

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ALLISON SCHOLLER DE CASTRO VILLAS BOAS

**RELAÇÃO PESSOA-A-PESSOA E ESPERANÇA NO
ACONSELHAMENTO EM ALEITAMENTO MATERNO**

SÃO CARLOS - SP
2025

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ALLISON SCHOLLER DE CASTRO VILLAS BOAS

**RELAÇÃO PESSOA-A-PESSOA E ESPERANÇA NO
ACONSELHAMENTO EM ALEITAMENTO MATERNO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos para a obtenção do Título de Doutora em Ciências da Saúde, sob orientação da Prof^ª. Dra. Monika Wernet e coorientação da Prof^ª. Dra. Mariana Ruiz Torreglosa

São Carlos - SP
2025



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Folha de Aprovação

Defesa de Tese de Doutorado da candidata Allison Scholler de Castro Villas Boas, realizada em 10/09/2025.

Comissão Julgadora:

Profa. Dra. Monika Wernet (UFSCar)

Profa. Dra. Aline Oliveira Silveira (UnB)

Profa. Dra. Bruna Felisberto de Souza (UNIP)

Profa. Dra. Maria Aparecida Bonelli (UNICEP)

Profa. Dra. Jamile Claro de Castro Bussadori (UFSCar)

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Dedico este trabalho às enfermeiras aconseladoras e as mulheres que receberam o aconselhamento em aleitamento materno, por compartilharem suas vivências, me oportunizarem novos aprendizados e a me transcender como pessoa e profissional

À Monika, que mobilizou minhas forças, me deu apoio e manteve seu 'esperançar' em mim! Minha imensa gratidão por tudo e por ser presença, colo e suporte!

AGRADECIMENTOS

Nestes quase cinco anos de doutoramento conheci e reencontrei pessoas que tornaram este processo de aprendizado repleto de significados. Entre ausências e presenças, encontros e desencontros, sofrimentos e alegrias, fragilizações e resiliência, tive na minha família, meu grande apoio e incentivo. Aos meus pais Aécio e Adélia, meu esposo João Paulo, meus filhos João Pedro e Gustavo, meu irmão Alder, minha imensa gratidão...

Agradeço à Deus, por me permitir trilhar esse caminho e colocar pessoas tão especiais ao longo deste percurso. Quero agradecer em especial à Jéssica, por estar comigo, entrevistando às mulheres e enfermeiras e, por termos um encontro tão genuíno, de vínculo afetivo e apoio mútuo.

Há tantas outras pessoas, entre familiares, amigos e professores, que quero agradecer e, o exteriorizo no encontro.

Gratidão à vida por todas as pessoas e encontros que me proporciona!

RESUMO

VILLAS BOAS, ALLISON S.C. **Relação pessoa-a-pessoa e esperança no aconselhamento em aleitamento materno**. 2025. 138f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos, Brasil, 2025.

A amamentação constitui um dos pilares fundamentais para a promoção da saúde infantil e da mulher no pós-parto e deve ser considerada nas pautas da atenção pré-natal, perinatal e de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. O aconselhamento em aleitamento materno desponta-se como tecnologia indicada para fortalecimento desta prática. Ele estrutura-se na relação horizontal e no diálogo, entre profissional e mulher/pessoa que amamenta. O aconselhamento aumenta taxas de aleitamento, fortalece vínculo mulher/mãe-criança, contribui com o empoderamento feminino e cuidados singulares. Ao profissional aconselhador está a capacidade de acolher, compreender e sustentar a pessoa que amamenta nos processos envolvidos na prática. Ademais, há sempre alguma prospecção da pessoa em relação ao cuidado alimentar de sua criança. Mediante a isto, este estudo tomou como pergunta ‘como estão caracterizadas as relações no aconselhamento em aleitamento, o quanto alcançam as subjetividades e selam um processo interacional promotor do acolhimento e esperança de mulheres?’. Os objetivos foram analisar o processo de estabelecimento da relação entre mulheres no pós-parto e enfermeiras aconselhadoras em amamentação no Alojamento Conjunto, compreender a esperança no processo da amamentação na perspectiva de mulheres que receberam aconselhamento em aleitamento materno e analisar a relação pessoa-a-pessoa entre mulheres no pós-parto e enfermeiras no contexto do aconselhamento em aleitamento materno. Pesquisa transversal, qualitativa-interpretativa, apoiada na Teoria da Relação Interpessoal (pessoa-a-pessoa) de Joyce Travelbee e no modelo multidimensional de esperança de Dufault & Martocchio. A coleta de dados ocorreu entre maio de 2024 a junho de 2025, por meio de entrevistas únicas áudiogravadas junto a quatro enfermeiras aconselhadoras e onze mulheres que receberam aconselhamento em aleitamento no alojamento conjunto de três hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde, localizados em Minas Gerais, Rio de Janeiro e Bahia. A análise temática, proposto por Naeem et (2023) foi adotada para apreciação dos dados, utilizando o software Atlas.ti® para o agrupamento de informações. A análise possibilitou a identificação de sete temas: ‘Saúde e desenvolvimento da criança: desejo

projetado no amamentar’, ‘Manejo prático da amamentação e a manutenção da esperança’, ‘Presença: uma competência avançada e cerne do aconselhamento’, ‘Aconselhamento: abertura, liberdade e esperança’, ‘Aconselhamento no Alojamento Conjunto: intervenientes’, ‘Aconselhamento: motivação e transcendência’ e ‘Aconselhamento: importância e recomendações para o acompanhamento longitudinal’. A tomada de decisão da pessoa pela amamentação sustenta-se nos desfechos intencionados à criança, melhor saúde e vida para ela, bem como a criação de laços únicos e duradouros. Estes são objetos esperançados que as mantém na busca da amamentação, do enfrentamento de seus intervenientes. A relação com a aconselhadora contribuiu com a vivência de esperança no processo. O efetivo estabelecimento da relação pessoa-a-pessoa teve como principal determinante a presença manifesta pela aconselhadora, com destaque para sua capacidade de escuta e disponibilidade em dar suporte tecendo ajustamento no esperançado pela mulher em relação a amamentação para algo factível. Isso está na dependência da presença disponível e sintonizada, a qual permanece na memória e é reativada em tempos posteriores no enfrentamento dos desafios de amamentar. A relação pessoa-a-pessoa foi central para os alcances do aconselhamento, nela os elementos interacionais foram essenciais para que a relação fosse qualificada como dialógica e horizontal. As características relacionais, comportamentais e os atributos pessoais de esperança do profissional reverberaram na experiência vivenciada pela mulher, favorecendo superar desafios do materno e amamentar, a fim de fortalecer a esperança e autonomia da mulher e o sucesso da amamentação. O aconselhamento no alojamento conjunto reverbera para tempos posteriores a ele dada a memória que a relação pessoa a pessoa edificou e teve efeitos sobre as dimensões cognitiva, afetiva e comportamental da esperança. O estudo referenda o aconselhamento em aleitamento materno enquanto prática promotora e protetora do aleitamento materno no alojamento conjunto e, a relação pessoa-a-pessoa e os processos promotores de esperança no cerne desta prática.

Palavras-chave: Aleitamento materno; Esperança; Enfermeiras; Relações Interpessoais; Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

Breastfeeding is one of the fundamental pillars for promoting child and postpartum women's health and should be considered in the agendas of prenatal, perinatal, and child growth and development follow-up care. Breastfeeding counseling emerges as a recommended technology to strengthen this practice. It is structured on a horizontal relationship and dialogue between the professional and the woman/breastfeeding person. Counseling increases breastfeeding rates, strengthens the woman/mother-child bond, contributes to female empowerment, and provides unique care. The counseling professional possesses the ability to welcome, understand, and support the breastfeeding person in the processes involved in the practice. Furthermore, the person always has some expectation regarding the nutritional care of their child. Considering this, this study took as its question 'how are the relationships in breastfeeding counseling characterized, to what extent do they reach subjectivities and establish an interactional process that promotes welcome and hope for women?'. The objectives were to analyze the process of establishing the relationship between postpartum women and nurse breastfeeding counselors in rooming-in, to understand hope in the breastfeeding process from the perspective of women who received breastfeeding counseling, and to analyze the person-to-person relationship between postpartum women and nurses in the context of breastfeeding counseling. This is a cross-sectional, qualitative-interpretative research, supported by Joyce Travelbee's Interpersonal Relation (person-to-person) Theory and Dufault & Martocchio's multidimensional model of hope. Data collection took place from may 2024 to june 2025, through single audio-recorded interviews with four counseling nurses and eleven women who received breastfeeding counseling in the rooming-in facilities of three hospitals affiliated with the Unified Health System, located in Minas Gerais, Rio de Janeiro, and Bahia. Thematic analysis, as proposed by Naeem et al. (2023), was adopted for data appraisal, using Atlas.ti® software for information grouping. The analysis enabled the identification of seven themes: 'Child health and development: desire projected onto breastfeeding', 'Practical management of breastfeeding and the maintenance of hope', 'Presence: an advanced competence and the core of counseling', 'Counseling: openness, freedom, and hope', 'Counseling in Rooming-In: intervening factors', 'Counseling: motivation and transcendence', and 'Counseling: importance and recommendations for longitudinal follow-up'. The person's decision to breastfeed is supported by the intended outcomes for the child – better health and life for the child – as well as the creation of unique and lasting bonds. These are hoped-for objects that keep them pursuing

breastfeeding and facing its challenges. The relationship with the counselor contributed to the experience of hope in the process. The effective establishment of the person-to-person relationship was mainly determined by the presence demonstrated by the counselor, highlighting her ability to listen and availability to provide support, adjusting the woman's hopes regarding breastfeeding towards something feasible. This depends on an available and attuned presence, which remains in memory and is reactivated in later times when facing breastfeeding challenges. The person-to-person relationship was central to the achievements of counseling, wherein the interactional elements were essential for the relationship to be qualified as dialogical and horizontal. The relational and behavioral characteristics, as well as the personal hope attributes of the professional, reverberated in the woman's lived experience, favoring overcoming the challenges of mothering and breastfeeding, in order to strengthen the woman's hope and autonomy and the success of breastfeeding. Counseling in the rooming-in period reverberates to times after it, given the memory that the person-to-person relationship built and its effects on the cognitive, affective, and behavioral dimensions of hope. The study endorses breastfeeding counseling as a practice that promotes and protects breastfeeding in the rooming-in context, with the person-to-person relationship and hope-promoting processes at the core of this practice.

Descriptors: Breast Feeding; Hope; Nurses; Interpersonal Relation; Qualitative Research.

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

AAM	Aconselhamento em Aleitamento Materno
AC	Alojamento conjunto
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
EAAB	Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IC	Iniciação Científica
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
MS	Ministério da Saúde
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNH	Política Nacional de Humanização
rBLH	Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano
SMAM	Semana Mundial de Aleitamento Materno
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSCar	Universidade Federal de São Carlos
UFTM	Universidade Federal do Triângulo Mineiro
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Temas, subtemas e códigos do estudo ‘Relação pessoa a pessoa e esperança no aconselhamento em aleitamento materno’. São Carlos, SP, Brasil, 2025.	58
-----------------	---	----

SUMÁRIO

1. PARTILHANDO O PERCURSO DO TEMA E DO ESTUDO.....	10
2. INTRODUÇÃO.....	22
2.1 Amamentação: indicativas governamentais	23
2.2 Histórico, conceituação e inserção do AAM nas políticas públicas.....	27
2.3 Panorama da amamentação no Brasil e a importância do AAM.....	33
2.4 A esperança como elemento relacional no AAM.....	41
3. JUSTIFICATIVA.....	44
4. OBJETIVOS.....	46
5. MATERIAL E MÉTODOS.....	47
5.1 Caracterização da pesquisa e referenciais.....	47
5.1.1 Teoria da Relação Interpessoal de Joyce Travelbee.....	47
5.1.2 Teoria da Esperança de Dufault e Martocchio.....	50
5.2 Local do estudo.....	51
5.3 Participantes	52
5.4 Coleta de dados.....	53
5.5 Análise de dados.....	54
6. ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS.....	56
7. RESULTADOS.....	57
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
9. REFERÊNCIAS.....	95
10. APÊNDICE A	107
11. ANEXOS.....	126
11.1 Parecer do Comitê de Ética.....	126
11.2 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Mulheres Aconselhadas.....	132
11.3 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Enfermeiras Aconselhadoras.....	135
11.4 Produções sobre Aleitamento Materno/ Amamentação.....	138

1. COMPARTILHANDO O PERCURSO DO TEMA E DO ESTUDO

Cuidado, relações, vínculo, empatia... estruturantes do Aconselhamento em Aleitamento Materno e da minha trajetória de vida enquanto pessoa, estudante, enfermeira e professora universitária. Iniciando a escrita deste capítulo, reflito quando e como esses elementos fundamentais surgiram... Não tenho dúvidas... foi no meu círculo familiar. Minha mãe, filha caçula e órfã de pai aos 6 anos de idade, cresceu cercada pelos cuidados materno e das suas quatro irmãs e um irmão. Com o novo matrimônio da minha avó, além de continuar sendo cuidada e protegida, passou a cuidar dos dois irmãos mais novos e sobrinhos. Nasci, cresci e vivi imersa nesse ambiente familiar de cuidado mútuo e de intensas relações de afeto, carinho e proteção. Atualmente, sou eu, enquanto filha, sobrinha, prima, tia, que assumo o papel de cuidar, fortalecer processos relacionais colaborativos, manter os laços afetivos e articular os encontros. A família sempre foi e será meu alicerce.

