

COMPREENDENDO O ALEITAMENTO MATERNO ATRAVÉS DA VIVÊNCIA DE NUTRIZES¹

UNDERSTANDING MATERNAL BREASTFEEDING THROUGH THE EXPERIENCES LIVED BY THE BREASTFED BABY

COMPRENDIENDO EL ACTO DE DAR EL PECHO MATERNO A TRAVÉS DEL PUNTO DE VISTA DE LAS NODRIZAS

MIRELLA TEIXEIRA JOCA²

RAFAELLE LOPES DE OLIVEIRA³

RÉGIA CHRISTINA MOURA BARBOSA⁴

ANA KARINA BEZERRA PINHEIRO⁵

O suporte de apoio busca atender as necessidades da nutriz. Objetivamos avaliar situações que dificultam a saúde da mulher no período de aleitamento materno. Pesquisa quantitativa desenvolvida no Centro de Parto Natural, pertencente à Universidade Federal do Ceará. Verificamos história de vida e saúde, ginecológica-obstétrica e estrutura familiar em 40 prontuários das gestantes. Verificamos que a renda familiar é baixa, profissão de dona-de-casa, seis pessoas na residência, sete mulheres com data provável de parto (DPP) para fevereiro/2004, dezesseis primigestas. Selecionamos 26 gestantes, com DPP para início/2004, para serem entrevistadas no período puerperal através de roteiro relacionado às dificuldades e suporte social, esta sendo gravada, categorizada e analisada. Destacamos na categoria vivenciando o puerpério pontos positivos: apoio familiar; pontos negativos: dificuldades em assumir o papel materno. Portanto, o apoio social é extremamente importante para a nutriz assumir este papel.

UNITERMOS: Aleitamento materno; Apoio social; Saúde da mulher.

The support service aims at tending to the needs of the breastfed baby. Our aim was to assess situations that create difficulties to the women's health in the maternal breast-feeding period, to produce theoretic and methodological knowledge which can make possible better nursing care for the breastfed baby. Quantitative-qualitative research developed in the Natural Childbirth Center at Universidade Federal do Ceará. We verified health and life history, obstetrical, gynecological and family structure in forty (40) pregnant women's charts. We verified that their have a family income, that they are housewives on households of six people, that seven of them had a probable childbirth date (PCD) for February/2004, and sixteen were primiparae. We selected 26 pregnant women, with PCD for the beginning of 2004, to be interviewed in the puerperium period through questions related to the difficulties and social support. The interviews were recorded, categorized and analyzed. We highlighted in the 'living the puerperium' category, as a positive aspect, the support from their families, and as a negative aspect the difficulties in assuming the role of mother. Therefore, social support is extremely important for the breast-feeding woman assume the role of mother.

KEY WORDS: Breastfeeding; Social support; Women's health.

El soporte de apoyo busca atender las necesidades de la nodriza. Objetivamos evaluar las situaciones que pueden ocasionar dificultades en la salud de la mujer durante el período en que debe dar el pecho, producir un conocimiento teórico-metodológico que posibilite el cuidado de enfermería dedicado a las nodrizas. Se trata de una investigación de tipo cuantitativa y cualitativa, desarrollada en el Centro de Parto Natural, que pertenece a la Universidad Federal de Ceará. Verificamos la historia de vida y salud, ginecológica-obstétrica y la estructura familiar en 40 históricos clínicos de mujeres embarazadas. Constatamos que la renta familiar es baja, profesión de ama de casa, convivencia de seis personas en el mismo domicilio, siete mujeres con fecha probable de parto (FPP) para febrero/2004, dieciséis mujeres que están en su primera gestación. Elegimos 26 mujeres embarazadas, con FPP para inicios/2004, para realizar una entrevista en el período puerperal. Se trata de una entrevista grabada, dividida en categorías y analizada, con un guión relacionado a las dificultades y al apoyo social. En la categoría "viviendo la experiencia del puerperio", subrayamos como punto positivo: el apoyo familiar; como puntos negativos: las dificultades en asumir el papel de madre. Por lo tanto, el apoyo social es muy importante para que la nodriza pueda asumir esta función.

