforto nas mulheres.

Segundo Abuchaim e Silva (2006) a vivência da amamentação se estabelece também na relação da mulher com seu papel conjugal e amoroso com seu parceiro. A demanda por mamadas, especialmente as noturnas, e a saída do leite materno, somadas à visão estética corporal que a nutriz tem de si, podem ser elementos inibidores e procrastinadores da retomada da vida sexual. Também neste estudo as mulheres apresentaram esta preocupação.

No entanto, apesar de buscarem um equilíbrio para atingirem estados de conforto, seja alívio, bem-estar ou transcendência, nesse quesito, suas falas se apresentam muito mais como esperança de remissão futura e, principalmente, de resignação: *Eu acho que com o tempo [o corpo] volta ao normal ou a gente se acostuma.*

Quando a nutriz se depara com os elementos que geram dor e desconforto na sua vida, experimenta o que Morse, Bottorff e Hutchinson (1995), em seu estudo sobre os corpos, apontam como corpo resignado, que é aquele que aceita as limitações e re-configura seu cotidiano e sua vida. Neves (2002) traz que o conforto pode ser percebido em intensidades e maneiras diferentes, sendo atrelado às situações e ao momento da vida. É o que demonstra também o pensamento das mulheres deste estudo, que se adaptam às novas situações da prática do aleitamento materno.

DSC 2.4 – A superação da dor e do sofrimento frente aos benefícios do aleitamento para o bebê

O 'DSC 2.4 - A superação da dor e do sofrimento frente aos benefícios do aleitamento para o bebê' sintetiza, especialmente, a maneira como a mulher lida com as dificuldades geradoras de desconfortos no processo do aleitamento, simbolizadas pela lesão de mamilo, que representa uma das principais intercorrências dolorosas da amamentação. Se, por um lado, os desconfortos em suas diferentes dimensões podem provocar sofrimento, mais uma vez, a relação estabelecida com a criança e com a amamentação é elemento primordial na superação do sofrimento. Nakano (2003) destaca que ser uma boa mãe e amamentar é condição reconhecida como mística para mulher, pois transcende todos os sofrimentos pelo benefício da amamentação para o bebê.

Meu Deus! Uma coisinha assim, nem parece verdade tanta dor por uma fissura tão pequeninha, mas em nenhum momento eu pensei em desistir. Não passou pela minha cabeça não amamentar. A dor que eu senti é recompensada pelo que eu vejo hoje. Eu sempre tive muita vontade de amamentar meu bebê, então para mim é como se não tivesse acontecendo nada, como se eu não sentisse dor nenhuma. Eu penso primeiro no bebê, que ele precisa do leite; a dor, tem que aguentar, porque o bebê vêm primeiro. O objetivo é dar de mamar sem me importar com a dor. A dor é suprida pelo bebê estar mamando. Você olha para o bebê e a dor é o de menos. O sentimento de toda hora estar cheirando a leite, tudo fica pormenorizado. O mais importante é deixar, não dar importância para algumas coisas que levam ao sofrimento. A importância de ter o bebê é maior do que qualquer mudança que acontece no corpo. A gente pode estar cansada, mas quando olha para o bebê, já não sente mais sono, é um cansaço diferente, a gente vê que vale a pena, olha aquele olhar, vale a pena o sacrifício. Amamentar é gratificante, é um dever de mãe e eu sinto que estou fazendo minha obrigação. Para mim, pode ser a dor que for eu vou até o fim, não vou deixar de amamentar por isso, eu não vou desistir nunca. A gente aguenta, mãe aguenta. Toda essa questão de que você está fazendo o bem para o bebê e que isso é a prioridade agora.

Assim, na lógica das mulheres deste estudo, a amamentação deve suprir as necessidades do bebê. Nesse sentido, Carrascoza et al. (2011) afirmam que a

reação das mulheres é essencialmente a de valorizar as necessidades da criança e quando suas ações não contemplam suas expectativas, vivenciam ansiedades, conflitos e desconfortos. Por outro lado, ao perceberem o bem-estar da criança, essas dificuldades são minimizadas.

Dessa forma, entende-se que os elementos geradores de desconfortos não interferem na percepção da mulher de que o bebê tem prioridade de bem-estar durante as mamadas. Para Morse, Bottorff e Hutchinson (1995), as necessidades de conforto são satisfeitas mediante uma interação e a efetividade desta interação gera bem-estar, atingindo-se o conforto. No discurso, as mulheres expressam essa interação quando optam pela satisfação das necessidades do bebê a partir do aleitamento materno.

No que concerne à fala de que ao amamentar elas estão fazendo sua obrigação, registrada nos discursos das mulheres, Nakano (2003) diz que o ato de amamentar é um fato importante para a sociedade para mostrar o dever e a responsabilidade da mãe. Assim, conciliados, o desejo e o dever de amamentar estão presentes, como características que condicionam a mulher ao aleitamento materno.

Mesmo que em algumas situações a dor represente estímulo negativo para a continuidade do aleitamento, a priorização da necessidade da criança move a mulher para a manutenção da amamentação, o que, segundo Silva (2003), expressa o movimento constante que a mulher realiza quanto a suas condições físicas e emocionais para amamentar, frente ao benefício e a importância que este ato tem para a criança. Assim, ao priorizar as necessidades da criança, a mulher fica em segundo plano, no qual deve resistir e superar seus desconfortos (SIQUEIRA, 2012), construindo o corpo resistente (MORSE; BOTTORFF; HUTCHINSON, 1995), já descrito.

Em relação à tomada de decisão para a prática de aleitamento materno Silva (2000) descreve que:

A tomada de decisão em amamentar, ou dar continuidade ao processo, também é baseada nas prioridades identificadas e estabelecidas pelas mulheres, tendendo ao atendimento das necessidades da criança, quando a mulher atribui a elas maior importância que as necessidades maternas. Neste caso, muitas vezes, os benefícios para a criança, identificados pela mãe, anulam aquilo que seria necessidades ou que simboliza riscos maternos resultando de alguma forma, também, como benefício para a mulher. (SILVA, 2000, p. 365).

Para Silva (1996; 1997), os elementos presentes no cotidiano das mulheres devem ser vistos e conhecidos com mais profundidade para que sejam identificados os elementos e atendidas as necessidades para o sucesso do aleitamento materno.