Tive uma infância feliz e muito brincante e, com o nascimento de primos, lá estava eu... cuidando, protegendo e brincando... Sempre gostei de crianças e com este objetivo, ingressei na graduação em Enfermagem, com o mote de trabalhar com elas... desejava estar, fazer por e ajudá-las a restabelecer da doença para logo voltarem às suas casas, famílias, escola e brincadeiras...

No primeiro ano da graduação (1990) conheci e compreendi os fundamentos teóricos do cuidar e do cuidado e, embora estudar e entender teorias, não fosse uma tarefa fácil, elas me faziam refletir o quão importante era cuidar sem julgamentos, conhecer a pessoa, sua história, sua família, ser empático, saber escutar, acolher, enfim... saber ser, para saber estar e cuidar... Uma dessas teorias foi de Joyce Travelbee, enfermeira e teórica de enfermagem no contexto da psiquiatria, que hoje adoto como referencial teórico desta tese.

Já no segundo ano ia me deparando com pacientes ansiosos, tensos, apreensivos e amedrontados que precisavam não apenas de cuidados físicos, mas, sobretudo, de apoio, atenção, conforto e segurança. Pessoas que estavam sofrendo, que queriam ser ouvidas e que, indiretamente, “pediam colo”. Embora motivada a fazer procedimentos técnicos e estudar sobre doença e tratamento, o processo interacional, era meu foco. Compreender como a pessoa se sentia e a experiência que vivenciava, me importavam.

Por intermédio dos relacionamentos terapêuticos que realizava com os pacientes ia compreendendo o impacto que a doença e a hospitalização exerciam sobre eles e sua

família e, ao procurar atender às suas necessidades, aproximava-me cada vez mais deles, estabelecendo vínculos estreitos, vínculos esses que algumas vezes permaneciam, mesmo após a alta do paciente ou após o término da minha assistência.

Recordo de uma família que me telefonou após o paciente ter falecido para agradecer o que eu havia feito por eles, dizendo o quanto eu havia sido importante para o seu familiar durante a hospitalização. Aprendi com essa família, que muito mais importante que os cuidados físicos por mim prestados, havia sido o meu envolvimento com o paciente e sua família, minha dedicação e meu compromisso em ajudá-los.

O aprendizado na disciplina de enfermagem psiquiátrica, no terceiro ano, rompeu pré-conceitos e me ajudou a re(significar) os transtornos mentais. Exercitei o olhar empático, aprendi a compreender a pessoa em sua singularidade... Conheci pessoas que adoeceram e estavam a sofrer por processos relacionais rompidos e que clamavam por uma escuta, acolhimento e sensibilidade no cuidado.

Os pressupostos da Teoria da Relação Interpessoal (pessoa-a-pessoa) de Joyce Travelbee, discutidos em sala de aula, iam sendo incorporados na vivência com as pessoas internadas em unidade psiquiátrica sob minha assistência. Consegui estabelecer interação autêntica, vínculo e cuidado empático, em especial, com dois pacientes no estágio curricular. Para um deles, fui convidada pela equipe médica a participar efetivamente do seu processo terapêutico. Estas vivências foram moldando o meu ser enfermeira.

Embora comprometida e envolvida em cuidar do adulto, continuava determinada a trabalhar com crianças, aguardando ansiosamente o momento em que pudesse assisti-las. No último ano da graduação cursei a tão esperada disciplina de enfermagem pediátrica que, similarmente a enfermagem psiquiátrica, enfatizava a pessoa e suas necessidades decorrentes da doença e hospitalização. Durante o ensino prático éramos estimulados a desenvolver as habilidades de comunicação e relacionamento interpessoais tão amplamente discutidos na teoria.

É relevante mencionar que o método adotado na disciplina era norteado pelo ensino não diretivo, inspirada pelo psicólogo, Carl Rogers, onde o aluno é o centro da aprendizagem. Nossas necessidades, interesses e experiências eram consideradas. No início da disciplina, tivemos que relatar o que esperávamos, o que pensávamos e o que queríamos aprender; o que representava para nós a criança; quais os nossos medos e anseios. Enfim, quais eram as nossas necessidades, expectativas e interesses e, de acordo com este conteúdo emergente de cada aluno em particular, é que a disciplina foi

conduzida. Como aprendi!!! Não tinha receio de perguntar, me sentia acolhida, importante e estimulada!!!

Hoje, reflito que a aprendizagem realmente acontece em espiral. Volto a estudar Carl Rogers, mas agora norteados os elementos estruturantes do Aconselhamento em Aleitamento Materno. Sim, são os mesmos que vivenciei como aluna no ensino da enfermagem pediátrica.

Aprendi na disciplina que a assistência de enfermagem à criança não se resumia apenas à prestação de cuidados físicos e, para que fosse efetiva, deveria atender às necessidades emocionais e sociais dela e de sua família. Como recurso para reconhecer e compreender as necessidades da criança ressaltava-se o brinquedo como uma necessidade básica e a utilização do brinquedo terapêutico como um instrumento efetivo de comunicação e relacionamento com ela.

O brinquedo terapêutico e seu uso foram um dos pilares da minha atuação prática como enfermeira assistencial em unidade pediátrica e motivadores na realização de novas pesquisas no meu percurso acadêmico. Busquei aprofundar conhecimentos e contribuir para uma assistência mais lúdica e acolhedora. Deste modo, ingressei na especialização em Enfermagem Pediátrica pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) em 1995 e, utilizei o brinquedo terapêutico para desvelar os sentimentos e reações emocionais do pré-escolar no pré-operatório imediato de postectomia com orientação da Prof^a Dra. Circéa Amália Ribeiro. Este estudo foi publicado na Acta Paulista de Enfermagem, v. 13(spe, n.Especial), p. 182-5, 2000.

No mestrado, iniciado em 1999, o cuidado emocional da criança continuava a direcionar o meu aprendizado e o mote das minhas pesquisas. No início deste processo, componho a publicação do artigo “Contribuições para o cuidado emocional à criança hospitalizada”, pela Acta Paulista de Enfermagem (UNIFESP. Impresso) v. 15, n.4, p. 87-95, 2002.

Com a proposta de aprofundar o tema da monografia de especialização, sou apresentada ao Interacionismo Simbólico, constituindo o referencial teórico para compreender o significado da cirurgia de postectomia para o menino pré-escolar, no pós-operatório mediato¹. O Interacionismo Simbólico afirma que o significado emerge da

¹ Dissertação de Mestrado é intitulada “Compreendendo o significado da cirurgia de postectomia para o menino pré-escolar” realizada também no departamento de enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), com orientação das Prof^{as} Dra. Conceição Vieira da Silva e Dra. Circéa Amália Ribeiro. Convido a leitura da publicação deste estudo no artigo “[VILLAS BOAS, A.S.C.](#); RIBEIRO, C.A.;

interação e, é no presente dela, a partir de um passado vivido e um futuro imaginado, que ocorre a definição da situação e todos os seus constituintes. (Charon, 2010).

Concluído o mestrado, me dediquei à formação de novos profissionais enfermeiros, como docente de graduação em enfermagem em instituições de ensino privado. Ao longo da minha vida como educanda e no papel de educador, tenho acreditado cada vez mais que aprendemos o que nos faz sentido, tem significado e nos sensibiliza. Por isso, busco conduzir os estudantes à reflexão através da sensibilização, da aproximação e do diálogo. Mas sempre pensei assim? Infelizmente não! No início, preocupava-me demasiadamente em cumprir o cronograma...

Hoje, mais uma vez inserida na pós-graduação, percebo que aprendo os conteúdos que estão relacionados com o meu cotidiano e com as minhas vivências, ou seja, aprendo o que me é significativo e o que tem ressonância com a minha vida enquanto pessoa, aluna, enfermeira e cidadã. E isso também me faz refletir no meu papel como educadora. E, como sou? Meu estilo de educar se constrói e reconstrói à medida que educo e que exerço o papel de educando. Não tenho receitas, mas alguns elementos não podem faltar! Empatia, acolhimento, humanização, sensibilidade e respeito ao aluno. Me preocupo em proporcionar vivências que façam sentido para a vida pessoal e profissional dos meus estudantes.

Minha trajetória no doutoramento inicia-se como aluna especial em duas disciplinas: “Fundamentos teóricos para pesquisa e cuidado da família” e “Estratégias para incorporação de inovações na atenção perinatal e a experiência positiva na gestação, parto e pós-parto”.

Para o primeiro encontro da disciplina “Fundamentos teóricos para pesquisa e cuidado da família” fizemos uma escrita pautada nas perguntas: Como uma família pode ser definida? O que caracteriza “famílias”? Me permito transcrever o parágrafo final que redigi à época: *“A família também se caracteriza pela ligação interpessoal, relacionamento duradouro, cuidado, compromisso e proteção mútua, reciprocidade, companheirismo e solidariedade entre seus membros, bem como na divisão de tarefas e funções para evitar a sobrecarga de um determinado membro, no entanto, estas características nem sempre estão presentes podendo tornar a família disfuncional e precisar de ajuda e intervenção de um profissional da saúde”*.

Nesta escrita emerge, sem dúvidas, a minha trajetória de vida pessoal e profissional e a preocupação que sempre tive em ser, estar, e, cuidar das famílias.

Como foi significativo aprender sobre o Pensamento Sistêmico influenciado pela Cibernética, com os conceitos do *feedback*, homeostase e causalidade circular e pela Teoria da Comunicação Humana, tomando os axiomas da comunicação (Gomes; Bolze; Bueno; Crepaldi, 2014). Discutimos e compreendi a importância de ampliar o olhar sobre a pessoa e o contexto que está inserida e que somos, enquanto profissional e pesquisador, parte do sistema que a envolve.

Sendo assim, compreendo que é essencial refletir e contextualizar nossas práticas, buscando entender a influência das relações interpessoais sobre o sujeito que estamos a cuidar. Corroboro com Moré, Macedo (2006) que pensar sistemicamente transcende a atuação profissional, enriquece e amplia a visão e a atuação como cidadãos, o que possibilita a reflexão e o diálogo em torno dos problemas sociais e comunitários de modo mais abrangente e contextualizado.

Ressignifiquei meu aprendizado sobre o Cuidado Centrado na Família, que havia aprendido no mestrado. Este modelo se ancora na parceria respeitosa e colaborativa entre profissionais, família e paciente, com esforços de reconhecimento e consideração às singularidades, valores, crenças, culturas, para alcances de relações fluidas, honestas, orientadas ao reconhecimento e valorização do outro (Smith, 2018). E foi com atenção nestes pressupostos que dei suporte a uma iniciação científica que mencionarei a diante.