PALABRAS CLAVES: Lactancia materna; Apoyo social; Salud de las mujeres.

¹ Trabalho inserido na linha de pesquisa Enfermagem na Saúde da Família e Redes Sociais de apoio do Grupo Família, Ensino, Pesquisa e Extensão – FAMEPE/CNPq. (Processo 551326/2002/6)

² Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Bolsista de Iniciação Científica. Integrante do Grupo FAMEPE. E-mail: mtjoca@aol.com

³ Acadêmica de Enfermagem/UFC. Integrante do Grupo FAMEPE.

⁴ Enfermeira, Especialista em Saúde da Família, Mestranda do Curso de Enfermagem em Saúde Comunitária da UFC.

⁵ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da UFC. Pesquisadora do Grupo FAMEPE.

INTRODUÇÃO

Com o desenvolvimento tecnológico e científico alcançado no início do século XX, a introdução do leite de vaca pasteurizado na alimentação da criança foi favorecida. As indústrias de alimentos infantis passaram a oferecer fórmulas lácteas para crianças em diferentes idades. Assim, a prática da mamadeira passou a ser difundida e acessível as diferentes classes sociais^{1, 2}.

As grandes transformações sociais, tais como, a migração da população rural para os grandes centros urbanos, a inserção da mulher no mercado de trabalho, e conseqüentemente, o cuidado da criança ficar sob a responsabilidade de terceiros, influenciaram para que as mães adotassem o leite industrializado na alimentação do lactente.

Assim, a produção do leite industrializado que representava no início uma conquista tecnológica, visto que possibilitava a substituição ao leite natural para raros casos nos quais sua escassez poderia ser fatal, se transformou em substituto do leite materno.

Os estímulos anti-amamentação passaram a surgir de vários lados, através dos meios de comunicação, que veiculam propagandas de leites industrializados, associando serem estes os ideais para o crescimento e desenvolvimento da criança, no puerpério, ainda no hospital, devido algumas rotinas hospitalares que deixam a mãe tensa e despreparada quando retorna ao domicílio, ou até mesmo de alguns profissionais que frente às dificuldades no momento da amamentação, não hesitam em prescrever alimentação por mamadeira.

O grande movimento pró-amamentação iniciou-se na década de 1970, na 27^a Assembléia da Organização Mundial de Saúde, quando foram apontadas as conseqüências do declínio do aleitamento materno nas diversas regiões do mundo. Contudo, somente em 1980, na 33^a Assembléia Mundial de Saúde foi destacada a necessidade de estímulo, fomento e apoio às práticas da amamentação. No Brasil, no ano seguinte, O Governo Federal deu início a implantação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno¹.

No entanto, os discursos técnicos e acadêmicos que embasam esse programa estão dirigidos ao atendimento das necessidades da criança e não contempla a mulher e suas especificidades. Acaba-se instituindo à mulher relações de poder sobre o controle do desenvolvimento, morbidade e

mortalidade infantil. As mesmas autoras acrescentam que as mulheres enquanto provedoras de leite materno se sentem ambivalentes entre a responsabilidade sobre os cuidados à criança e a culpa relacionada a qualquer problema que advir³.

O modelo assistencial de saúde prestado à mulher com vistas ao aleitamento materno é ainda centrado na queixa da clientela, privilegiando ações médico-assistenciais. A atuação é pautada na terapêutica medicamentosa frente a um problema apresentado na clientela, porém a prática de aleitar transcende uma técnica individual, pois ela está inserida dentro de uma organização institucional predominantemente determinada nas relações sociais e organizativas⁴.

Conhecendo as vantagens do leite materno para o bebê, alguns profissionais, ansiosos em promover o aleitamento materno a todo custo podem gerar uma cobrança à mulher para que amamente, respaldando seu discurso nas comprovações científicas que realçam o valor do leite humano.