TEMA 3 – A SATISFAÇÃO DA AMAMENTAÇÃO

O **'TEMA 3 – A SATISFAÇÃO DA AMAMENTAÇÃO'** mostra que alguns fenômenos geradores de desconfortos podem ser superados e outros elementos percebidos, gerando motivação e conforto para a nutriz. No seu conjunto, para estas mulheres, aquilo que lhes proporciona conforto emocional e social, em relação ao atendimento das necessidades da criança e seu papel materno, pode constituir-se na base para o sucesso do aleitamento.

Subtema 3.1 A interação com o filho e o acolhimento da família no processo de amamentação

DSC 3.1.1 – Amamentar gera intimidade com o bebê

DSC 3.1.2 – A família ajuda e incentiva a amamentação

Subtema 3.2 O corpo muda e se prepara para amamentar

DSC 3.2.1 – O corpo muda e se prepara para amamentar

Subtema 3.3 Cumprindo um papel materno

DSC 3.3.1 – Amamentar é um ato de amor materno e gera regozijo para mulher

DSC 3.3.2 – A mulher se sente reconhecida por amamentar

Subtema 3.1 A interação com o filho e o acolhimento da família no processo de amamentação

DSC 3.1.1 – Amamentação gera intimidade com o bebê

Segundo as mulheres deste estudo, o contato físico entre mãe e filho nas mamadas cria a intimidade considerada privilégio da mulher que amamenta. Essa relação contribui para uma visão estabelecida do dever materno, bem como as fazem justificar a percepção estética e funcional do corpo. No entanto, o sentimento de

receptividade e acolhimento da família é importante para que ela também se aproprie da sua força e valorização enquanto mãe.

Esse contato visual e físico que você tem direto com o bebê, não têm palavras para descrever e não tem valor que pague. Você fica paralisada, olhando o bebê no teu seio, mamando. Quando vejo que o bebê está mamando, eu me sinto feliz. É uma sensação muito boa. É maravilhoso, é uma sensação que não tem explicação. Você está com seu bebê no peito, mamando. É uma sensação única, é um momento meu e do bebê. Acho que ninguém sente; só mãe que amamenta para saber.

A amamentação é um processo complexo de interação mútua entre mãe e filho que repercute no desenvolvimento cognitivo e emocional do bebê, com reflexos significativos também na saúde física e psicológica da mãe (BRASIL, 2009). A amamentação é vista pela mulher como uma prática de aproximação e vínculo entre ela e o bebê e tem uma importante relevância nos aspectos psicológicos e emocionais (MACHADO; BOSI, 2008).

As mulheres deste estudo não conseguem expressar com palavras a intimidade e o conforto transcendente que elas sentem quando estabelecem o contato visual e físico com o bebê, proporcionado pela amamentação.

O contato entre a mãe e o bebê é um importante fator de conforto referido pelas mulheres deste estudo. Siqueira (2012, p. 97), em seu estudo, refere que:

Esse processo sofre retroalimentação contínua e crescente, resultado da interpretação materna da experiência de perceber a retribuição do apego da criança pela mãe, pelos gestos e pela necessidade de proximidade entre ambos.

O sentimento e a sensação experimentados a pela nutriz podem ser interpretados pela Teoria do Conforto de Kolcaba (1992) como o atendimento das necessidades de conforto no contexto emocional, alcançando dois tipos de conforto:

o de bem-estar e o de transcendência.

DSC 3.1.2 – A família ajuda e incentiva a amamentação

Meu marido me ajudou bastante e me ajuda até hoje. Na amamentação o marido não ajuda, mas ajuda no resto. A mãe também está ali para ajudar. Minha mãe e meu marido não ajudam mais porque eu não deixo. Todos [os familiares] me incentivaram para eu não desistir de amamentar.

Nesse contexto da família, os apoios recebidos do marido e da mãe da nutriz também podem ser percebidos como estímulos geradores e facilitadores de conforto. Kolcaba (1992) refere que um dos elementos para obtenção do conforto no contexto social está diretamente ligado ao envolvimento e ao apoio da família no cotidiano.

O DSC 3.1.2 expressa que a presença e a ajuda da família são fundamentais para o sucesso da prática do aleitamento materno. As mulheres deste estudo apontam que as pessoas mais próximas, como o marido e a avó materna, têm um papel muito importante no incentivo à amamentação, podendo ajudar de forma direta, ao posicionar a mulher e/ou o bebê, e indireta, ao cuidar do bebê enquanto a mulher descansa. Corroborando com esses aspectos da família, Machado et al. (2004), Susin (2004) e Shimoda e Silva (2010) também encontraram nos familiares, especialmente no marido, o apoio que as mulheres precisam. Para Jungues et al. (2010, p. 347), “no âmbito da família a nutriz executa um processo consciente ou inconsciente de escolha de um membro familiar como referência de apoio.”

Antunes (2008) refere que as nutrizes consideram de grande importância a presença e o incentivo das famílias, principalmente do companheiro, no exercício da amamentação. Também, Müller e Silva (2009) colocam que, especialmente, o marido tem um papel importante na prática do aleitamento materno, pois seu

envolvimento proporciona conforto e segurança à nutriz, representado no apoio afetivo que a mulher tanto valoriza.

Para Kolcaba (1995), as pessoas que cuidam de indivíduos têm que ser mais preparadas e focadas em proporcionar conforto. Ações simples como ajudar com as rotinas do cotidiano é uma das formas de a família atender as necessidades de conforto (KOLCABA; SCHIRM; STEINER, 2006).

Subtema 3.2 O corpo muda e se prepara para amamentar

DSC 3.2.1 – O corpo muda e se prepara para amamentar

Eu desejava ter leite sem tomar remédio, mas não imaginava que teria tanto assim. O corpo da mãe está servindo para uma vida, está surgindo uma nova vida através do meu corpo. Como que você tem leite? Por que não tinha antes e agora tem? O meu corpo, eu acho, deve estar funcionando muito bem porque estou tendo leite. Eu me sinto uma supermãe; de uma hora para outra produz um alimento que vai alimentar o bebê por tanto tempo, sem precisar dar mais nada. É uma sensação boa ter o leite e poder amamentar o bebê. Eu me sinto mais forte e realizada. Como eu tenho o peito muito pequeno, agora me sinto linda; eu mudei bastante, tudo muda, mas eu me sinto normal. A amamentação ajuda também a voltar ao peso de antes. Fico feliz que a amamentação está fazendo o meu corpo voltar ao normal, que a amamentação está fazendo isso pelo meu corpo. O corpo está totalmente diferente, ele se prepara para o aleitamento. O meu corpo vai voltar ao normal, eu posso fazer o que quiser com o meu corpo.