Foi neste espaço de aprendizagem sobre família que conheci a Prof^ª Dra Zaida Borges Charepe, o conceito da Esperança e o Modelo de Intervenção em Grupos de Ajuda Mútua construído a partir das experiências de esperança dos pais de crianças com doença crônica. A vivência da esperança constitui também o suporte teórico desta tese.

Participar da disciplina “Fundamentos teóricos para pesquisa e cuidado da família” e do grupo de estudantes desse “Coletivo Potente e Belo” como designado pela docente responsável e orientadora desta tese, me motivou a estar inserida regularmente no programa.

Esta inserção também foi influenciada pela participação como aluna especial na disciplina “Estratégias para incorporação de inovações na atenção perinatal e a experiência positiva na gestação, parto e pós-parto”. Sem dúvida, a relação pessoa-a-pessoa, entre professor e estudante, tão significativa nas vivências na minha graduação e mestrado e presentes no encontro com as professoras destas disciplinas, foram o motivador desta vinculação.

Uma nova escrita nos foi proposta. Fomos convidados a fazê-la de forma livre, sem consulta, sem receio de erros e acertos, sobre o que entendíamos por: "Para além da sobrevivência, toda mulher e recém-nascido tem direito a uma experiência perinatal positiva" e como promover isso enquanto profissionais de saúde? Que desafio!!!!...

Mais uma vez me permito trazer a minha escrita... *“Penso que uma experiência perinatal positiva é aquela vivenciada de forma singular, respeitosa, harmônica e prazerosa pela mulher e sua família, tendo a gestação sido planejada ou não, com uma assistência qualificada e integral de forma a promover a saúde física e emocional da gestante/puérpera e seu filho, prevenir e tratar intercorrências e complicações da gestante/puérpera e neonato. E, sobretudo de promover o empoderamento da mulher para se tornar mãe, através da desconstrução de crenças e mitos e de oportunidades/espços para compartilhar angústias, temores, medos, desejos e experiências do processo de gestação, parto e nascimento... Para promover essa experiência de forma positiva os profissionais de saúde além da capacitação e qualificação técnica na assistência perinatal, devem prestar um cuidado humanizado, sendo mediador/ouvinte das necessidades físicas, emocionais, sociais da mulher e sua família proporcionando momentos/espços de partilhas de vivências e experiências para ajudar a mulher a torna-se mãe e o homem a tornar-se pai. Nestes momentos de escuta, seja durante as consultas individuais e/ou em grupos ou mesmo nas visitas domiciliares, a equipe proporciona à mulher e família uma atividade reflexiva para tomada de decisões de forma crítica e consciente de todas as etapas envolvidas neste período, bem como deste novo ciclo familiar”*

Novas escritas surgiram e aprendizados foram potencializados. Acho oportuno ressaltar alguns aspectos que se entrelaçam com esta tese: (i) re (significação) do parto e nascimento como um processo fisiológico/natural que requer intervenções para promoção da saúde e prevenção de intercorrências (no risco habitual), onde a **tecnologia relacional**, ou seja, a assistência multiprofissional qualificada, principalmente pautada no respeito, na escuta, no apoio e nas adequadas orientações e esclarecimentos de todas as etapas deste processo, permitem à mulher/gestante/puérpera e sua família a tomada de decisão e a vivência de uma experiência positiva e com o menor risco para a saúde materna e infantil, tanto a curto como longo prazo; (ii) implantação, adesão e adequação das políticas públicas/programas para a promoção da saúde das mulheres e crianças de forma contextualizada à realidade local onde está inserido o serviço de saúde. A adesão não depende apenas de financiamento econômico, mas sim do envolvimento da equipe, do

consenso nas condutas, da gestão do cuidado compartilhado, onde realmente se trabalhe em equipe e haja respeito interprofissional e multiprofissional e, sobretudo, o envolvimento /participação social dos usuários; (iii) a qualificação e atualização profissional da equipe multiprofissional através de práticas baseadas em evidências e contextualizados com a realidade local e educação permanente através de pesquisa, ensino e extensão; (iv) o empoderamento da mulher e sua família através da assistência multiprofissional qualificada e da tecnologia relacional; (v) importância fundamental das pesquisas científicas para nortear novas diretrizes e condutas a fim de impactar na redução da mortalidade e morbidade materna e infantil, principalmente, neonatal precoce, que se mostra estagnada nos últimos anos. A divulgação e discussão dos conhecimentos obtidos cientificamente precisam ter ressonância na prática assistencial e nas esferas políticas.

Os aspectos mencionados acima compuseram a escrita do relatório final do módulo I dessa disciplina e me impulsionaram a estudar sobre a *Golden Hour* e a experiência positiva ao nascimento para o neonato que foi aprofundado num podcast intitulado “Fatores intervenientes no contato pele a pele entre mãe e bebê na hora dourada”, como produto de entrega final e avaliação. Entrevistamos uma enfermeira obstétrica, doutoranda pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), desvelando que a maior dificuldade/desafio para a implementação desse cuidado está relacionada a obstáculos impostos pela equipe multiprofissional, principalmente na saúde suplementar. Mesmo diante das evidências científicas que norteiam as boas práticas ao nascimento, existem obstáculos que necessitam serem vencidos, como havíamos discutido nas aulas.

Ainda, neste semestre, outra inserção que compõe essa trajetória de aprendizados, sensibilização, criticidade e formação como pesquisadora foi a contribuição numa publicação derivada do projeto de pesquisa “Avaliação da atenção à Saúde no pré-natal segundo estudo epidemiológico e revisão crítico-reflexiva”, liderado pela Profa. Dra. Márcia Regina Cangiani Fabbro e vinculada ao grupo de estudos e pesquisa no cuidado interdisciplinar à Saúde da Mulher (CISMu), da qual faço parte. Não compus a equipe do projeto, mas acabei sendo acionada para contribuir na escrita, revisão e edição da publicação “Percepções de gestantes sobre atenção pré-natal em município do interior paulista” no Caderno Saúde Coletiva, 2024;32(4):e32040107. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202432040107>

Nesta pesquisa novos obstáculos para as boas práticas na gestação, especificamente, na atenção pré-natal, foram evidenciados. As mulheres mencionaram

que as relações com os profissionais de saúde, em especial, com os médicos, foram relações truncadas e sem espaço para a escuta. A Enfermagem teve participação inexpressiva e as gestantes fizeram denúncias de situações que se configuram como violência obstétrica, como as horas de espera para serem atendidas, não suporte informacional de acordo com suas necessidades e contextos autoritários. Este estudo me possibilitou revisitar o IS e a Análise Temática de Bardin que seriam os referenciais da pesquisa de iniciação científica, citada adiante.

E, assim, estes conhecimentos foram sendo apropriados em experiências e pesquisas que passava a compor.

No início de 2021 dei suporte a um projeto de Iniciação Científica intitulado “Percepção de mulheres acerca do cuidado centrado na família na estadia em unidade neonatal” desenvolvida pela estudante de graduação da Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), Isabela Corasini, sob financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq – Brasil).

Esta pesquisa ampliou o entendimento da experiência de tornar-se mãe em unidade neonatal por explorar a perspectiva de mulheres profissionais de saúde, com atenção ao alinhamento com o Cuidado Centrado na Família. Evidenciamos relações insuficientes em comunicação e diálogo, na contramão dos estruturantes do Cuidado Centrado na Família e relatos de mães, profissionais da saúde, que experienciaram relações difíceis, truncadas, sofridas, desconfortantes e restritivas ao processo de 'ser e tornar-se mãe' e, que desvelaram sentimentos de não pertencimento ao cuidado e de afastamento de suas crianças.

Divulgamos esta pesquisa em dois eventos científicos, no *1º Seminário Internacional da Rede Enfermagem de Saúde da Mulher dos Países de Língua Portuguesa (RESM-LP)*, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, e no XXVIII Congresso de Iniciação Científica da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), ambos na modalidade de apresentação remota em 2022. Deixo aqui, como sugestão de leitura, o artigo fruto dessa parceria que foi publicado em: [VILLAS BOAS, A.S.C.](#); CORASINI, I.; BONELLI, M.A.; OLIVEIRA, A.I.B.; PETRUCCELLI, G.; WERNET, M. Percepções das mães que são profissionais de saúde sobre as relações na unidade neonatal. *Revista Enfermagem UERJ*, v. 31, p. e74432, 2023.

No percurso desta pesquisa ampliei o aprendizado teórico e prático sobre o Cuidado Centrado na Família, o Interacionismo Simbólico e a Análise Temática de Bardin. Mais do que isso, refleti o quão distante estão os profissionais da saúde, sobretudo

da enfermagem, de um cuidado centrado na família e na relação interpessoal (pessoa-a-pessoa), referencial desta tese, para o encontro genuíno com o outro, que permita expor a si mesmo e suas necessidades e, assim, ser cuidado na sua integralidade. Inquietações que puderam ser discutidas e contextualizadas na disciplina “Integralidade e Humanização na atenção ao recém-nascido de risco e sua família” cursada simultaneamente a esta pesquisa.

Acompanhar o processo de formação de estudantes na graduação em enfermagem da UFSCar na disciplina “Atenção à Saúde da Família” como requisito da disciplina “Formação para a Docência em Saúde I” e, sobretudo da Isabela, durante toda sua pesquisa foi um rico aprendizado para minha experiência como pesquisadora e docente. Desde então, a disparidade de vivências teóricas e práticas possibilitadas na formação dos estudantes da universidade pública em relação às privadas, da qual estou inserida, me geram inquietações e me mobilizam a pensar e estruturar projetos de extensão. Certamente, voltaremos a esta contextualização nos dois últimos capítulos desta tese.

Voltando... Entrevistar e analisar a vivência destas mulheres e acolher as inquietações da Isabela Corasani na condução da sua iniciação científica ao se deparar com o sofrimento relatado por elas, ressalta a importância de sensibilizar os estudantes em formação, com vivências que o façam significar a importância dos processos interacionais; Bem como, conduzi-los a (re)significar o simbolismo do profissional de saúde que, muitas vezes, por postura autoritária e falta de abertura ao diálogo, podem provocar receios, desconfortos relacionais e obstáculos para o engajamento em processo interacional colaborativo.

Uma das experiências que me ajudaram a decidir o tema desta tese foi a participação ativa na Roda pós-parto on-line do Projeto de Extensão: “Ambulatório EntreLaços” (2021 a 2022) coordenada pela Prof^a Dra Jamile Claro de Castro Bussadori e com inserção de estudantes e docentes dos cursos de Enfermagem, Medicina, Psicologia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos. O espaço virtual foi aberto em abril de 2021 como uma estratégia de continuidade ao grupo de gestantes (também online) ofertado pela mesma equipe, criando assim movimento de apoio e compartilhamento de experiências pós-parto.

Dessa forma, após o parto, as mulheres e suas parcerias foram convidadas a compor este grupo e, aquelas que aceitaram, foram incluídas em grupo de troca de mensagens e participavam de momento síncrono quinzenal. Os principais temas abordados nos encontros foram: aleitamento materno e desmame, cuidados com bebê,

cuidados com mãe no pós-parto, sexualidade quando se tem crianças pequenas, saúde mental, retorno ao trabalho, desenvolvimento infantil.

Dessa experiência, presenciamos conflitos nas mulheres pelo entrecruzamento dos papéis que levavam a sofrimentos e dificuldades para tomadas de decisão diante da maternidade. Foi um espaço de apoio e compartilhamento de experiências pós-parto. Atuamos, enquanto equipe como mediadores, com estímulo e acolhimento para a exposição de modos de pensar, agir e sentir a maternidade.

Contar com espaço para falar e ser escutada, onde pares referendam e dialogam acerca do exposto, conduziu as mulheres ao desenvolvimento de autonomia e crítica para seu processo de tornar-se mãe, ainda mais num momento de diminuição de apoio social presencial desencadeado pela pandemia do Covid-19.