A amamentação, dessa forma, pode apresentar para as mães em uma visão idealizada de uma maternidade romântica. Pode acontecer o mito da maternidade, sendo incorporado pelas mulheres como uma experiência de felicidade plena mediada pelo outro. Ao incorporar a imagem de mãe perfeita, a mulher não pode ressentir-se, atribuindo ao seu corpo um valor inferior ao do filho³.

A expectativa do profissional quanto ao aleitamento materno ser um processo natural e estar diante de uma mulher que nasceu com esse instinto, pode ofuscar intercorrências mamárias, pois um sintoma indicativo de alteração nas mamas é sufocado em função do sacrifício esperado para desempenhar o papel de mãe, ou por outro lado, pode distanciar da assistência de saúde a nutriz que por algum motivo não consegue amamentar exclusivamente, já que não será *aprovada* socialmente como mãe.

Assim, pode surgir a culpa, sendo este um sentimento acreditado como natural por muitos profissionais. Entretanto, as nutrizes podem se sentir culpadas porque alguém a fez se sentir assim. A culpa é um instrumento de imposição que advém da premissa de que todos os atos falhos, negligências, displicências, recusas ao sacrifício vão afetar e estragar o futuro da criança, prejudicando a relação mãe-filho e todas as relações sociais subseqüentes⁵.

O estabelecimento de diálogo que valorize a mulher como um ser envolvido em um contexto social, considerando sua individualidade, tensões, anseios, dificuldades e história de vida pode possibilitar maior segurança para que a mulher reflita sobre sua decisão em amamentar ou não o seu bebê. Cabe ao profissional de saúde, conhecedor das vantagens e dificuldades do aleitamento para a mãe e lactente, se colocar como facilitador do processo, procurando alternativas embasadas na promoção da saúde.

A intervenção de enfermagem deve ser sistematizada em todos os momentos da assistência à mulher, iniciando-se desde o pré-natal, com o objetivo de promover a saúde em defesa da vida. Ao orientar, a enfermeira explica e demonstra a mulher o que a mesma pode fazer de forma independente para alcançar o aleitamento materno saudável. Assim, permite-se que a mulher desenvolva seu autocuidado, bem como se estabelece prática que valoriza a integração do cliente com o profissional de saúde e seu meio social⁴.

Reconhecendo que a dinâmica familiar pode influenciar no modo da mulher vivenciar o papel de nutriz, é que este estudo se torna relevante, pelo fato de viabilizar a compreensão dos diversos fatores que dificultam ou facilitam o aleitamento materno exclusivo, pois desta forma a Enfermagem poderá contribuir melhor no cuidado holístico a esta mulher.

OBJETIVOS

Compreender o aleitamento materno, levantando pontos positivos e negativos sob a ótica da nutriz que está vivenciando o processo de aleitamento.

METODOLOGIA

Este estudo faz parte da linha de pesquisa *Enfermagem na Saúde da Família e Redes Sociais de Apoio* do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Está inserido no subprojeto *Rede Social de Apoio – uma proposta de estudo para atividade intersetorial de promoção da saúde* que é integrante do Projeto de Pesquisa *Educação em Saúde no Contexto da Promoção Humana: uma investigação na Enfermagem*, cadastrado junto ao CNPq.

A metodologia utilizada adotou procedimentos quantitativos e qualitativos de investigação.

A metodologia quantitativa foi utilizada com a finalidade de analisar os dados da história ginecológica e obstétrica das mulheres, bem como a estrutura familiar. A pesquisa quantitativa proporciona dados, indicadores e tendências observáveis, sendo utilizada para grande quantidade de dados demográficos, podendo ser analisados através de variáveis⁶.

Foram analisados qualitativamente os dados referentes a situações vivenciadas pelas mulheres durante o processo de amamentação, bem como a história de vida e saúde das crianças durante o período de acompanhamento. A análise qualitativa permite a descrição detalhada de uma realidade, ou seja, uma compreensão do fenômeno que se quer investigar^{6, 7}. Indicam o uso combinado dos dois métodos, sendo estes mutuamente complementados⁶.

A pesquisa se desenvolveu nos domicílios das mulheres nutrizas vinculadas à Unidade de Cuidados do Centro de Desenvolvimento Familiar e Centro de Parto Natural (CEDEFAM/CPN).