As mudanças corporais, do ponto de vista da funcionalidade do organismo, desencadeiam a percepção da capacidade reprodutiva da mulher. Se, por um lado, a percepção estética do corpo pode trazer insatisfações, quando consideradas indesejáveis, por outro, o reconhecimento das potencialidades de assegurar a existência de uma nova vida é motivo de satisfação e prazer. A sensação do estado diferente do corpo é compreendida e interpretada pelos seus resultados concretos de geração de vida e de alimento. Assim, a nutriz é capaz de perceber as mudanças

corporais geradas pela amamentação, fica feliz e se impressiona com a capacidade do corpo de produzir leite para alimentar seu bebê. Schimoda et al. (2010) consideram que conseguir produzir suficientemente o leite é um fator que gera conforto nas mulheres, pois conseguem perceber que estão satisfazendo as necessidades do bebê a partir da lactação.

A produção de leite é percebida pelas mulheres do estudo como um indicador do bom funcionamento do seu corpo. A percepção da manutenção e controle das funções fisiológicas do corpo dessas mulheres, segundo Kolcaba (1992), é fonte geradora de conforto no contexto físico, mas, como no caso das mulheres do estudo, o conforto também se dá no contexto emocional.

O aumento do volume das mamas é um impulsionador na obtenção de conforto emocional e social, pois, do ponto de vista estético, uma vez não provocando o desconforto da dor, as mulheres desejam mamas volumosas.

Outro aspecto interessante observado neste estudo é que a possibilidade de tomar a decisão de amamentar ou não o bebê faz a mulher pensar que tem controle sobre seu corpo. Esse fato permite que as nutrizes alcancem o estado de conforto de bem-estar, como referido no DSC 3.2.1. Segundo Kolcaba (1995) e Kolcaba, Schirm, Steiner (2006), se o conforto é atingido, a busca por ele é dita como efetiva, deixando o indivíduo mais determinado e com melhores condições de saúde.

Subtema 3.3 Cumprindo um papel materno

A mulher, após ter passado por desconfortos de toda ordem no processo da amamentação, consegue, com muito empenho, dedicação e desejo, alcançar a satisfação de suas necessidades físicas, emocionais e sociais experimentando o alívio, o bem-estar e a transcendência de conforto. Tendo priorizado a necessidade

da criança, a mulher se considera completa com o sucesso do aleitamento materno.

DSC 3.3.1 – Amamentar é um ato de amor materno e gera regozijo para mulher

Amamentar é uma experiência que a gente tem que passar. A gente se sente especial de dar a vida para uma coisinha tão pequenininha e poder amamentar. A sensação de prazer, de poder alimentar o bebê é inexplicável. O que é significativo na amamentação é a primeira vez que você põe o bebê no seio; você esquece tudo, você para de chorar, você se esquece do mundo. É muito amor; eu nem sabia que poderia ter tanto amor por uma criança, não há explicação. Só quem amamenta sabe o sentimento que se passa dentro de você. Eu me sinto muito bem, eu adoro amamentar. Uma sensação muito boa; é muito bom olhar o bebê mamando. É uma sensação muito boa, nada explica a sensação de amamentar. Eu adoro dar de mamar para o meu bebê. É maravilhoso poder amamentar. Sinto um grande prazer em amamentar. É aquele prazer de estar amamentando. Amamentar é a melhor coisa do mundo, a gente fica mais madura. Eu me sinto muito orgulhosa, me sinto mais mulher, mais confiante. Durante a mamada surge um sentimento um pouco diferente, com um objetivo maior, que é a criança. Eu sempre me preocupei em amamentar bem o bebê para me sentir bem. O objetivo de ser mãe é ter aquela sensação de tudo estar completo. Só amamentando eu me sinto mãe, sinto que estou fazendo algo de bom para o bebê. Eu acho que a partir da amamentação você realmente sabe o que é se tornar mãe. Eu me sinto vencedora.

O estudo de Nakano (2003), que aborda as vivências da amamentação sobre os limites de ser e do seu corpo em um grupo de mulheres, revela que amamentar representa ser boa mãe, dar o melhor de si para seu bebê e, ainda, igualmente, vivenciar a gestação e o parto. O aleitamento materno expressa o papel social da mulher esperado pela sociedade. Amamentar é condição emblemática de ser uma boa mãe e é pensada como sendo uma fonte necessária de alimento, afeto e proteção à saúde do bebê (MOREIRA, 2008). Da mesma maneira, as mulheres deste estudo também expressam esse sentimento.

Sobre o papel da mulher na prática da amamentação, Schimoda et al. (2010, p. 60) afirmam que “o papel de mãe e nutriz exige uma dedicação exclusiva à criança e uma disponibilidade incondicional para amamentar.” Ao longo do exercício da

amamentação, a nutriz vivencia momentos plenos de afeto, e expressa isso em seu discurso como sendo um ato de amor materno. Esse fato exerce influência positiva para que a mulher continue amamentando.

Aragaki (2008) ressalta que a mulher em prática do aleitamento materno percebe que está fazendo mais do que um dever ou responsabilidade, ela o entende como o papel materno. Isso vai ao encontro do discurso registrado neste estudo: *“Eu acho que a partir da amamentação você realmente sabe o que é se tornar mãe”*.

Corroborando com os achados deste estudo sobre tornar-se mãe, Siqueira (2012, p. 100-101) explicita que “o significado de ser mãe inclui desde o reconhecimento do sentimento de estar bem no papel materno, gostando de ser mãe, pelo que isso lhe traz de satisfação e realização pessoal.”

O estudo de Rolla e Gonçalves (2012), que buscou conhecer os fatores determinantes do aleitamento materno, aponta que o processo de amamentação gera na nutriz o sentimento de estar fazendo um bem nutricional para o bebê, além de ressaltar a importância da troca de amor entre ela e a criança, reforçando o lado afetivo entre os dois.

Assim, reforçando esta ideia, ao analisar a amamentação numa perspectiva psicológica, Fontoura (2004) aponta que os benefícios da prática da amamentação vão além dos aspectos nutricionais, pois ao colocar o bebê para amamentar, a mulher também é fonte de calor, conforto, afeto, aconchego e deleite para ambos.

As mulheres deste estudo mostram que ao praticarem o aleitamento materno vivem momentos de plenitude, de entrega, de júbilo, traduzindo a experiência como um estado de transcendência, o que significa a expressão do estado de conforto definido por Kolcaba (1991) que pode ser entendido pela superação máxima dos estados de conforto, uma vez que o conforto é melhorado e acentuado a partir das

experiências positivas. Essas experiências interagem com os contextos e os tipos de conforto para que seja produzido e obtido o conforto total. O conforto total é maior e melhor do que o esperado.