Essa atividade permitiu suporte à maternidade e a compreensão do significado do tornar-se mãe e suas implicações, bem como, a importância da escuta atenta e qualificada, do acolhimento, do vínculo e das relações interacionais para a prática profissional. Componho como autora dos trabalhos apresentados em dois eventos científicos: 1º *Seminário Internacional da Rede Enfermagem de Saúde da Mulher dos Países de Língua Portuguesa (RESM-LP)* no eixo temático Experiências inovadoras, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e, no *Simpósio Internacional de Saúde, Cuidado e Enfermagem e VI Encontro de Pós-graduação em Enfermagem do Nordeste*, eixo temático Cuidado em Saúde e Enfermagem, realizado pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), ambos em formato virtual, em 2022.

Nessas vivências e aprendizados relatados aqui, há o entrecruzamento dos processos interacionais, da integralidade do cuidado e da relação pessoa-a-pessoa, compondo a escolha do referencial teórico. Mas quando surge o desejo de estudar sobre o Aconselhamento em Aleitamento Materno?

No suporte à Iniciação Científica, na participação da Roda pós-parto on-line roda pós-parto do Projeto de Extensão: “Ambulatório EntreLaços” e nas disciplinas cursadas, as dificuldades no manejo da amamentação e no apoio a esta prática, foi manifestado. No entanto, a escolha surge após a pesquisa de revisão integrativa realizada sobre a visita domiciliar na primeira semana pós-parto. No *continuum* dos temas tratados nos estudos desta revisão, o aleitamento materno foi amplamente mencionado e evidências de crianças, já na primeira semana após seu nascimento, em aleitamento misto foi destacado.

Os resultados assinalaram alcances favoráveis de saúde quando da incorporação de visita domiciliar desde a primeira semana após o parto e nascimento, com tendência de intervir sobre vulnerabilidades e risco à vida e saúde, promover a vinculação da puérpera e família na atenção primária em saúde e promoção da integralidade. A visita domiciliar teve alcances de promover o aleitamento materno misto, evitando a alimentação plena da criança com fórmulas ou leites não humanos. No entanto, estes desfechos estão sugeridos como de relação direta com o acolhimento de necessidades particulares e endossou a influência do vínculo na qualidade do encontro.

Convido-os à leitura do artigo fruto desta pesquisa: BOAS, A.S.C.V.; DE OLIVEIRA, A.I.B.; DE SOUZA, B.F.; DE SOUZA, G.A.; DE MEDEIROS, T.S.; OLIVEIRA, L.R.B.; TORREGLOSA RUIZ, M.; WERNET, M. Visita domiciliar na primeira semana pós-parto: revisão integrativa. Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR, v. 27, p. 5035-5056, 2023. Ressalto que as evidências encontradas foram apresentadas no 2º *Seminário Internacional da Rede Enfermagem de Saúde da Mulher dos Países de Língua Portuguesa (RESM-LP)* no eixo temático Experiências inovadoras, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (formato virtual) e no I Congresso Internacional de Prevenção e Vigilância do Óbito Infantil (CIPVOI), eixo temático: Estratégias exitosas para a prevenção e vigilância do óbito infantil, em Salvador (presencial), ambos em 2024.

Neste processo de pesquisa conheci a Profa Dra Mariana Torreglosa Ruiz, coorientadora desta tese e passo a compor a parte qualitativa do estudo multicêntrico em Aconselhamento em Aleitamento Materno (AAM), sob sua liderança.

Este estudo iniciou com uma pesquisa piloto de ensaio clínico randomizado, onde foi testada a efetividade de um protocolo de pesquisa para investigar a influência do AAM na duração e manutenção do aleitamento materno exclusivo. As mulheres participantes da pesquisa foram assistidas no nascimento dos seus filhos nas dependências de três hospitais (centros) vinculados ao Sistema Único de Saúde, localizados em Minas Gerais, Rio de Janeiro e Bahia. Foram distribuídas em dois grupos distintos: controle e intervenção. O grupo controle recebeu orientações e cuidados institucionais padrão e o grupo intervenção, recebeu aconselhamento individualizado a partir das suas dúvidas e preocupações relacionadas ao aleitamento materno por enfermeiro capacitado para a intervenção. Ao todo foram realizadas de duas a quatro sessões de aconselhamento durante a internação da díade no Alojamento Conjunto e ao longo do primeiro semestre de vida.

Para compor a parte qualitativa deste estudo e compreender a vivência e o significado atribuído por essas mulheres sobre o Aconselhamento em Aleitamento Materno, sou apresentada à Jessica, mestranda da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) e orientanda da Profa Mariana. Que encontro!!! Trilhamos juntas nossos estudos numa parceria fluída, repleta de afeto e aprendizados.

Participamos, até o momento, de um evento científico com o trabalho “Motivações, Intenção e Aconselhamento em Aleitamento Materno” apresentado no 2º *Seminário Internacional da Rede Enfermagem de Saúde da Mulher dos Países de Língua Portuguesa (RESM-LP)* na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (formato virtual) em 2024 e da publicação (em prelo) intitulada: "Tomada de decisão acerca da amamentação: experiências de mulheres que receberam aconselhamento em aleitamento materno" na Revista Brasileira de Enfermagem. ID REBEn-2024-0599.

Ah, não posso deixar de mencionar que sou mãe e como tal, também precisei de suporte e apoio. Sim... tive dificuldades em iniciar a amamentação do meu primogênito. Era a primeira vez que produziria leite e amamentaria... não sabemos como será! Entender os benefícios do leite materno e estar decidida a amamentar, exclusivamente até os seis meses, foi primordial! Mas, ter suporte no alojamento conjunto para iniciar a amamentação e apoio nas primeiras semanas, foi indispensável... De quem veio o suporte? De uma enfermeira. De quem veio o apoio? Do meu marido...

Também vivenciei a hospitalização do meu segundo filho com cinco dias de vida para tratamento da hiperbilirrubinemia fisiológica. Estar no puerpério e sem acompanhante (minha mãe hospitalizada e meu marido no cuidado com meu filho mais velho), me deixou vulnerável e desencadeou sofrimentos. Como me senti cuidada por uma técnica de enfermagem! Seu carisma, seu olhar doce, sua paciência e atenção... como desejava que ela cuidasse do meu filho e de mim no dia seguinte... Estar neste local também contribuiu e continua contribuindo com meu olhar empático e a singularidade do cuidado.

É sobre a importância da relação pessoa-a-pessoa e do esperar no aconselhamento em aleitamento materno que te convido a ler e refletir... Desejo uma leitura prazerosa, significativa, transformadora e mobilizadora, e faço votos de contribuir com a qualificação do cuidado a mulheres que amamentam e aos profissionais que dão suporte a elas, suas crianças e famílias.

2. INTRODUÇÃO

Apesar dos esforços para promover o aleitamento, os índices de amamentação exclusiva no Brasil ainda permanecem abaixo da meta de 50% recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (UFRJ, 2021). Estudo de metanálise realizada por McFadden et al (2017) evidenciou que o aconselhamento em aleitamento materno (AAM) é uma intervenção eficaz para aumentar as taxas de aleitamento, inclusive da amamentação exclusiva. O AAM é entendido como um processo de interação entre conselheiros e mulheres que amamentam ou pretendem amamentar tendo como mote capacitar a mulher para a amamentação respeitando sua realidade e desejos pessoais (WHO, 1998).

Neste contexto, o AAM está reconhecido como um componente essencial da atenção primária (Brasil, 2017), com oferta ainda desigual no país, concentrando-se majoritariamente em áreas urbanas centrais (Cavalcanti et al., 2025). E, mesmo nestas localidades, a implementação sistemática dele no alojamento conjunto (AC) é lacunar (Cavalcanti et al., 2025), com necessidade de se discutir as potencialidades do AAM no AC para o alcance da proteção e promoção do aleitamento materno².

O cuidado, como prática profissional de enfermeiros, estrutura-se no encontro entre o profissional e a(s) pessoa(s) demandante(s) de seu cuidado. Implica em compromissos do profissional com uma presença interessada, voltada ao entendimento da situação a ele apresentada e identificação de necessidades nela presentes. Portanto, o cuidado é uma criação dependente do encontro e que será obstaculizado sempre que existir ‘coisificação’ da pessoa e/ou da relação (Ayres, 2017). Ao profissional estão postas competências relacionais, com destaque para a empatia, comunicação eficaz e escuta sensível (Silva et al., 2017).

Nesta direção, Ayres (2004a) alerta sobre o perigo da objetivação ‘dessubjetivadora’ da obsessão pelo desfecho e intervenção como aspectos que desfavorecem a intersubjetividade a estabelecer-se e, conseqüentemente, o projeto daquele que se apresenta ao profissional para ser cuidado (Ayres, 2004a).

Na atenção à saúde, algumas pautas, sobretudo aquelas com uma robustez de evidências, contribuem com um posicionamento profissional prescritivo, pouco

² Neste estudo adota-se o termo aleitamento materno por alinhar-se ao disposto nos documentos oficiais da OMS, do UNICEF e nomenclatura adotada oficialmente pelo Ministério da Saúde do Brasil. No entanto, a adoção por este termo, não exclui ou reduz a prática ao viés cis heteronormativo relacionado ao aleitamento humano.

dialógico, de tendência a determinar à(s) pessoa(s) o como fazer e ser. Nessa direção, aquelas envolvidas com o aleitamento materno podem estar entre elas, pois o leite humano é sabidamente o alimento padrão ouro para lactentes, endossando a indicação de aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida de toda criança, complementado com outros alimentos até, pelo menos, o segundo ano de vida da criança, recomendação assinalada pela OMS (WHO, 2023a).

O leite humano é seguro, fornece todos os nutrientes necessários para o desenvolvimento saudável da criança e contém anticorpos que ajudam a protegê-la contra muitas doenças (WHO, 2023a). Na mesma linha, a Academia Americana de Pediatria (AAP) aponta ser o leite humano a referência biológica padrão para a alimentação e nutrição infantil (AAP, 2022). Por sua vez, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) destaca ser o aleitamento uma intervenção de saúde pública eficaz para salvar vidas e melhorar a saúde infantil e materna em todo o mundo (UNICEF, 2022).

Nos primeiros seis meses de vida da criança o leite humano é completo na perspectiva nutricional, contém oligossacarídeos, enzimas, hormônios, células-tronco e imunoglobulinas exclusivas e promotoras de proteção contra diversas infecções, com destaque para as respiratórias e gastrointestinais (Victora et al., 2016). Ainda, previne morbidades futuras como obesidade, diabetes tipo 1 e tipo 2 e certos tipos de câncer infantil (Victora et al., 2016).

Ao profissional de saúde cabe ações para que o leite humano seja o alimento ofertado à criança em seus primeiros anos de vida, de modo que a promoção, proteção e apoio da amamentação estejam nas pautas abordadas nas interações da atenção pré-natal, perinatal e de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.

Indubitavelmente, a amamentação constitui um dos pilares fundamentais para a promoção da saúde infantil e materna, motivo pelo qual está entre as prioridades nas políticas públicas de saúde no Brasil, sobretudo a partir da década de 80 (Brasil, 2017) e nesse contexto o AAM.

2.1 Amamentação: indicativas governamentais

No arcabouço da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno, destacam-se iniciativas e ações para o fortalecimento do aleitamento no país como: a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (Brasil, 2013a), a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (Brasil, 2011a) e a Rede Amamenta Brasil (Brasil,

2011b). Ademais, esta política que valoriza o leite humano como primeiro e melhor alimento para a criança objetiva garantir a ampliação de banco de leite humano, reconhecidos internacionalmente como estratégicos e necessários para a promoção e proteção do aleitamento (Brasil, 2017a).

Segundo Souza et al. (2023), o Ministério da Saúde, tem ampliado os investimentos em estratégias voltadas à promoção do aleitamento. Destaca o autor, que em 2021 foi destinado mais de R\$ 16 milhões à proteção e apoio do aleitamento materno e à alimentação complementar adequada para crianças de até dois anos por meio da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), estabelecida pela Portaria n° 1.920/2013. Além disso, implementou a estratégia Agosto Dourado, regulamentada pela Lei n° 13.435/2017, que utiliza a cor dourada como símbolo da excelência nutricional do leite humano (Souza et al., 2023).