A coleta de dados foi realizada em dois momentos. Na primeira fase, foi realizada pesquisa nos 40 prontuários das gestantes vinculadas ao CEDEFAM/CPN, sendo verificados história de vida e saúde, história ginecológica e obstétrica, estrutura familiar e genograma da família.

Quanto a data provável do parto, tivemos atenção especial, visto ser este dado fundamental para a seleção das mulheres que fariam parte da segunda etapa da pesquisa, pois a previsão era de iniciarmos o acompanhamento na primeira semana de fevereiro, as mulheres que fariam parte da nossa amostra deveriam ter parido até esta data.

A segunda fase da pesquisa foi no domicílio das nutrizas, onde foram selecionadas 26 mulheres por estarem no período puerperal no momento do início das visitas domiciliares, contudo devido a critérios de acessibilidade às residências somente 13 obtiveram êxito, sendo realizadas: observação da dinâmica familiar e sua influência na saúde da nutriz; história da saúde da mulher no período de aleitamento materno, durante as consultas de enfermagem e entrevista gravada com a nutriz, em que era questionado quais dificuldades ela estava enfrentando, se havia alguém que oferecia ajuda e qual tipo de ajuda.

A apresentação e análise dos dados quantitativos foram processadas através de programas de informática, Excel. Os dados qualitativos foram transcritos na íntegra, posteriormente foram reduzidos e categorizados de acordo com a convergência das falas.

Foram respeitados os princípios éticos e legais da pesquisa que envolve seres humanos, de acordo com a Resolução N. 196/96. Para tanto, enviamos o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará para apreciação e aprovação. Solicitamos a autorização das participantes da pesquisa através de uma carta de informação com os dados da pesquisa e da assinatura de um termo de compromisso que lhes daria o direito de desistir da pesquisa a qualquer momento, como também, autorizava o uso dos dados obtidos neste estudo.

Para entrada no campo, foi enviada solicitação por escrito às nutrizes, apresentação como pesquisadora, foi informado o propósito da pesquisa e solicitado que as mesmas assinassem o termo de consentimento pós-informação. Todas as informações coletadas e analisadas foram utilizadas exclusivamente para fins científicos. Para manter o anonimato das puérperas, estas foram nomeadas com nomes fictícios, utilizando a nomenclatura de flores aleatoriamente.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Caracterização do perfil sócio-econômico e obstétrico das mulheres acompanhadas no Centro de Parto Natural

Pesquisamos os dados nos prontuários de 40 gestantes que realizavam o pré-natal no Centro de Parto Natural durante o mês de setembro de 2003. Os dados foram categorizados em: **Características sociais e familiares e História ginecológica e obstétrica.**

Quando pesquisado o número de membros das famílias das gestantes, verificamos que a maior parte possui famílias de até seis pessoas residindo na mesma casa. Correlacionando que a maioria reside em domicílios de até três cômodos, percebemos que existe uma superlotação das residências, podendo ser este um fator que pode desencadear crises no puerpério.

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DAS FAMÍLIAS DAS GESTANTES POR NÚMERO DE MEMBROS, SETEMBRO, 2003

Número de membros na moradia	Número de gestantes
1-3	18
4-6	16
>6	06
TOTAL	40

No que se refere à idade das gestantes, verificamos que a maioria se encontrava na faixa etária entre 20 a 25 anos, não sendo esta considerada de risco obstétrico. Acreditamos que selecionando mulheres nesta faixa de idade, teremos maior facilidade em realizar o posterior acompanhamento, visto que essas mulheres já passaram pelas crises próprias da fase da adolescência.

Com relação à profissão, verificamos que a categoria que teve maior número de gestantes foi a de dona de casa, tendo também um grande número de domésticas e estudantes, como demonstrado a seguir.

TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE GESTANTES POR PROFISSÃO, SETEMBRO, 2003

Profissão das gestantes	Número de gestantes
Dona de casa	10
Doméstica	08
Estudante	08
Costureira	04
Artesã	02
Babá	02
Professora particular	02
Desempregada	04
TOTAL	40

A vida produtiva deve ser entendida como àquela que apresenta atividades que rendem, fabricam ou motivam algum efeito positivo. A produção aqui referida não se limita somente a retorno financeiro, mas que origina sentimentos positivos e que expande o olhar da pessoa para um mundo maior que os limites domésticos. A vida produtiva motiva a pessoa a se qualificar nas atividades que se dedicam, causando também interesse em modificar o seu estado atual. A relação da nutriz com uma atividade extra

familiar parece estimular a mulher vivenciar o papel de mãe com prazer e satisfação, repercutindo positivamente para o aleitamento materno⁸.

No que diz respeito à escolaridade das gestantes, a maior parte possuía somente o ensino fundamental incompleto. Percebemos que se faz necessária a utilização de recursos de estímulo visual e auditivo, tais como álbuns, filmes, simulação com bonecos, para o estímulo ao aleitamento materno desde o pré-natal. Acreditamos que o baixo nível intelectual das gestantes seja um fator que dificulta as ações para a promoção do aleitamento, bem como pode prejudicar o desenvolvimento de uma vida saudável pela nutriz.

Verificamos na tabela 3 que a maioria das gestantes tem renda familiar menor que dois salários mínimos, valor monetário insuficiente para as necessidades básicas de sobrevivência, às vezes essa renda ainda é de emprego informal, tornando-se incerto o valor e o vencimento, e ainda para sustentar vários membros da família. Assim, estas vivem em situação de extrema pobreza, repercutindo diretamente na qualidade de vida e conseqüentemente na criança prestes a nascer.

A realidade de cada gestante é determinante para o desenvolvimento da gestação, para a relação que a mulher e a família estabelecerão com a criança, para a amamentação e outros cuidados⁹.

TABELA 3 – DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE GESTANTES POR RENDA FAMILIAR, SETEMBRO, 2003

Renda Familiar	Número de gestantes
<1 salário mínimo	12
1-2 salários mínimos	22
>2 salários mínimos	06
TOTAL	40

Quando pesquisado mês e ano da última menstruação, verificamos que a maioria das gestantes desconhece este dado, dificultando, por parte do profissional, o cálculo da idade gestacional, bem como da data provável do parto. Os dados estão apresentados na tabela 4.

Quando a data e o período da última menstruação são desconhecidos, deve-se proceder ao exame físico. A medida da altura uterina não é a melhor forma de calcular

a idade gestacional; nesses casos devem-se procurar sinais clínicos específicos do período gestacional. Quando não for possível determinar a idade gestacional clinicamente, solicitar o exame de ultra-sonografia obstétrica⁹.

TABELA 4 – DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE GESTANTES POR DATA PROVÁVEL DO PARTO, SETEMBRO, 2003

Mês e ano provável do parto	Número de gestantes
07/2003	02
09/2003	02
10/2003	02
11/2003	06
12/2003	03
01/2004	06
02/2004	08
03/2004	06
04/2004	05
TOTAL	40

Pesquisando o número de gestações, verificamos que a maioria se encontra na primeira gravidez, sem nenhum parto prévio, como está demonstrado na tabela 5. Portanto, tratava-se de mulheres inexperientes com relação ao papel de mãe, e conseqüentemente com maiores dúvidas ou dificuldades para a amamentação.

É importante que os profissionais reconheçam que necessidades sócio-econômicas, educação e crenças religiosas influem nos cuidados durante a gestação e no parto. Fatores que encorajam ou desencorajam cuidados adequados incluem a idade, se a mulher é casada ou solteira, o apoio familiar e a educação¹⁰.

TABELA 5 – DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE GESTANTES POR NÚMERO DE GESTAÇÕES, SETEMBRO, 2003

Número de gestações	Número de gestantes
1 gestação	16
2 gestações	10
3 gestações	07
4 gestações	04
5 gestações	02
7 gestações	01
TOTAL	40

No que se refere ao número de consultas realizadas, a maior parte das gestantes só realizou uma consulta de pré-natal.