Nesse sentido, entende-se a complexidade do processo de amamentar como uma teia, tecida pelas percepções das diferentes dimensões de (des)confortos, mas também de conforto pleno quando a mulher valoriza e prioriza a amamentação, por encontrar um sentido para esta prática para além de sensações corporais próprias ou de alimentação da criança. Ou seja, o sentido expresso do *DSC 3.3.1* é de que a amamentação completa a maternidade e conseguir amamentar é uma vitória sobre todos os desafios.

DSC 3.3.2 – A mulher se sente reconhecida por amamentar

Com o aleitamento materno eu sinto que estou dando sequência à vida do bebê, eu sinto que ele depende de mim. A amamentação é uma coisa que só eu posso fazer. Amamentar é uma coisa que só eu sei. Só eu posso amamentar, então, me sinto muito importante. Você é responsável por um bebê, você vive por ele. É uma sensação que parece que você está dando vida para o bebê. Eu me dou para ele. Eu me dedico para o bebê. Você tem a felicidade de satisfazer a fomezinha do bebê. Ver o bebê ganhar peso e crescer só com leite do peito é bom. É muito bom olhar para o bebê crescendo e saber que o leite do peito é responsável por isso. O mais significativo é o que mais me deixa satisfeita é ver que o bebê está bem, que está crescendo bem e se desenvolvendo devido ao meu leite. É maravilhoso poder amamentar e dizer que o bebê depende de você. Amamentar significa que estou à disposição do meu bebê, pois traz conforto para nós dois.

O *DSC 3.3.2* revela que a prática da amamentação gera nas mulheres sentimento de responsabilidade e reconhecimento por entender que a obtenção do conforto físico e emocional do bebê depende da lactação. A amamentação representa uma doação da nutriz, pois ela vive para seu bebê e se sente satisfeita quando olha o desenvolvimento e o crescimento dele a partir do leite do peito. Para Schimoda et al.

(2010), na percepção das nutrizes, amamentar é um ato considerado exclusivo da mulher, pois, fisiologicamente, ela é responsável pela lactação.

As condições nutricionais e de desenvolvimento do bebê têm uma relação direta com a amamentação (ANTUNES, 2008). Quando a nutriz percebe que o aleitamento materno é bom para ela e para o bebê, cria a imagem mental positiva e reorienta seu pensamento para longe dos elementos desconfortáveis. Quando a imagem mental é positiva, o efeito emocional é percebido como relaxante, melhorando o sentimento de si e do contexto vivido (SINGER, 2006), o que pode ser percebido também no *DSC 3.3.2* deste estudo.

A prática do aleitamento materno gera na mulher uma sensação de plenitude, pois representa um momento de excelência de suas atribuições sociais (ROLLA; GONÇALVES, 2012). O ato de amamentar é entendido pelas nutrizes deste estudo como sublime, sendo que somente quem amamenta pode experimentar o bem-estar e a transcendência física e emocional que o conforto proporciona. O ato de maximizar o estado do conforto de bem-estar muitas vezes não é compreendido por quem não é conhecedor dos fatos e dos momentos vividos (KOLCABA, 1991; KOLCABA et al., 2006).

Corroborando com os achados deste estudo sobre o reconhecimento da mulher na prática da amamentação, Siqueira (2012, p. 99) também contextualiza que:

Tornar-se mãe traz o significado da posição em que a mulher se percebe dentro do processo de gestar, parir e assumir a relação com o filho [...], ainda, expõe a concepção cotidiana de superação de dificuldades pessoais e materiais para cuidar do filho e doação real e simbólica que representa o vínculo materno com os filhos, expressos na dedicação intensa e na resignação de doar de si.

Nakano (2003) aponta que a percepção da mulher que está em prática do aleitamento materno é entendida como a realização do ideal feminino. A autora

ainda revela que a mulher se apropria dos conceitos impostos pela sociedade sobre como ela deve se portar na maternidade e que suas ações devem ser mediadas pelo sacrifício, doação e restrição.

5 CONSIDERAÇÕES

A compreensão da percepção da nutriz sobre os (des)confortos físicos, emocionais, ambientais e sociais, expressos por ela, e sua relação com a prática da amamentação, nos remete a algumas considerações sobre a importância e a contribuição dos resultados deste estudo para a assistência a mulheres em aleitamento materno.

Por meio do relato das mulheres deste estudo, compreende-se que a nutriz está atenta às suas necessidades por conforto e identifica os (des)confortos nos âmbitos físico, emocional, ambiental e social provocados pelo aleitamento materno. Assim, estes são encontrados tanto nos diferentes tipos ou estados, como nos quatro contextos ou dimensões descritos por Kolcaba, podendo variar ao longo do processo da amamentação, tanto em intensidade como em grau e nas possíveis inter-relações entre si.

No início da prática do aleitamento materno a mulher vivencia **A PRÁTICA DA AMAMENTAÇÃO: NA BUSCA DO CONFORTO** e consegue perceber que a falta de experiência a faz adotar posturas inadequadas, bem como que está sujeita à sensação de insegurança, medo e ansiedade. Essas sensações e sentimentos a deixa tensa e, em conjunto com a necessidade premente de atender a criança, provocam um conjunto de (des)confortos relacionados aos contextos físico, emocional e social. O processo de aprendizado e adaptação em relação ao amamentar em si e as manifestações de respostas positivas da criança geram a oportunidade de buscar estados de conforto como alívio e bem-estar, especialmente nos contextos físico e ambiental.

A privação do sono e a dedicação constante ao bebê leva a mulher ao esgotamento e ao cansaço, percebidos por ela como consequência de uma prática de amamentação que não permite o estabelecimento de rotina capaz de poupá-la da exaustão. O grau de desconforto causado pelo cansaço, pela dor em mamas e mamilos e pela fadiga muscular provoca, além do desconforto físico, o desconforto emocional, representado por um sentimento de tristeza, em se ver submetida à dor e ter de buscar os limites de sua resistência física para atender a criança. Este quadro pode levar a nutriz à incerteza do desejo de manter o aleitamento, pois percebe e vivencia **O SOFRIMENTO DA AMAMENTAÇÃO**.

À medida que ela supera os desconfortos e encontra na amamentação o sentido mais amplo para sua ação e experiência, a mulher expressa uma proatividade na busca de estratégias de promoção de conforto, seja físico, seja ambiental, pois a amamentação, desde que vista como prioridade para o filho, por si, provoca, e ao mesmo tempo representa, o conforto emocional e social.