Essa mobilização demonstra não apenas o reconhecimento da importância da amamentação como direito da criança (Brasil, 1990), mas também a articulação entre políticas públicas, ações educativas e investimentos financeiros concretos que sustentam a continuidade das estratégias de cuidado à primeira infância, constituindo o segundo eixo da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) (Brasil, 2015a).

A OMS recomenda a amamentação exclusiva até os seis meses de idade e a complementação até os dois anos ou mais (Brasil, 2009; Brasil, 2015b).

De acordo com o Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI-2019), apenas 45,8% das crianças menores de seis meses recebem exclusivamente leite materno, enquanto a meta nacional estabelecida é de pelo menos 50% até 2030 (UFRJ, 2021). Essa realidade revela a complexidade dos fatores que envolvem o processo de amamentação, entre os quais incertezas, expectativas e desafios enfrentados pelas mulheres e seu apoio familiar sobre manejo, posicionamento, quantidade e descida do leite humano, além de dificuldades como traumas mamilares e intercorrências mamárias (Oliveira et al., 2024).

Mitos e crenças de leite fraco e/ou insuficiente (Perez-Escamilla et al., 2023; Rollins et al., 2023), dor associado ao trauma mamilar (Bourdillon; Mccausland; Jones, 2020), comportamentos infantis típicos, como o choro do bebê, explorados como patológicos pela indústria de fórmulas lácteas (Perez-Escamilla et al., 2023; The Lancet, 2023), sentimento de impotência da família em dar suporte aos sofrimentos da nutriz devido aos problemas mamários, falta de apoio dos serviços de saúde e despreparo dos profissionais para lidar com os mitos, dificuldades e necessidades informacionais e

emocionais demandadas pelas mães (Oliveira et al., 2024), influenciam na manutenção e duração da amamentação.

O exposto evidencia a importância de estratégias públicas que integrem a promoção, proteção e apoio ao aleitamento, priorizando escuta sensível e a construção de vínculos no acompanhamento da mulher, criança e família no pós-parto/nascimento. Nessa direção, a EAAB, iniciativa do Ministério da Saúde, consolida-se como ação estruturante na Atenção Primária à Saúde (APS), com foco no fortalecimento da amamentação e da alimentação complementar adequada (Brasil, 2013a).

A referida estratégia busca, sobretudo, qualificar os profissionais para práticas de cuidado baseadas no acolhimento e na escuta ativa, com foco na singularidade de cada pessoa e de sua experiência com a maternidade (Brasil, 2013a), e podemos acrescentar aleitamento. Neste paradigma, o AAM desponta-se como ferramenta essencial ao propor a centralidade no diálogo, na relação horizontal estabelecida entre profissional e mulher/pessoa que amamenta (Brasil, 2015b). Essa prática adota os princípios da autenticidade, sentimento positivo e empatia da Terapia Centrada no Cliente de Carl Rogers (Patterson; Eisenberg, 2003) e, é compreendida como uma prática orientadora que visa à promoção da autonomia da pessoa que amamenta, ao mesmo tempo em que se ancora em princípios de escuta qualificada e vínculo afetivo (Brasil, 2015b).

É relevante destacar que o curso “Aconselhamento em Amamentação: um curso de treinamento” foi inicialmente realizado em 1991, nas Filipinas, como estratégia da OMS em colaboração com a UNICEF para reduzir as diarreias na infância e promover o aleitamento materno. No Brasil, foi ministrado pela primeira vez em 1995 (Bueno; Terruya, 2004).

Os cursos de AAM contemplam uma carga horária teórica e prática, variando de 20 a 40 horas, onde são discutidas e aprimoradas habilidades de ouvir e aprender além de aumentar a confiança e dar apoio à mulher que amamenta ou deseja amamentar. Entre os recursos utilizados no aconselhamento estão a prática de comunicação não-verbal, a remoção de barreiras físicas, o uso de linguagem simples e a criação de um espaço para que a mãe possa se expressar livremente. (Brasil, 2015; WHO, 2018; WHO, 2021).

A proposta do AAM ultrapassa a simples transmissão de informações. Trata-se de um processo interacional dialógico (Cavalcanti et al., 2025) entre aconselhador e gestante ou mãe, que pressupõe empatia, respeito aos desejos pessoais, apoio emocional e reconhecimento das subjetividades envolvidas no ato de amamentar (Brasil, 2015b; Bueno; Teruya, 2004; WHO, 2018). Tal abordagem se alinha aos princípios da

humanização do cuidado e reconhece que os fatores emocionais, sociais e relacionais exercem influência direta sobre a decisão e a manutenção da amamentação (Oliveira et al., 2024). Assim, ao considerar o AAM como estratégia orientadora, torna-se evidente sua natureza relacional, pautada na escuta qualificada e na construção de sentidos com a mulher (BRASIL, 2015b) que amamenta.

A OMS reforça que o sucesso da amamentação está atrelado não apenas ao conhecimento técnico das profissionais, mas também à sua capacidade de estabelecer relações de confiança, empatia e respeito com as mulheres/pessoas atendidas (WHO, 2018).

A dimensão relacional do AAM adquire relevância ainda maior no período pós-parto, marcado por intensas transformações físicas, emocionais e sociais na vida da mulher (Rollins et al., 2023; Silveira et al., 2021). Esse momento costuma ser de vulnerabilidade e o apoio qualificado pode representar uma mediação relevante, inclusive, no que tange a prática da amamentação e/ou continuidade do aleitamento (OPAS, 2022). Como destaca Percídio (2025), o acolhimento das demandas subjetivas da mulher no puerpério contribui para a redução de sentimento de culpa e fracasso, promovendo um ambiente de maior segurança emocional e fortalecimento do vínculo mãe-bebê.

Destarte, a PNH, que orienta os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), indica aos profissionais práticas acolhedoras, solidárias e resolutivas (Brasil, 2013b). A humanização, nesse contexto, está entendida como valorização dos sujeitos envolvidos no processo de cuidado, com ênfase na escuta, na autonomia e na corresponsabilidade (Silva et al., 2022).

Ao direcionarmos a atenção para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), verificamos contributos de apostas no aleitamento, especialmente, quanto ao ODS 2 que propõe acabar com a fome e promover a segurança alimentar e a nutrição adequada (2.1 e 2.2); ao ODS 3, que visa assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, com destaque à redução da mortalidade neonatal e infantil (3.2). Ademais, se tomarmos a estratégia do AAM podemos acrescentar o ODS 16, que trata do acesso à informação e fortalecimento institucional (16.1, 16.7 e 16.10) (ONU, 2015). O fortalecimento do aleitamento materno por meio de ações humanizadas e baseadas na escuta contribui de forma direta para a realização desses compromissos globais assumidos pelo Brasil.

2.2 Histórico, conceituação e inserção do AAM nas políticas públicas

Historicamente, os saberes sobre amamentação eram transmitidos de geração em geração, muitas vezes mediados pelas próprias experiências femininas no seio familiar (Monteiro, Nakano, 2011). Isso ainda ocorre, mas com o advento da medicalização do parto e do puerpério no século XX, essa prática foi atravessada por colocações de pessoas externas ao círculo familiar, sejam profissionais de saúde ou mensagens da socialização ampliada, por meio dos meios de comunicação em massa. Em decorrência disto, a prática da amamentação sofre fragilização com desdobramentos para as taxas de aleitamento de crianças (Monteiro, Nakano, 2011).

A construção de políticas públicas voltadas à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno é resultado de uma articulação histórica entre recomendações internacionais e esforços nacionais em resposta aos desafios de saúde materno-infantil. A partir da década de 1980, a OMS e o UNICEF passaram a reconhecer o aleitamento como um direito humano e um investimento estratégico para o desenvolvimento sustentável, fomentando declarações, códigos e pactos que orientaram ações em âmbito global (Melo; Oliveira; Pereira, 2021).

Um dos documentos mais importantes nesse processo é a Declaração de Innocenti, firmada em 1990, que estabeleceu quatro pré-requisitos fundamentais para o sucesso das políticas de amamentação: (1) o estabelecimento de um comitê nacional de aleitamento; (2) a garantia de treinamento dos profissionais de saúde; (3) a implementação da IHAC; e (4) a adesão ao Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno. Este último, elaborado em 1981 e revisado em 1986, marco ético e normativo no combate à influência indevida da indústria de fórmulas infantis (OPAS, 2025; Venâncio; Toma, 2019).

No Brasil, essas diretrizes internacionais foram incorporadas progressivamente às políticas públicas, com destaque para a implementação da IHAC a partir de 1992. Essa estratégia tem como objetivo transformar as rotinas hospitalares de parto e nascimento, promovendo boas práticas baseadas nos "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno", entre as quais se destacam o início precoce da amamentação e o não oferecimento de bicos artificiais ou fórmulas sem necessidade clínica (Brasil, 2011a). Segundo Paiva, Pereira e Aragão (2024), a IHAC representou uma inflexão importante na assistência obstétrica brasileira, ao incluir o aleitamento como dimensão central do cuidado perinatal e promover a humanização da atenção nas maternidades.

Complementarmente, políticas mais recentes como a EAAB e a PNAISC incorporaram o aconselhamento em amamentação como ferramenta estruturante da atenção primária. A EAAB, em especial, busca qualificar o cuidado por meio da formação de tutores e da reorganização dos serviços, promovendo a escuta qualificada e o vínculo entre os profissionais e as mulheres atendidas (Brasil, 2013a; Souza et al., 2023). Já a PNAISC, instituída em 2015, consolida o aleitamento materno como um dos eixos prioritários da atenção integral, reforçando o papel da rede de atenção à saúde na garantia dos direitos das crianças e das mulheres (Brasil, 2015a).

A articulação entre os compromissos internacionais e as políticas nacionais também pode ser observada nas ações intersetoriais voltadas à promoção do aleitamento nos espaços comunitários e nas redes de apoio social. Nesse contexto, destaca-se a Semana Mundial de Aleitamento Materno (SMAM), comemorada anualmente em agosto, como uma iniciativa global coordenada pela Aliança Mundial para Ação em Aleitamento Materno (WABA), com apoio da OMS e do UNICEF. No Brasil, a SMAM foi institucionalizada por meio da Lei nº 13.435/2017, que prevê a realização de campanhas educativas com o objetivo de sensibilizar a sociedade para os benefícios do aleitamento, mobilizando profissionais, gestores e famílias em torno da causa (Brasil, 2017b).

Outra frente importante de atuação tem sido o fortalecimento da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (rBLH), considerada a maior e mais complexa do mundo. Coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e articulada ao Ministério da Saúde, a rBLH não apenas coleta, processa e distribui leite humano pasteurizado para recém-nascidos internados, como também atua como polo de apoio ao aleitamento materno, oferecendo orientação, capacitação e acolhimento às mães doadoras e às famílias atendidas (Venâncio; Toma, 2019). Segundo dados recentes da rBLH, mais de 1,6 milhão de atendimentos relacionados à amamentação foram realizados em 2023, o que evidencia o alcance e a relevância dessa política pública para a saúde neonatal e a equidade no acesso ao alimento ideal (Brasil, 2024)

Além das ações focadas na atenção à saúde, é preciso considerar a importância das políticas de proteção social na consolidação do aleitamento como direito. A licença-maternidade de 120 dias prevista na Constituição Federal de 1988 e ampliada para 180 dias através do Programa Empresa Cidadã (Lei nº 11.770/2008) representa uma medida crucial para a garantia do aleitamento exclusivo nos primeiros seis meses de vida, conforme recomendação da OMS (Brasil, 2008). No entanto, a cobertura ainda é limitada, sobretudo no setor informal, o que acentua desigualdades de gênero e de classe no

exercício do direito à amamentação (Paiva; Pereira; Aragão, 2024). A ausência de políticas robustas de licença-paternidade e de incentivo à parentalidade compartilhada também compromete o suporte necessário às mulheres lactantes, reforçando a responsabilização exclusiva das mães no cuidado (Paiva; Pereira; Aragão, 2024; Oliveira; Moreira, 2013).