Este dado deve estar relacionado ao fato que as mulheres, em sua maioria se encontrava no início da gravidez, ou pelo fato das mulheres iniciarem o pré-natal tardiamente. O Ministério da Saúde prevê a necessidade de pelo menos seis consultas durante o pré-natal, assegurando acompanhamento da saúde da mulher e bebê, bem como oportunidades de orientação sobre o parto, puerpério, cuidados com o recém-nascido e estímulo ao aleitamento materno exclusivo.

A adesão das mulheres ao pré-natal está relacionada com a qualidade da assistência prestada, que deve ser humanizada, contribuindo para a redução dos elevados índices de mortalidade materna e perinatal⁹.

TABELA 6 – DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE GESTANTES POR CONSULTAS DE PRÉ-NATAL, SETEMBRO, 2003

Número de consultas pré-natal	Número de gestantes
1 consulta	16
2 consultas	06
3 consultas	10
4 consultas	01
5 consultas	03
6 consultas	01
8 consultas	03
TOTAL	40

Assim, verificamos a necessidade de acompanharmos na segunda fase do estudo primárias que realizaram menos de seis consultas de pré-natal.

VIVÊNCIAS DAS NUTRIZES

As visitas domiciliares realizadas em treze nutrízes selecionadas, segundo o critério de seleção explicitado na metodologia, nos possibilitaram compreender como a mulher vivencia o período da amamentação e quem são as pessoas significativas que as apóiam.

Percebemos através das descrições das nutrízes que o puerpério é uma fase que pode gerar crises na vida da mulher e afetar diretamente os vários papéis desempenhados por ela, tais como: o papel de esposa, de trabalhadora,

de dona de casa, dentre outros. O nascimento de um filho na vida da mulher pode gerar desequilíbrio no seu cotidiano, alterando a sua rotina diária e gerando sentimentos de preocupação, temor e ansiedade, sendo necessária a colaboração da rede social de apoio, pois em momentos de estresse ocorre uma maior dificuldade relacionada ao aleitamento materno. O puerpério é um momento de transição na vida da mulher, sendo essa uma fase significativa que perdura por cerca de quarenta e cinco dias após o parto e é caracterizada pelo início da relação entre mãe e filho¹¹.

Frente a essas considerações, foram destacados pontos negativos e positivos no período em que as mesmas estavam amamentando. Foram destacadas as complicações mamárias como desencadeadora de desconforto, e portanto encarado como um ponto negativo vivido no puerpério pela nutriz e ainda o fator econômico e a dificuldade em assumir o papel materno.

Relacionados às complicações do aleitamento materno foram destacados por Rosa e Amapola em suas falas:

Foi no meu peito que criou abscesso, só nesse peito mesmo..., aí eu fiquei tomando remédio e continuo só amamentando. (Rosa)
Os primeiros dias os bicos do meu peito ficaram feridos, aí ficava ruim eu dá de mamar para ele, mas tá ficando bom... (Amapola)

Mesmo na presença de complicações as mulheres desvelaram em seus depoimentos a força de vontade de amamentar. Isso denota a importância das orientações de Enfermagem ainda no pré-natal, estimulando o aleitamento materno exclusivo, orientando quanto a sua importância e a prevenção de possíveis complicações.

Para que haja mais mulheres com essa mesma força de vontade, concordamos com autores que reforçam a necessidade de trabalhar junto à mãe desde a fase do pré-natal no sentido de apoiá-la na futura amamentação. As ações de apoio devem continuar durante os meses seguintes^{12,13}.