Nessa vertente, elementos provocadores de desconfortos, como a percepção de insatisfação com o corpo, modificado pela ação da gravidez e da lactação, dúvidas e inseguranças relativas ao seu papel feminino, podem dar lugar ao conforto emocional ao se sentir mais amadurecida, completa em seu papel materno e resignada, considerando que a amamentação é uma fase em sua vida. Estes são elementos ambíguos que fazem a percepção materna oscilar entre o conforto e o desconforto, buscando um equilíbrio por meio de sua crença e suporte social de aprovação, da maternidade e de sua posição de mãe.

Assim, ao perceber na amamentação um conjunto de elementos positivos, que motivam para a obtenção do conforto físico, emocional, social e ambiental nos estados de alívio, bem-estar e transcendência, passa a experimentar **A SATISFAÇÃO**

NA AMAMENTAÇÃO. O processo de amamentação proporciona o atendimento das necessidades físicas e emocionais da mãe e do bebê, favorecendo momentos de intimidade entre eles. A família, ao ajudar e incentivar a amamentação, promove a obtenção do conforto social e tem o papel de fornecer suporte às necessidades da nutriz. Dessa forma, o conjunto de elementos identificados, provocadores de desconfortos, e as estratégias que as nutrizes expressaram adotar para a busca de conforto, traduzem uma capacidade da mulher de adaptação e movimento para a manutenção da amamentação, que elas encontram sem uma estrutura assistencial que as acolha. Ficando, assim, à mercê de suas próprias condições contextuais para a superação de dificuldades e o encontro de um sentido mais amplo da experiência da amamentação, o que nos parece assegurar, de alguma maneira, a continuidade da amamentação para estas mulheres.

Assim, entender como a mulher se comunica e quais são suas necessidades de conforto, nos diferentes tipos e contextos, no processo do aleitamento materno, não é uma tarefa tão fácil. Porém, para qualificar a assistência na obtenção do êxito no aleitamento materno devem ser exploradas e utilizadas, pelos profissionais, ferramentas que permitam conhecer o cotidiano e as necessidades da nutriz e do bebê, dando a elas a continuidade de assistência por um tempo que permita à mulher encontrar o equilíbrio para o atendimento das suas necessidades de conforto.

Os pressupostos da Teoria do Conforto de Kolcaba, aqui utilizados, podem ser aplicados na prática, no sentido de auxiliar os profissionais a entenderem o processo vivenciado pelas nutrizes em prática do aleitamento materno, servindo de referencial para o planejamento e qualificação da assistência prestada.

Embora os resultados desse estudo tenham demonstrado o contexto de possibilidades de as mulheres manterem o processo de amamentação, mesmo

tendo sido expostas aos desconfortos, e encontrarem conforto e sentido na amamentação, é possível dizer que uma das limitações do estudo foi o de investigar as mulheres que mantiveram o processo de amamentar, não sendo possível reconhecer, se outros graus ou intensidades dos estados e tipos de conforto, quando presentes, podem levar, efetivamente, à interrupção da amamentação. Esse fato pode ser motivação suficiente para o desenvolvimento de novas pesquisas, junto a mulheres que interromperam a amamentação. Ou ainda, mesmo não tendo sido objeto deste estudo, compreende-se a necessidade de investigar mais profundamente o processo de superação dos desconfortos para a continuidade da amamentação.

Assim, a partir dos resultados desse estudo não podemos nos isentar de atingir outras fases da vida da mulher, novos estudos, possibilidades e propostas, visando sempre à melhoria na qualidade da assistência à maternidade e ao aleitamento materno.

REFERÊNCIAS

ABUCHAIM, É. S. V.; SILVA, I. A. Vivenciando la lactancia y la sexualidad em La maternidad: “dividiéndose entre ser madre y mujer”. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, n. 2, p. 220-228, maio/ago. 2006.

ALMEIDA, J. A. G. **Amamentação**: um híbrido de natureza-cultura. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

ALMEIDA, L.; SOUZA, E. Alterações do sistema músculo-esquelético e suas implicações. In: Souza, E. **Fisioterapia aplicada à obstetrícia**: aspectos de ginecologia e neonatologia. 3. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2002.

ANTUNES, L. S. et al. Amamentação natural como fonte de prevenção em saúde. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, fev. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n1/14.pdf>>. Acesso em: 21 maio 2013.

ARAGAKI, I. M. M. **Avaliação e percepção de nutrízes acerca de sua qualidade de vida**. 2008. 137 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

ARAGAKI, I. M. M.; SILVA, I. A. Percepção de nutrízes acerca de sua qualidade de vida. **Rev. esc. enferm. USP** [online], v. 45, n. 1, p. 71-78, 2011.

ARANTES, I. S. C. Amamentação: visão das mulheres que amamentam. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 71, n. 4, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ações de promoção de incentivo ao aleitamento**. Brasília, 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24215>. Acesso em: 10 dez. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores e Dados Básicos para a Saúde – 2007**: Tema do ano: nascimentos no Brasil. 2007b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idx2007/tema.pdf>>. Acesso em: 02 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher**. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Promovendo o aleitamento materno**. 2. ed. Brasília, 2007a. Álbum seriado. 18p. Disponível em: <<http://www.slideshare.net/sortie/promovendo-o-aleitamento-materno>>. Acesso em: 10 dez. 2009.

BRUM, E. H. M.; SCHERMANN, L. Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 457-467, jun. 2004.

BUENO, L. G. dos S.; TERUYA, K. M. Aconselhamento em amamentação e sua prática. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 80, n. 5, supl., p. 126-130, nov./dez. 2004. Disponível em: <<http://www.jped.com.br/artigodetalhe.aspx?varArtigo=1243>>. Acesso em: 20 jan. 2009.

CALDEIRA, A. P.; GOULART, E. M. A situação do aleitamento materno em Montes Claros, Minas Gerais: estudo de uma amostra representativa. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 76, n. 1, p. 65-72, 2000. Disponível em: <<http://www.jped.com.br/conteudo/00-76-01-65/port.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2009.

CARRASCOZA, K. C. et al. Aleitamento materno em crianças até os seis meses de vida: percepção das mães. **Physis** [online], v. 21, n. 3, p. 1045-1060, 2011.

CAVALCANTE, C. A. A. et al. Riscos ocupacionais do trabalho em enfermagem: uma análise contextual. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, n. 1, p. 88-97, jan./abr. 2006.