É nesse cenário que se insere o debate contemporâneo sobre os direitos reprodutivos e a centralidade do AAM enquanto prática emancipadora. As políticas públicas mais avançadas reconhecem que promover o aleitamento não é apenas difundir informações sobre seus benefícios, mas também construir relações de confiança e escuta com as mulheres, respeitando suas escolhas e contextos (Melo; Oliveira; Pereira, 2021). Esses mesmos autores entendem o AAM como um processo dialógico que contribui para a autonomia materna a partir da valorização das vivências e da superação de barreiras sociais, emocionais e culturais que permeiam o ato de amamentar (Melo; Oliveira; Pereira, 2021).

Por fim, cabe destacar que o fortalecimento das políticas públicas de incentivo ao aleitamento exige investimento contínuo em formação profissional, monitoramento de indicadores e articulação com outras agendas da saúde pública, como a nutrição, os direitos da infância e a equidade de gênero (Paiva; Pereira; Aragão, 2024). A sustentabilidade dessas políticas depende da compreensão de que o aleitamento materno não é um gesto isolado, mas um fenômeno social, relacional e estruturado por determinantes sociais da saúde (Percídio, 2025).

Peres e Pegoraro (2014) afirmam que o Brasil tem uma legislação abrangente que protege a maternidade e a amamentação, mas referem que a efetivação desses direitos não é equânime, sendo mais acessível a grupos com maior poder aquisitivo e escolaridade, o que evidencia uma desigualdade de classes. O problema, segundo Peres e Pegoraro (2014), não é a falta de leis, mas a carência de políticas públicas que as implementem, agravada pela desinformação que limita a autonomia e impede que as pessoas usufruam de conquistas essenciais para a qualidade de vida da mulher e da criança.

A adesão aos compromissos internacionais, como os ODS, especialmente o ODS 3 (Saúde e Bem-Estar) e o ODS 5 (Igualdade de Gênero), mencionados anteriormente, reafirma o papel do Estado na criação de condições para que todas as mulheres possam exercer, de forma plena e informada, seu direito de amamentar (OPAS, 2025).

O Brasil figura como referência mundial nas ações de promoção do aleitamento, sobretudo a partir da formulação da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao

Aleitamento Materno, que consolida diretrizes para o apoio institucional e comunitário à lactação (Brasil, 2017a). O AAM, nesse escopo, é compreendido como ferramenta pedagógica e relacional que visa não apenas instruir, mas acolher dúvidas, medos e resistências vivenciadas no período pós-parto, respeitando a singularidade de cada puérpera (UNICEF, 2022), baseadas na escuta qualificada, no vínculo e na corresponsabilização, princípios fundamentais do aconselhamento em saúde (Brasil, 2015b). Tal abordagem rompe com a lógica normativa e prescritiva ao reconhecer que a decisão de amamentar é atravessada por múltiplos fatores sociais, emocionais, culturais, econômicos (Freitas et al., 2023) e políticos (Peres; Pegoraro, 2014).

O AAM, portanto, se distancia de um modelo intervencionista e técnico para assumir uma dimensão ética e humanizada, conforme proposto por autores como Costa e Couto (2023), que enfatizam a construção de vínculos terapêuticos e a valorização da escuta empática. Ao mesmo tempo, a prática incorpora conhecimentos técnico-científicos sobre a fisiologia da amamentação, as técnicas de pega e posição e os sinais de sucesso ou dificuldade na lactação, exigindo qualificação dos profissionais envolvidos (Gomes, et al., 2024; Medeiros et al., 2020).

Estudos como o de Vieira et al. (2020) revelam que a interrupção precoce do aleitamento materno muitas vezes está relacionada à ausência de apoio e de orientações adequadas nos primeiros dias após o parto. Isso reforça a necessidade de estratégias relacionais como o AAM, capazes de acolher e orientar a mulher de forma contínua e humanizada.

Importante destacar que o AAM não se dá apenas em consultas formais. Ele pode ocorrer em diversos espaços: nas unidades básicas de saúde, nas maternidades, nas visitas domiciliares e até mesmo em rodas de conversa com outras mães. A descentralização dessa prática é um dos pilares da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (Brasil, 2013a) que reconhece os territórios e as redes de apoio como fundamentais para o sucesso da amamentação.

A centralidade do AAM como tecnologia leve em saúde também é ressaltada por Gomes e Oliveira (2021) ao apontarem que ele funciona como mediador entre as recomendações das políticas públicas e a vivência subjetiva da mulher.

Diante dessa complexidade, o AAM é reconhecido como uma prática interdisciplinar que envolve enfermeiros, médicos, nutricionistas, psicólogos e outros profissionais da saúde. Todos devem estar capacitados para oferecer suporte empático e técnico às pessoas lactantes. A formação adequada desses profissionais é um ponto crítico

destacado por Freitas et al. (2023) que apontam a necessidade de ampliar a capacitação em aconselhamento nas graduações da área da saúde e nos cursos de educação permanente.

Pesquisa de Siqueira, Sanches, Guardia, (2019), realizada com enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Taubaté, evidencia que um dos principais desafios enfrentados pelos profissionais está relacionado à fragilidade na formação para o aconselhamento em amamentação. Os autores destacam que, embora os profissionais reconheçam a importância dessa prática, sentem-se despreparados para lidar com as singularidades emocionais e socioculturais das mães no pós-parto, o que compromete a efetividade do apoio prestado (Siqueira; Sanches; Guardia, 2019).

Em relação à capacitação, o documento do UNICEF (2022) enfatiza que ações de apoio à amamentação devem ser sistemáticas, organizadas e culturalmente sensíveis, considerando o impacto positivo na saúde e no desenvolvimento infantil. Nesse sentido, destaca-se a importância de formar profissionais capacitados para garantir um suporte efetivo às mães. Conforme recomenda o organismo internacional: “[...] equipem os profissionais de saúde e nutrição em instalações e comunidades com as habilidades necessárias para fornecer aconselhamento de qualidade e apoio prático às mães para amamentar com sucesso” (UNICEF, 2022).

Além disso, a atuação dos profissionais precisa ser sensível aos contextos sociais e culturais das mulheres, como descrito pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2015a), ao ressaltar que é papel da equipe de saúde “oferecer apoio à amamentação com escuta qualificada e ações individualizadas, respeitando a cultura, o contexto e as decisões da mulher”.

O aleitamento não ocorre em um vácuo, mas é atravessado por fatores como classe social, cor, escolaridade, situação de trabalho e rede de apoio familiar (Percídio, 2025). Em muitos casos, a interrupção precoce da amamentação está associada a dificuldades impostas por condições adversas de vida e à ausência de políticas públicas eficazes (Medeiros et al., 2020). Nesses contextos, o AAM deve considerar os determinantes sociais da saúde e propor soluções que respeitem a realidade da mulher que amamenta e sua família.

Nesse sentido, a proposta do aconselhamento dialoga com o conceito de livre demanda, que representa uma escuta das necessidades do bebê e da mulher que amamenta, respeitando o ritmo próprio de cada binômio (Bortoloci et al., 2023). Este conceito resgata a centralidade do corpo da mulher como mediador da experiência

alimentar e afetiva do bebê, rompendo com lógicas normativas e prescritivas que muitas vezes geram frustrações, culpa e sofrimento para as mulheres que amamentam (Kalil; Aguiar, 2023; Percídio, 2025).

Ao reconhecer o aconselhamento como componente essencial das políticas de equidade em saúde, o UNICEF aponta que investir nessa prática não é apenas promover aleitamento, mas garantir condições justas de cuidado e desenvolvimento para todas as crianças e suas famílias (UNICEF, 2022).

Nesta perspectiva, a compreensão do AAM como um ato educativo-relacional fundamentado na confiança e na construção conjunta de conhecimento permite vislumbrar sua potência transformadora. Ao posicionar a mulher no centro do cuidado, reconhecendo sua subjetividade e historicidade, o aconselhamento se alinha à perspectiva da humanização da atenção à saúde e aos princípios do SUS (Brasil, 2015a). Assim, a prática do aconselhamento não apenas contribui para o aumento das taxas de aleitamento, mas também para o fortalecimento do vínculo mãe-filho, o empoderamento feminino e a construção de trajetórias de cuidado mais justas e equitativas (UNICEF, 2022; WHO, 2018).

Diante da multiplicidade de fatores que envolvem a prática do aleitamento materno — desde os determinantes biológicos até os socioculturais — o AAM emerge como um dispositivo relacional capaz de acolher, orientar e sustentar as mães nesse percurso. Conforme destaca Aguiar et al. (2023), é por meio da escuta ativa e do diálogo horizontal que o profissional de saúde pode desconstruir barreiras, valorizar saberes populares e ampliar as possibilidades de escolha informada. Esse processo se fortalece, especialmente, quando articulado às campanhas de saúde pública, como a Semana Mundial de Aleitamento Materno, que busca sensibilizar a sociedade e os serviços sobre a importância do apoio integral à amamentação (Silva et al., 2023).

No entanto, o que torna o AAM verdadeiramente potente não é apenas sua técnica, mas sua capacidade de criar sentido e pertencimento em um momento de grandes transformações na vida da mulher (WHO, 2018).

No puerpério, segundo Silva et al. (2025), emergem emoções ambivalentes (alegrias, choro, saudade, recolhimento) na mulher que podem gerar sofrimentos, sobretudo na vivência da amamentação. Corroboramos com Silva et al. (2025) que o acompanhamento profissional no puerpério é capaz de prevenir complicações na amamentação, atuando desde a prevenção do desmame precoce e do sofrimento resultante até a garantia de um desmame final tranquilo e saudável.

Assim, mais do que fornecer informações, aconselhar é estar presente, reconhecer vulnerabilidades e apoiar decisões com respeito e sensibilidade. Nesse contexto, o AAM se estabelece como uma estratégia relacional e educativa de extrema relevância, voltada à escuta ativa, ao apoio emocional e à promoção da autonomia das mulheres no processo de amamentação (Brasil, 2015a; Costa; Couto, 2023; Scochi et al., 2023; WHO, 2018).

Como descrito, o AAM está entrelaçado ao avanço das políticas públicas de saúde e à valorização dos direitos reprodutivos das mulheres, refletindo a consolidação de um cuidado centrado na pessoa e orientado por evidências. Assim, compreender o panorama atual da amamentação no Brasil é fundamental não apenas para embasar intervenções técnicas e institucionais, mas para sustentar a construção de uma escuta qualificada no campo do aconselhamento.

2.3 Panorama da amamentação no Brasil e a importância do AAM

Apesar dos inúmeros esforços institucionais para promover o aleitamento, os índices de amamentação exclusiva no Brasil ainda estão aquém da meta de 50% recomendada pela OMS. Para compreender melhor esse panorama é necessário observar a evolução histórica das taxas no país. Dados nacionais mostram que, em 1986, apenas 4,7% das crianças menores de seis meses eram amamentadas exclusivamente. Esse percentual subiu para 23,0% em 1996, alcançou 39,0% em 2006, caiu levemente para 36,6% em 2013, e chegou a 45,8% em 2019 (UFRJ, 2021).

O aumento da prevalência de aleitamento exclusivo representa um avanço importante nas últimas décadas. Entretanto, o Brasil ainda está abaixo da média global que era de 48% em 2023, segundo relatório da OMS e do UNICEF. Estima-se que, se os índices globais alcançassem, ao menos, 50%, mais de 820 mil vidas de crianças seriam salvas anualmente em todo o mundo, principalmente, em países de baixa e média renda (WHO, 2023). No contexto brasileiro, esse dado reforça a necessidade de fortalecer práticas de AAM qualificado desde os primeiros dias de vida, sobretudo, no AC, onde as mães vivenciam os desafios iniciais da amamentação (Cavalcanti et al., 2025).

Além dos dados nacionais, é necessário considerar que o acesso à amamentação exclusiva não se distribui de forma equitativa entre os diferentes segmentos da população brasileira. Fatores como região geográfica e nível de escolaridade da mãe influenciam diretamente a prevalência da prática, revelando desigualdades que comprometem o

direito universal ao aleitamento e ampliam vulnerabilidades sociais já existentes (UFRJ, 2021).