O fator econômico foi a dificuldade que mais predominou entre as entrevistadas, é o que evidenciamos nas falas a seguir:

Dificuldades são muitas por que eu sou separada, não tenho esposo e é isso né, é... sobre alimentação que eu não tenho direito para

dar a amamentação dela, então é... tá muito difícil, mas a gente vai levando, é. (Girassol)
Quando fui para a maternidade ter ela, meu gás acabou no domingo, na segunda-feira eu fui para a maternidade e sem nenhum tostão para o pai dela ir me buscar, tava tudo no zero. (Jasmim)

Não tive nenhuma dificuldade, nem com o bebê, nem dar de mamar, só que o dinheiro dessa casa é pouco, tenho sete filhos e recebo bolsa escola de três, só com esse dinheiro que a gente vive. (Violeta)

Para Girassol a questão financeira foi apontada como a principal dificuldade vivida neste momento, principalmente pelo fato da ausência do cônjuge. Quando há presença do esposo, as dificuldades do período puerperal são amenizadas e as responsabilidades com o filho, com a casa e as questões financeiras passam a ser divididas, não recaindo somente para a mulher; sendo assim, a puérpera desempenhará o papel materno com mais eficácia¹⁴.

Podemos ainda observar nas falas de Jasmim e Violeta a dificuldade financeira que ambas enfrentam. Jasmim relata preocupação em sua fala, quando diz ter saído para a maternidade e deixado sua família sem ter o que comer, pois não tinha dinheiro para comprar o gás de cozinha, isso justifica a dificuldade que a mesma terá tanto para criar seu filho, como para o desenvolvimento adequado da criança.

Percebemos em nossas experiências que o puerpério é um período de profundas adaptações, e apreendemos das vivências dessas mulheres a dificuldade em assumir seu novo papel, o de mãe, e iniciar um período de adaptação satisfatório para ambos: mãe e filho, como revela os depoimentos.

Quando ele chora muitas vezes não sei o que ele quer, fico aperreada... (Orquídea)
Nenhuma dificuldade, só com o sono porque ele acorda várias vezes para mamar à noite; (Margarida)

De acordo com os depoimentos de Orquídea e Margarida, evidenciamos a dificuldade que ambas tiveram em adaptar-se ao papel de mãe.

Estudos afirmam que a dificuldade em assumir o papel de ser mãe é antecipada pela ansiedade e o medo, mesmo antes do parto.

A ansiedade é especialmente aguda nos dias que antecedem a data prevista e tende a intensificar-se ainda mais

quando esta data é ultrapassada. Os sentimentos são, em geral, contraditórios, a vontade de ter um filho e terminar a gravidez e, ao mesmo tempo, a vontade de prolongar a gravidez para adiar a necessidade de fazer as novas adaptações exigidas pela vinda do bebê¹⁵.

Compreendemos que há necessidade do apoio a nutriz, para que a mesma e seus familiares possam ter respostas eficazes, ao cumprimento das exigências requeridas para vivenciar tal papel.

Relacionados aos pontos positivos, as mulheres relatam o apoio social através da família, dos amigos e dos profissionais de saúde como sendo essenciais neste momento.

Meu marido me ajuda à noite a cuidar do bebê e minha filha ajuda a limpar a casa nos finais de semana. (Copo-de-leite)

Ajuda eu recebi das meninas do CEDEFAM (acadêmicas de enfermagem) que vieram fazer as quatro visitas do resguardo... (Margarida)

Eu tenho uma amiga que é ótima... é uma mãe para mim, sempre tá me aconselhando me dizendo como é para ser e sempre me ajuda. (Girassol)

Minha mãe diz o que tenho que fazer e como fazer, fica com o bebê e me acompanha nas consultas. (Lírio)

O apoio à mulher e à família no pós-parto é fundamental para o reajustamento e equilíbrio pessoal e familiar. Este apoio pode verificar-se de diferentes formas e a diferentes níveis, o apoio social promovido pelo Estado, o apoio dos profissionais de saúde e o apoio da família e dos amigos¹⁶.

Copo-de-Leite e Lírio revelaram em suas falas a importância da família como suporte social de apoio. A aproximação dos membros familiares no período em que a mulher está amamentando, é percebida por elas como apoio de extrema importância em um momento de profundas transformações e dificuldades, sendo a família considerada um laço de amor, união e carinho.

Na fala de Margarida há ênfase do profissional de saúde, através da visita do puerpério, realizadas pelas acadêmicas de enfermagem, que revelou ser a ajuda que necessitava.