CERNADES, J. M. et al. Maternal and perinatal factors influencing the duration of exclusive breastfeeding during the first 6 months of life. **J Hum Lact**, v. 19, n. 2, p. 136-44, 2003.

CHAPECÓ. **Relatório de Gestão do Município 2010**. Chapecó, 2010.

CHAVES, L. D. O processo de enfermagem no atendimento do indivíduo com dor. In: LEÃO, E. R.; CHAVES, L. D. (Org.). **Dor 5º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem**. Curitiba: Maio, 2004.

CONTI, M. H. S. et al. Efeito de técnicas fisioterápicas sobre os desconfortos músculo-esqueléticos da gestação. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 29, p. 647-654, 2003.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teoria e abordagens**. 2. ed. Tradução S. R. Netz. Porto Alegre: Bookman, 2006.

DEODATO, V. **Amamentação: o melhor início para a vida**. São Paulo: Selo Editorial, 2005.

DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. (Ed.). **Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

EDMOND, K. M. et al. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. **Pediatrics**, v. 117, n. 3, p. 380-386, mar. 2006.

ESCUDE, M. M. L.; VENANCIO, S. I.; PEREIRA, J. C. R. Estimativa de impacto da amamentação sobre a mortalidade infantil. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v. 37, n. 3, jun. 2003.

FONTOURA, T. Aleitamento materno: uma perspectiva psicológica. **Revista técnica-científica Enfermagem**, v. 2, n. 10, 2004.

GAIO, R.; CARVALHO, R. B.; SIMÕES, R. Métodos e técnicas de pesquisa: a metodologia em questão. In: GAIO, R. (Org.). **Metodologia de pesquisa e produção de conhecimento**. Petrópolis: Vozes, 2008.

GIUGLIANI, E. R. J. Problemas comuns na lactação e seu manejo. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 80, n. 5, p. 147-154, nov. 2004.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1990.

HAMILTON, J. Comfort and the hospitalized chronically ill. **Gerontol. Nurs.**, v. 15, n. 4, p. 283-3, 1989.

IBGE. **IBGE Cidades**. Santa Catarina. Chapecó. 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/perfil.php?codmun=420420&search=santa-catarina|chapeco>>. Acesso em: 20 jul. 2012.

JACKSON, K. M.; NAZAR, A. M. Breastfeeding, the immune response, and long-term health. **J Am Osteopath Assoc**, v. 106, n. 4, p. 203-207, abr. 2006.

JUNGUES, C. F. et al. Percepções de puérperas quanto aos fatores que influenciam o aleitamento materno. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 2, p. 343-350, 2010.

KIMURA, M.; FERREIRA, K. Avaliação da qualidade de vida em indivíduos com dor. In: LEÃO, E. R.; CHAVES, L. D. (Org.). **Dor 5º sinal vital**: reflexões e intervenções de enfermagem. Curitiba: Maio, 2004.

KOLCABA, K. A holistic perspective on comfort care as an advance directive. **Crit Care Nurs Q**, v. 18, n. 4, Feb., 1996.

KOLCABA, K. A taxonomic structure for the concept comfort. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 23, n. 4, p. 237-240, dez. 1991.

KOLCABA, K. A theory of holistic comfort for nursing. **Journal of Advanced Nursing**, v. 19, n. 6, p. 1178-1184, Jun. 1994.

KOLCABA, K. et al. Efficacy of hand massage for enhancing the comfort of hospice patients. **J Hosp Palliat Care**, v. 6, n. 2, p. 91-101, 2003.

KOLCABA, K. Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. **Nursing Outlook**, v. 49, n. 2, p. 86-92, 2001.

KOLCABA, K. Holistic comfort: operationalizing the construct as a nurse sensitive outcome. **Advances in Nursing Science**, v. 15, n. 1, p. 1-10, 1992.

KOLCABA, K.; SCHIRM, V.; STEINER, R. Effects of hand massage on comfort of nursing home residents. **Geriatric Nursing**, v. 27, n. 2, p. 85-91, Mar./Apr., 2006.

KOLCABA, K. The art of comfort care. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 27, n. 4, p. 287-289, 1995.

KOLCABA, K. An introduction to comfort theory. 2010. Disponível em: <<http://www.thecomfortline.com/>>. Acesso em: 30 jul. 2013.

KRAMER, M. S.; KAKUMA, R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. **Cochrane Database Syst Rev.**, n. 8, 2012.

LEFÈVRE, A. M. C.; CRESTANA, M. F. V.; CORNETTA, K. A utilização da metodologia do discurso do sujeito coletivo na avaliação qualitativa dos cursos de especialização “Capacitação e Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde – CADRHU”, São

Paulo – 2002. **Saúde e Sociedade**, v. 12, n. 2, p. 68-75, jul./dez. 2003.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **Depoimentos e discursos**: uma proposta de análise em pesquisa social. Brasília: Liber Livro, 2005.

LIMA, C. M.; LIRA, C. I. P.; VASCONCELOS, L. G. M. Duração e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 24 meses de idade no estado de Pernambuco. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 6, n. 1, jan./mar. 2006.

MACHADO, A. R. M. et al. O lugar da mãe na prática da amamentação de sua filha nutriz: o estar junto. **Rev Bras Enferm**, v. 57, n. 2, p. 183-187, mar./abr. 2004.

MACHADO, M. M. T.; BOS I, M. L. M. Compreendendo a prática do aleitamento exclusivo: um estudo junto a lactantes usuárias da Rede de Serviços em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v. 8, n. 2, p. 187-196, 2008.

MERCER, J. S. et al. Evidence-based practices for the fetal to newborn transition. **J Midwifery Womens Health**, v. 52, n. 3, p. 262-272, maio/jun. 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 21. ed. São Paulo: Vozes, 2002.

MORARI-CASSOL, E. G. **Amamentação e desconforto músculo-esquelético da mulher**. 2007. 191 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

MOREIRA, M. A. Os novos significados da amamentação em primíparas que vivenciaram fissuras mamárias, na perspectiva de gênero. In: FAZENDO GÊNERO – CORPO, VIOLÊNCIA E PODER, 8., 2008, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: UFSC, 2008. Disponível em: < http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST58/Michelle_Araujo_Moreira_58.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2012.

MORSE, J. M. A enfermagem como conforto: um novo enfoque do cuidado profissional. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 7, n. 2, p. 70-92, maio/ago. 1998.

MORSE, J. M. et al. Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. **International Journal of Qualitative Methods**, v. 1, n. 2, p. 1-18, Spring, 2002.