A prevalência do aleitamento exclusivo no Brasil não se apresenta de forma homogênea entre os diferentes segmentos da população. De acordo com os dados do ENANI-2019 (UFRJ, 2021), a Região Norte apresentou os maiores índices (50,1%), seguidas pelo Centro-Oeste (48,9%) e Sul (44,5%). Já no Nordeste e no Sudeste, os percentuais ficaram em 41,0% e 45,0%, respectivamente. Em relação à escolaridade materna, o aleitamento exclusivo foi mais frequente entre mulheres com ensino superior completo (52,1%), enquanto mães com ensino médio completo atingiram 46,0% e aquelas com ensino fundamental incompleto, 41,0% (UFRJ, 2021).

As diferenças por região e escolaridade revelam que fatores estruturais, como renda, escolaridade e acesso à informação, influenciam diretamente a capacidade das mulheres de manter a prática (UFRJ, 2021). Além disso, essas desigualdades expõem a necessidade de ações públicas direcionadas, especialmente, em territórios onde o suporte institucional é fragilizado. O Ministério da Saúde reconheceu esse desafio e, em 2024, lançou nova campanha nacional de amamentação com foco na redução das desigualdades, enfatizando a importância da escuta qualificada, do aconselhamento em saúde e do enfrentamento de mitos e barreiras sociais (Brasil, 2024b).

O princípio da equidade, estruturante do SUS, estabelece que os recursos e ações em saúde devem ser distribuídos segundo as necessidades específicas de cada grupo populacional, reconhecendo que contextos marcados por desigualdades sociais exigem respostas diferenciadas (Brasil, 2017). No campo da atenção à saúde materno-infantil, o AAM assume papel estratégico como instrumento de equidade, especialmente, quando implementado em territórios vulnerabilizados. Nessas regiões, marcadas por precariedade de infraestrutura, baixa cobertura de serviços e profundas assimetrias sociais, o acesso ao aconselhamento qualificado ainda é irregular e, por vezes, inexistente (Medeiros et al., 2020).

Apesar de as diretrizes nacionais reconhecerem a importância do AAM como componente essencial da APS (Brasil, 2017), os dados revelam que sua oferta se concentra, majoritariamente, em áreas urbanas centrais, onde há maior densidade de profissionais e infraestrutura de serviços. Em regiões periféricas ou rurais, bem como, em comunidades indígenas, quilombolas e ribeirinhas, a ausência de profissionais capacitados, a descontinuidade do cuidado e as condições adversas de trabalho

comprometem a implementação efetiva das políticas públicas de apoio ao aleitamento (UFRJ, 2021).

Mulheres negras, indígenas, periféricas, migrantes ou em situação de pobreza tendem a receber menos orientação qualificada, vivenciar mais dificuldades no aleitamento e encontrar menor acolhimento nos serviços de saúde (Medeiros et al., 2020; UNICEF, 2022). Essa realidade agrava as iniquidades em saúde, uma vez que as mulheres em situação de maior vulnerabilidade — por pobreza, baixa escolaridade, exclusão territorial ou ausência de rede de apoio — são também aquelas que mais necessitam de orientação, acolhimento e escuta qualificada.

Estudos como o de Siqueira, Sanches e Guardia (2019) indicam que a atuação da Estratégia Saúde da Família (ESF), embora presente em muitas dessas regiões, ainda carece de condições adequadas para desenvolver ações educativas e relacionais como o AAM. A alta demanda, a rotatividade de profissionais e a falta de formação específica dificultam a consolidação dessa prática como rotina assistencial.

Ao profissional aconselhador em amamentação cabe compreender os fatores subjetivos, sociais, culturais e institucionais que interagem de maneira complexa na experiência da mulher/pessoa lactante, para dar suporte ao aleitamento materno.

Entre os fatores subjetivos mais frequentemente relatados estão o sentimento de incapacidade, a percepção de dor insuportável, a sensação de que o bebê não está se alimentando adequadamente e, principalmente, a crença de que o leite materno é insuficiente ou fraco (Oliveira et al, 2024). A crença em leite fraco ou insuficiente, muitas vezes reforçada por discursos desinformados ou por experiências anteriores de familiares, continua sendo uma das principais causas do abandono da amamentação nos primeiros meses (Rollins et al., 2023). Estudo de Schönbauerová, Boledovičová, Frčová (2020) evidenciou que o empoderamento da nutriz através do AAM reduziu a crença da produção insuficiente ou leite fraco, evitando o desmame precoce.

Corroborando com o exposto acima Espírito Santo et al (2025), apontam que as tomadas de decisão em amamentação relacionam-se com os benefícios do leite humano a criança. As informações, as crenças culturais e valores pessoais, também estão mencionados como integrantes da decisão em amamentação (Espírito Santo et al., 2025).

Além disso, os valores socioculturais que cercam a maternidade e o corpo da mulher exercem influência direta na duração da amamentação (Percídio et al, 2025; Kalil, Aguiar, 2023). Em alguns contextos, o aleitamento é associado à ideia de sacrifício ou mesmo de regressão social, enquanto a introdução precoce de fórmulas e alimentos

industrializados é percebida como sinal de modernidade ou de cuidado mais eficaz. Essas percepções, reforçadas por práticas de marketing agressivo da indústria de substitutos do leite materno (The Lancet, 2023), comprometem o sucesso do aleitamento exclusivo.

Compreender os fatores que levam ao desmame precoce exige, portanto, um olhar ampliado, que vá além das explicações biologicistas ou culpabilizantes (Kalil, Aguiar, 2023). Trata-se de reconhecer a amamentação como uma prática atravessada por relações de poder, por condições estruturais e por significados subjetivos que demandam sensibilidade ética e compromisso político dos profissionais e das instituições (Percídio et al, 2025; Kalil, Aguiar, 2023).

Essa abordagem crítica é fundamental para que o aconselhamento seja compreendido como uma tecnologia leve, cuja efetividade repousa na construção de vínculo, na confiança e na valorização da escuta como instrumento terapêutico (Gomes; Oliveira, 2021; Joventino et al., 2011). Conforme aponta Araújo et al. (2020), o aconselhamento é mais do que uma ação de orientação: é um processo de negociação de sentidos, em que a mulher se reconhece como protagonista do cuidado e da decisão sobre alimentar seu filho. Assim, a prática do AAM se alinha diretamente aos princípios do SUS, ao reconhecer o direito das mulheres a um cuidado humanizado, contínuo e responsivo às suas realidades.

Ainda no campo das estratégias de apoio ao aleitamento, o aconselhamento pode ser oferecido em diferentes formatos, com destaque para as modalidades individual e grupal. O aconselhamento individual caracteriza-se pelo encontro singular entre profissional e puérpera, permitindo a escuta personalizada, a construção de um plano de cuidado específico e o acolhimento de dúvidas, medos e expectativas particulares. Já o aconselhamento em grupo valoriza o compartilhamento de experiências, o apoio entre pares e a criação de redes de solidariedade, sendo especialmente eficaz na redução do isolamento materno (Araújo et al., 2020; Bueno; Teruya, 2004).

Ambas as abordagens são reconhecidas como complementares e sua combinação pode potencializar os efeitos do aconselhamento. A atuação profissional deve, portanto, considerar as especificidades de cada contexto e a disponibilidade dos recursos humanos, estruturando agendas que contemplem tanto o atendimento individualizado quanto os momentos de socialização em grupo (Venâncio; Toma 2019).

Como reforça Bueno e Teruya (2004), o sucesso do aconselhamento não depende apenas do conteúdo técnico transmitido, mas da qualidade da interação estabelecida entre profissional e mulher. O AC, enquanto estratégia assistencial prevista na PNH, configura-

se como um espaço privilegiado para o início da amamentação e para a construção do vínculo entre mãe e bebê. Trata-se de um ambiente em que a mulher que gestou permanece com o recém-nascido desde o nascimento até a alta hospitalar, sob acompanhamento da equipe multiprofissional (Brasil, 2016). Esse arranjo favorece o contato precoce, a livre demanda e a autonomia, sendo reconhecido como uma das principais oportunidades para a promoção do aleitamento e para o desenvolvimento de ações educativas e afetivas, como o aconselhamento em amamentação (Brasil, 2016; Cavalcanti et al., 2025).

De acordo com a revisão de escopo realizada por Cavalcanti et al. (2025), embora o AC seja considerado um cenário estratégico para o cuidado à díade mãe-bebê, ainda existem lacunas importantes na implementação sistemática do aconselhamento nesse contexto. A pesquisa revelou que são escassos os estudos que exploram, especificamente, essa prática durante a internação hospitalar, o que aponta para a necessidade de ampliar a produção científica e a formação profissional voltada a esse momento crítico da maternidade.

Os serviços hospitalares influenciam diretamente os índices de aleitamento materno (AM), uma vez que, neste cenário, ocorre o início da aquisição de habilidades para o aleitamento. As puérperas apresentam maior necessidade de ajuda prática; a importância da avaliação das mamadas realizada por profissional para seu estabelecimento; a relevância da orientação da técnica adequada; e o impacto do início precoce do aleitamento (preferencialmente na primeira hora de vida). Mulheres submetidas à cesárea, devido ao processo de recuperação pós-cirúrgico demandam maior ajuda prática, e deve ser dada especial atenção nos casos de nulíparas, mulheres submetidas à cesárea e gestações gemelares. O estudo aponta para a crucialidade do AC para a promoção e manutenção do aleitamento (Cavalcanti et al., 2025, p. 7).

Cavalcanti et al. (2025) destaca que a concretização de um aconselhamento efetivo no AC enfrenta alguns obstáculos estruturais, como a rotatividade de profissionais, a alta demanda nos serviços, o tempo reduzido de permanência hospitalar e a ausência de protocolos padronizados para essa etapa.

Para superar esses desafios, os estudos como o de Moreira et al. (2020) sugerem a adoção de políticas institucionais que valorizem a presença do AAM no plano assistencial hospitalar, aliadas à capacitação específica das equipes de saúde em

comunicação afetiva e abordagem centrada na pessoa. A inclusão do aconselhamento no plano terapêutico desde o pré-natal até a alta hospitalar e nos momentos subsequentes, como nas visitas domiciliares e no acompanhamento na atenção primária, constitui um modelo ideal de cuidado integral à mulher/pessoa e ao bebê (Brasil, 2015b).

Durante o pré-natal, o aconselhamento deve ser iniciado de forma sistemática, com o objetivo de construir um espaço de escuta, acolhimento e orientação que permita à gestante refletir sobre suas expectativas, medos e conhecimentos em relação ao aleitamento. A literatura indica que esse é o momento ideal para fortalecer a autoconfiança da mulher e desmistificar informações errôneas, contribuindo para o desenvolvimento da autoeficácia³ em amamentar (Uchoa et al., 2017).

Ao investigar a relação entre autoconfiança materna e amamentação, Uchoa et al. (2017) identificaram que mulheres com maiores escores na escala de autoeficácia apresentaram maior probabilidade de manter o aleitamento exclusivo no início do puerpério, o que reforça a importância de intervenções precoces. O estudo revelou ainda que práticas hospitalares inadequadas, como o uso de leite artificial nas primeiras horas de vida, podem comprometer essa confiança.

Essas observações reforçam a importância de qualificar o atendimento pré-natal não apenas do ponto de vista técnico, mas também relacional e informativo, promovendo um cuidado centrado na mulher e na experiência da maternidade. Quando o pré-natal é limitado a procedimentos protocolares, como a realização de exames, sem espaço para orientações efetivas sobre o aleitamento materno, perde-se uma oportunidade importante de preparo e fortalecimento da gestante para o início da amamentação. Nesse sentido, Grzybowski et al. (2020), ao analisarem a percepção de gestantes sobre o atendimento recebido na atenção primária, identificaram que a ausência de orientações qualificadas sobre amamentação durante o pré-natal está associada a maiores índices de desmame precoce e dificuldades no início da lactação.