Ressalta-se a importância da visita domiciliária, onde esta deve ser realizada no máximo, até o décimo dia de puerpério, período em que ocorre os principais fenômenos de regressão dos órgãos maternos modificados pela gravidez^{12,13}.

Por último foi destacado o apoio dos amigos como suporte social, é o que diz Girassol na sua fala, pois muitas vezes quando as mulheres não têm suas famílias por perto, essas acabam indo buscar apoio através de vínculo de amizade enquanto membros da rede de suporte social.

Logo, evidenciamos que a rede de suporte social é muito importante no período pós-parto onde a nutriz além de ajuda no processo de amamentação, quanto à técnica e complicações; no seu autocuidado, tem necessidade que extrapola o físico, precisando ser entendida com relação aos seus medos, angústias e adaptações ao novo papel, o de mãe.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebemos com o presente estudo que o puerpério é um período no qual a mulher sofre várias alterações físicas e psicológicas, tornando-se, às vezes, de difícil adaptação para ela e sua família, podendo ser desencadeador de crises e, portanto, dificultar o aleitamento materno.

Algumas mulheres apresentaram complicações enquanto estavam amamentando, tais como: complicações mamárias, dificuldades financeiras e dificuldades em assumir o papel de mãe, contudo também obtivemos pontos positivos para esse período vivenciado pelas mulheres, como o apoio social através da família, dos amigos e dos profissionais de saúde como sendo essenciais neste momento.

Assim podemos observar a importância do apoio familiar e dos amigos oferecido à mulher nesse período, assim como também as orientações prestadas e dúvidas esclarecidas por parte dos profissionais de saúde, principalmente o enfermeiro, devido este profissional ser o mais citado pelas nutrizas.

O profissional de enfermagem deve procurar ver o indivíduo como um ser holístico, para que possa entender melhor os seus anseios, questionamentos e desabafos, favorecendo uma melhor adaptação do período puerperal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Silva IA. Reflexões sobre a prática do aleitamento materno. *Rev Enfermagem USP* 1996; 30(1):58-72.
2. Maldonado MT. *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. 9ª ed. Petrópolis: Vozes; 1985.
3. Nakano MAS, Mamede MV. A Prática do aleitamento materno em um grupo de mulheres brasileiras: movimento de acomodação e resistência. *Rev Latinoam Enfermagem (Ribeirão Preto)* 1999; 7(3): 69-76.
4. Pereira MJB, Assis MMA, Reis MCG. O Modelo assistencial de saúde e o atendimento de enfermagem prestado à mulher com vistas ao aleitamento materno. *Rev Bras Enfermagem* 1999; 52(3): 423-36.
5. Forna A. *Mãe de todos os mitos: como a sociedade modela e reprime as mães*. Rio de Janeiro: Ediouro; 1999.
6. Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo e qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cad Saúde Pública* 1993; 9(3):239-62.
7. Spradley JP. *Participation observation*. Flórida: Rinehart & Winston; 1980.
8. Pinheiro AKB. *Depois do parto tudo muda: um novo olhar sobre adolescentes nutrizas [tese]*. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2003.
9. Secretaria de Saúde (CE). *Saúde reprodutiva e sexual: um manual para a atenção primária e secundária (nível ambulatorial)*. Fortaleza: SESA; 2002.
10. Burroughs, A. *Uma introdução à enfermagem materna*. 6ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
11. Barbosa LP. *Toda gravidez é diferente e cada uma tem sua história [tese]*. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 1998.
12. Ministério da Saúde (BR). Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. *Manual de enfermagem: programa saúde da família*. Brasília, 2001a.
13. Ministério da Saúde (BR). Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília, 2001b.
14. Ziegel EE, Cranley MS. *Enfermagem obstétrica*. 8ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1985.
15. Maldonado MT. *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. 15ª. ed. São Paulo: Saraiva; 2000.
16. Afonso E. *Dificuldades da mulher no puerpério e apoio nesse período* 2000. [online]. [Acesso em 2003 nov 28]. Disponível em: <http://www.google.com.br/puerp.htm>.

RECEBIDO: 26/08/04

ACEITO: 20/04/05