MORSE, J. M.; BOTTORFF, J. L.; HUTCHINSON, S. The paradox of comfort. **Nursing Research**, v. 44, n. 1, jan./fev. 1995. Disponível em: <http://journals.lww.com/nursingresearchonline/Abstract/1995/01000/The_Paradox_Of_Comfort.4.aspx>. Acesso em: 22 nov. 2010.

MORSE, J. M. An ethnoscientific analysis of comfort: a preliminary investigation. **Nurs Paper Perspec Nurs**, p. 6-19, 1983.

MORSE, J. M. Comfort: the refocusing of nursing care. **Clin Nurs Res**, n. 1, p. 91-106, fev. 1992. Disponível em: <http://cnr.sagepub.com/search/results?fulltext=Comfort%3A+the+refocusing+of+nursing+care&x=0&y=0&submit=yes&journal_set=spcnr&src=selected&andorexactfulltext=and>. Acesso em: 22 nov. 2010.

MÜLLER, F. S.; SILVA, I. A. Representações sociais de um grupo de mulheres/nutrizes sobre o apoio à amamentação. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online], v. 17, n. 5, p. 651-657, 2009.

MUSSI, F. C. Conforto e lógica hospitalar: análise a partir da evolução histórica do conceito conforto na enfermagem. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 72-81, 2005.

NAKANO, A. M. S. As vivências da amamentação para um grupo de mulheres: nos limites de ser "o corpo para o filho" e de ser "o corpo para si". **Cad. Saúde Pública** [online], v. 19, supl. 2, p. S355-S363, 2003.

NANDA. North American Nursing Diagnoses Association. **Nursing diagnoses: definitions & classification – 1999-2000**. Philadelphia: North American Nursing Diagnoses Association, 1999.

NEVES, E. P. Cuidando e confortando: uma estratégia para a saúde do trabalhador. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 133-137, maio/ago. 2002.

NÓBREGA, T. P. Corpo, percepção e conhecimento em Merleau-Ponty. **Estud. Psicol.**, v. 13, n. 2, p. 141-148, 2008.

OLIVEIRA, M. A. F.; LEÃO, E. R. Relacionamento enfermeiro-paciente: do cuidar do corpo ao cuidar do ser. In: LEÃO, E. R.; CHAVES, L. D. (Org.). **Dor 5º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem**. Curitiba: Maio, 2004.

PAIN, H. H. S. Marcas no corpo: gravidez e maternidade em grupos populares. In: DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

ROLLA, T. S.; GONÇALVES, V. M. da S. Aleitamento materno e seus determinantes. **Revista Enfermagem Integrada** [online], v. 5, n. 1, jul./ago. 2012. Disponível em: <<http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v5/03-aleitamento-materno-e-seus-determinantes.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2013.

SAIFER, R. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

SANCHES, M. T. C. **Dificuldades iniciais na amamentação**: enfoque fonoaudiológico. 2000. 173 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Saúde Materno-Infantil, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

SCHILDER, P. A. **A imagem do corpo**: as energias construtivas da psique. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

SHIMODA, G. T.; SILVA, I. A.; SANTOS, J. L. F. Características, frequência e fatores presentes na ocorrência de lesão de mamilos em nutrízes. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 58, n. 5, p. 529-534, out. 2005.

SHIMODA, G. T.; SILVA, I. A. Necessidades de saúde de mulheres em processo de amamentação. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 63, n. 1, jan./fev., 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000100010>. Acesso em: 16 nov. 2011.

SILVA, I. A. O significado de amamentar para a mulher. In: MERIGHI, M. A. B.; PRAÇA, N.S. (Org.) **Abordagens teórico-metodológicas qualitativas**: a vivência da mulher no período reprodutivo. Rio de Janeiro: 2003.

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

SILVA, I. A. Enfermagem e aleitamento materno: combinando práticas seculares. **Rev. esc. enferm. USP** [online], v. 34, n. 4, p. 362-369, 2000.

SILVA, I. A. Inovação no tratamento do ingurgitamento mamário: uso do vibrador elétrico para massagens. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 61-70, 1996.

SILVA, I. A. O profissional re-conhecendo a família como suporte social para a prática do aleitamento materno. **Fam. Saúde Desenvol.**, Curitiba, v. 3, n. 1, p. 7-14, jan./jun. 2001.

SIQUEIRA, F. P. C. **O significado da amamentação na construção da relação mãe e filho**: um estudo interacionista simbólico. 2012. 142f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

SOUZA, E. L. B. L. et al. Puerpério. In: BARACHO, E. (Ed.). **Fisioterapia aplicada à obstetrícia, uroginecologia e aspectos de mastologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SUSIN, L. R. O. **Influência do pai e das avós no aleitamento materno**. 2004. 150 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas - Pediatria) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/5448/000426489.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 10 jun. 2012.

TAVARES, M. C. G. C. **Imagem corporal**: conceito e desenvolvimento. 1. ed. São Paulo: Manole, 2003.

TURATO, E. R. et al. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Petrópolis: Vozes, 2003.

UNICEF. **Situação mundial da infância**: celebrando 20 anos da convenção sobre os direitos da criança. 2009. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/sowc_20anosCDC.pdf>. Acesso em: 22 maio 2010.

UVNAS-MOBERG, K. Oxytocin may mediate the benefits of positive social interactions and emotions. **Psychoneuroendocrinology**, n. 23, p. 819-835, 1998.

VELARDE, J. E.; AVILA, F. C. Methods for quality of life assessment. **Salud Pública Méx.**, v. 44, n. 4, p. 349-361, 2002.

VENANCIO, S. I. et al. A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e distrito federal: situação atual e avanços. **J. Pediatr. (Rio J.)**. v. 86, n. 4, jul./ago. 2010.

WEIGERT, E. M. L. et al. Influência da técnica de amamentação nas frequências de aleitamento materno exclusivo e lesões mamilares no primeiro mês de lactação. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 81, n. 4, p. 310-316, ago. 2005.

WINNICOTT, D. W. **Os bebês e suas mães**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

ANEXOS

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA PARA CONSULTA ÀS DNS

Chapecó
Mais
Saúde

Secretaria
de Saúde

PREFEITURA DE
CHAPECÓ

**ESTADO DE SANTA CATARINA
MUNICÍPIO DE CHAPECÓ
SECRETARIA DE SAÚDE**

AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA E/OU COLETA DE DADOS

A **Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó**, através do Setor de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, autoriza **Alcimara Benedett** do curso de **Doutorado em Enfermagem** da Universidade de São Paulo, a realizar coleta de dados através das DN (Declarações de Nascidos Vivos) no setor de Vigilância Epidemiológica durante o mês de **julho** de 2012.

Observações / orientações da SMS:

Atenciosamente,

Fernanda Fabiana Ledra

Gerente do Trabalho e Educação na Saúde

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

PROJETO DE PESQUISA

Título: A PERCEPÇÃO DA NUTRIZ SOBRE SEU CORPO E OS (DES)CONFORTOS NO
Área PROCESSO DE AMAMENTAR

Pesquisador: Isilia Aparecida Silva

Versão: 2

Instituição: Escola de Enfermagem da Universidade de
São Paulo - EEUSP

CAAE: 01838012.6.0000.5392

PARECER DO COLEGIADO

Número do Parecer: 39258

Data da Relatoria: 19/06/2012

Apresentação do Projeto:

Estudo qualitativo a ser desenvolvido em Chapecó, cidade localizada no oeste de SC. As participantes do estudo serão 20 nutrízes moradoras do município de Chapecó que realizaram seus partos no primeiro semestre de 2012 e que estejam entre os períodos de 60 a 90 dias de pós parto. Essas mulheres serão selecionadas através das Declarações de Nascidos Vivos (DN) registradas no Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) do serviço de vigilância epidemiológica do referido município. Serão convidadas a participar do estudo todas as puérperas que atenderem os seguintes critérios: primípara com gestação a termo, com feto único e que estejam em prática de qualquer tipo de aleitamento materno ou que amamentaram por pelo menos 30 dias. A escolha por nutrízes primíparas, se dá pelo fato dessas estarem vivenciando a amamentação pela primeira vez. A autora infere que sua pouca experiência traz possibilidades maiores de fatores geradores de desconfortos. O recrutamento será feito por contato telefônico, a partir dos dados das declarações de nascidos vivos no período. Quando não houver telefone, a pesquisadora irá até o domicílio da potencial participante. Caso haja concordância em participar do estudo, agenda-se uma entrevista em ocasião que seja possível também observar uma mamada completa. As entrevistas serão gravadas, a pesquisadora fará um registro do que observar no momento da mamada e fará também um registro fotográfico deste momento, que objetiva a análise da postura da mãe, da posição do bebê e do ambiente em que ocorre a mamada. As entrevistas serão analisadas pela técnica do Discurso do Sujeito Coletivo proposta por Lefevre. É garantida a preservação da identidade das participantes.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

Compreender a percepção da nutriz sobre seu corpo e os (des)confortos identificados e expressos por ela, no processo de amamentar.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar a percepção da nutriz sobre os (des)confortos físicos, emocionais e ambientais na prática de aleitamento materno;
2. Compreender a percepção do corpo para a nutriz e a relação com a identificação de (des) confortos provocados pela técnica de amamentação;
3. Analisar os (des)confortos físicos, emocionais e ambiental, percebidos pela nutriz, e suas interferências no processo de amamentação.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Descritos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto original e de interesse.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Constam o cronograma, o orçamento detalhado e o TCLE. Os termos estão compatíveis com a proposta da pesquisa.

Recomendações:

Não há recomendações a serem feitas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto está aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP acatou o parecer do relator.

19 de Junho de 2012

Assinado por:
Celia Maria Sivalli Campos

APÊNDICES

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DAS MULHERES E FILHOS

Parte 1.

Informações sobre a mulher

Nome da mulher: _____ n. registro: _____

1- Idade: _____ anos

2- Cor: _____

3- Situação Conjugal _____

4- Endereço _____

5- Telefone de contato _____:

6- Escolaridade: ( ) 1º grau ( ) 2º grau ( ) 3º grau / ( ) completo ( ) incompleto

7- Gesta: _____ / Para: _____ / Aborto: _____

8- Data do parto: _____ Hora do parto: _____

9- Idade Gestacional _____

10- Tipo de parto: ( ) normal ( ) fórceps ( ) cesárea

11- Está amamentando: ( ) sim
( ) não

Se sim

12- Data da visita _____

Parte 2.

Informações do recém-nascido.

1- Sexo do RN: ( ) masculino ( ) feminino

2- Peso do RN: _____ gramas

3- Cor do RN _____

4- Apgar do 1' _____ 5' _____

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada para participar, como voluntária, em uma pesquisa. Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine no final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e outra é da pesquisadora.

Titulo do projeto: A percepção da nutriz sobre seu corpo e os (des)confortos no processo de amamentar.

Pesquisadora responsável: Alcimara Benedett

Contato: através do telefone 9105-5877

Contato CEP USP: edipesq@usp.br – 011- 30617548

Orientadora: Professora Dra. Isilia Aparecida Silva

O objetivo desta pesquisa é Compreender a percepção que a nutriz tem sobre seu corpo e os (des)confortos que ela pode experimentar no processo de amamentar seu bebê. A sua participação na pesquisa se dará através de uma entrevista com gravação de áudio e registro fotográfico, que será realizada pela própria pesquisadora, no seu domicílio. Também, será realizada uma observação do momento em que você estiver amamentando. Serão observadas e registradas as informações da sua postura e do posicionamento do bebê durante a amamentação, os quais serão feitos de modo que causem o menor prejuízo e constrangimento possível para ambos. As informações obtidas através dessa coleta de dados serão utilizadas para a composição do relatório de pesquisa e publicações relacionadas com o projeto acima citado, resguardando sempre identidade e privacidade de ambos. Neste mesmo documento, peço a sua autorização para a gravação de áudio da entrevista, registro fotográfico e anotações sobre sua postura e do bebê, bem como do ambiente em que você fica para amamentar. Caso não queira mais fazer parte da pesquisa, você poderá interromper sua participação a qualquer momento, sem que haja quaisquer prejuízos para você, o bebê ou outra pessoa de sua família.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG _____, CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo intitulado “A percepção da nutriz sobre seu corpo e os (des)confortos no processo de amamentar”. Fui devidamente informada e esclarecida pela pesquisadora Alcimara Benedett sobre a pesquisa e, os procedimentos nela envolvidos. Foi me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento. Também estou ciente que a entrevista terá gravação de áudio, haverá registro fotográfico durante o momento da mamada e que serão registradas as observações que a pesquisadora irá fazer do momento que eu estiver amamentando. Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será confeccionado em duas vias sendo uma para a pesquisadora e uma para a participante.

Local: _____ Data ____/____/____

Nome e assinatura da participante: _____