No momento do parto, o AAM deve estar voltado à promoção do contato pele a pele imediato e ao início precoce da amamentação, preferencialmente na primeira hora de vida do recém-nascido. Essa prática é respaldada por evidências robustas que indicam sua eficácia na estabilização térmica do bebê, no estímulo à sucção e na formação do

³ Autoeficácia na amamentação refere-se à confiança da mulher em sua capacidade de amamentar, baseando-se na percepção de possuir conhecimentos e habilidades suficientes para conduzir esse processo com sucesso. Essa confiança, por sua vez, exerce influência direta sobre seus pensamentos e ações em relação ao início e à continuidade da amamentação (Dennis, 1999).

vínculo afetivo com a mãe (Fundação Oswaldo Cruz, 2021). No entanto, a implementação dessa recomendação ainda enfrenta obstáculos em muitos serviços de saúde, seja pela sobrecarga das equipes, sobretudo do enfermeiro, a falta de capacitação profissional, apoio institucional e/ou de vínculo entre o profissional e a mãe pouco sensíveis à dimensão relacional do cuidado (Silva et al., 2020). Nesses contextos, a presença de profissionais capacitados para realizar AAM qualificado é essencial para garantir que a amamentação seja iniciada de forma segura e respeitosa.

Já no pós-parto imediato, o AAM assume uma função de sustentação e enfrentamento das dificuldades iniciais que frequentemente acometem a mulher, como dor, fissuras mamilares, insegurança quanto à produção de leite ou dificuldades na pega correta (Oliveira et al., 2024). De acordo com Madruga et al. (2020), a ausência de orientações claras e o atendimento fragmentado nas primeiras horas e dias após o parto estão entre os principais fatores associados ao abandono precoce da amamentação. Nessas circunstâncias, o aconselhamento funciona como uma intervenção crítica, capaz de prevenir intercorrências, fortalecer a confiança materna e favorecer a continuidade da prática (Brasil, 2015b; WHO, 2018).

A integração entre os diferentes pontos da rede de atenção à saúde — desde o pré-natal até a puericultura — é condição indispensável para garantir a continuidade do cuidado e a eficácia do aconselhamento (Uchoa et al., 2017). Como observa Grzybowski et al. (2020), a fragmentação do cuidado, a baixa articulação entre os níveis de atenção e a escassez de capacitação específica são entraves recorrentes para a implementação de uma linha de cuidado efetiva voltada ao aleitamento.

Nesse cenário, o AAM atua como uma tecnologia leve capaz de articular saberes técnicos e afetivos entre os diversos profissionais, promovendo uma abordagem integral à saúde da mulher e da criança. Abraão e Maranhão (1991) já defendiam, desde a década de 1990, a necessidade de repensar os modelos de educação e assistência às gestantes e puérperas, propondo uma pedagogia do cuidado centrada no diálogo e na valorização da experiência materna

A comunicação estabelecida entre profissional e nutriz precisa ser pautada pela empatia, pelo respeito e pela valorização da experiência materna, permitindo que as mães se sintam acolhidas, seguras e fortalecidas no enfrentamento dos desafios da amamentação (Oliveira, 2019).

Conforme Oliveira (2019), a comunicação é o eixo estruturante desse processo, sendo a escuta ativa uma competência essencial para que a profissional compreenda não

apenas as demandas objetivas da mãe, mas também os aspectos subjetivos que atravessam sua vivência no aleitamento. Trata-se de uma escuta qualificada, que reconhece os silêncios, os gestos e as expressões como elementos tão comunicativos quanto a fala verbalizada (Brasil, 2015b; WHO, 2018).

O acolhimento, por sua vez, deve ser entendido como uma prática ética, política e afetiva que se ancora nos princípios da humanização do cuidado, conforme preconizado pela PNH do SUS (Brasil, 2013b). Ao acolher, o profissional não apenas recebe a mulher, mas legitima seus sentimentos, oferece suporte emocional e cria as condições para que ela se perceba capaz de enfrentar os desafios do aleitamento, resgatando sua autonomia e fortalecendo seu protagonismo no cuidado com o filho (Resende, 2023; Oliveira, 2019).

Portanto, a tríade: escuta, acolhimento e vínculo não deve ser vista como um complemento do AAM, mas como seu núcleo estruturante (WHO, 2018). Quando esses elementos estão presentes, o aconselhamento deixa de ser uma ação normativa e prescritiva, tornando-se um espaço terapêutico, educativo e relacional, que potencializa a autonomia da mulher e contribui diretamente para a continuidade e o sucesso da amamentação (Moreira et al., 2020; Resende, 2023; Oliveira, 2019).

A utilização da escuta ativa como ferramenta no AAM possibilita que o profissional vá além da simples identificação de problemas técnicos relacionados à lactação, oferecendo suporte emocional que fortalece a autoconfiança da mulher. Nesse processo, não se trata apenas de ouvir, mas de estar verdadeiramente presente, atento às necessidades expressas e não expressas, promovendo uma comunicação que legitima sentimentos, valida experiências e reduz o sofrimento (Medeiros et al., 2022; Waidman; Ingrid; Marcon, 2006).

A comunicação afetiva também se ancora na prática da devolução empática, que consiste na capacidade do profissional de refletir para a mulher, de forma respeitosa e acolhedora, aquilo que ela expressa — seja verbal ou não verbalmente. Esse processo cria um ciclo de entendimento mútuo, no qual a mulher se sente compreendida e apoiada, condição indispensável para a construção de um vínculo terapêutico e efetivo (Shelton, 2016; Freitas et al., 2018).

No contexto do AAM, escuta ativa e comunicação afetiva não são apenas técnicas, mas expressões concretas de um cuidado humanizado e centrado na pessoa, conforme defendido pela Teoria da Relação Interpessoal (pessoa-a-pessoa) de Joyce Travelbee.

O AAM alinha-se com as indicativas da relação interpessoal (pessoa-a-pessoa), ambos visam um contexto interacional que favoreça a pessoa emergir como sujeito singular, com apresentação de si, seus entendimentos, vivências, medos e expectativas.

Ademais, o aleitamento, enquanto projeto precisa ser acessado e dialogado, o que é de relação com o construto da esperança no contexto dos cuidados em saúde.

2.4 A esperança como elemento relacional no AAM

A inserção da esperança como elemento constitutivo das relações de cuidado no puerpério precoce exige deslocar a centralidade da ação técnica para a dimensão do encontro, da presença e da escuta sensível. No contexto do AAM, essa perspectiva ganha especial relevância, pois a amamentação, embora amplamente naturalizada nas políticas públicas e discursos institucionais, é atravessada por inseguranças, rupturas de expectativa e experiências de dor e solidão que desestabilizam as mulheres em um momento de grande vulnerabilidade (Peres et al., 2021; Farinho, 2023).

De acordo com a perspectiva de Dufault e Martocchio (1985), a esperança não deve ser compreendida como otimismo vago ou estado emocional positivo isolado, mas como uma disposição subjetiva orientada para o futuro, com implicações cognitivas, afetivas, comportamentais e relacionais. Seu surgimento e sustentação dependem da interação entre pessoa e contexto, sendo influenciada pelas relações estabelecidas no cuidado. Quando a profissional de saúde reconhece o sofrimento da mulher, valida seus sentimentos e acolhe suas incertezas sem julgamento, ela contribui diretamente para que a esperança seja (re)construída como possibilidade real (Rustøen, 2021; Ribeiro, 2017).

Essa abordagem é particularmente importante no aconselhamento realizado por enfermeiras, cuja prática se ancora historicamente em dimensões relacionais do cuidado.

Ao considerar o aleitamento como um projeto atravessado por pressões sociais, a esperança se torna um recurso vital para que a pessoa se mantenha implicada, mesmo diante de adversidades. Em contextos marcados por expectativas irreais, ausência de rede de apoio e vulnerabilidades estruturais, o risco de desmame precoce se intensifica (Perez-Escamilla et al., 2023; Nascimento, 2023). Nesse cenário, a intervenção da profissional não se limita à técnica de posicionamento ou avaliação da mamada, mas se amplia para o acolhimento de experiências e para o sustento de projetos pessoais, dos quais a esperança faz parte essencial.

Além disso, a esperança deve ser compreendida como componente ético-político da prática profissional. Ao reconhecer que nem todas as mulheres partem do mesmo lugar

para iniciar a amamentação, torna-se urgente considerar que a esperança é também um recurso desigualmente acessado. Mulheres pobres, negras, indígenas ou migrantes enfrentam barreiras adicionais, e sua esperança frequentemente é desqualificada ou negligenciada pelos serviços de saúde (Peres et al., 2021; Oliveira et al., 2024). O AAM, ao assumir postura humanizada e equitativa, atua na reparação simbólica dessas desigualdades.

Diante do exposto identifica-se que as políticas públicas e documentos orientadores do Brasil e do mundo promovem um discurso e socialização de ser a amamentação um ato benéfico à criança e mulher que amamenta, próprio da natureza feminina (Percídio et al, 2025). Esse contexto social e interacional pode vir a desconsiderar ou subestimar as dificuldades enfrentadas no processo, assim como as pessoas que desejam escolher pela não amamentação ou que não conseguem amamentar (Percídio et al, 2025; Kalil, Aguiar, 2023).

A vivência da amamentação abarca sentimentos diversos, por vezes duais, satisfação diante da interação e vínculo com a criança, sensação de cuidado dela, mas também pode conter preocupações, inseguranças, dificuldades e sofrimentos, os quais nem sempre encontram cenário relacional favorável para serem expostos (Percídio et al, 2025).

Ademais, intercorrências com o manejo, dificuldades de ajustes das relações sociais em família e ampliadas para praticar a amamentação estão raramente pautadas pelos profissionais e ações governamentais (Percídio et al, 2025), apesar de amplamente presentes. A insegurança quanto à produção de leite, a cobrança social sobre o desempenho no aleitamento, a falta ou insuficiência de apoio — tanto familiar quanto dos serviços de saúde — são fatores frequentemente relatados pelas mulheres (Oliveira et al., 2020), além da pressão para conciliar a amamentação com o retorno ao trabalho formal (Oliveira et al, 2020; Percídio et al, 2025; Kalil, Aguiar, 2023) e/ou mesmo com as atividades domésticas. Todas elas podem culminar no desmame precoce (Percídio et al, 2025), desfecho contrário ao que os documentos orientadores intencionam.

A intersecção de ‘construções’ socioculturais na maternidade e amamentação promovem ‘culpas’ diante de intercorrências, insucessos e/ou não desejo de realizar o aleitamento (Kalil, Aguiar, 2023). Inclusive, o poder destas mensagens é tão forte que as mulheres a reproduzem socialmente (Percídio et al, 2025).

Diante deste cenário, assinala-se a premência dos profissionais de saúde, inclusive enfermeiros, considerar a escuta das mulheres, favorecendo a apresentação de

preocupações, medos, receios, transpondo discurso centrados no tecnicismo do ato, incorporando a mulher na sua subjetividade e autonomia de escolha (Percídio et al, 2025).

O AAM estrutura-se na relação igualitária, centrada na pessoa. Assim, e por tudo que foi exposto, este estudo toma como pergunta ‘como estão caracterizadas as relações no aconselhamento em aleitamento, o quanto alcançam as subjetividades e selam um processo interacional promotor do acolhimento e esperança de mulheres?’.

3. JUSTIFICATIVA

O desenvolvimento deste estudo justifica-se por estar o AAM no escopo do enfermeiro e ser ele o profissional previsto a integrar a equipe profissional do AC. Ademais, o modo como a relação com o profissional se constrói influencia diretamente na adesão da mulher ao aleitamento materno, bem como afeta sua experiência subjetiva nesse processo (Moreira et al., 2020; Percídio et al, 2025).

Apesar da ênfase em documentos oficiais voltados a promoção, proteção e apoio ao aleitamento assinalarem a centralidade da escuta e do acolhimento, muitos dos atendimentos ainda são permeados por abordagens normativas e prescritivas, que pouco consideram a complexidade da experiência vivida pela mulher (Moreira et al., 2020). Contata-se desalinhamentos entre as normativas e a prática cotidiana do AAM, sobretudo na dimensão relacional (Socchi et al., 2020).

São escassos os estudos que investigam o aconselhamento sob a ótica relacional (Silva et al., 2022), especialmente, considerando a perspectiva da mulher e a qualidade do vínculo estabelecido com a profissional que orienta. Verifica-se, portanto, uma lacuna importante no campo da saúde coletiva e da enfermagem, o que justifica a relevância de pesquisas que se debruçam sobre o processo relacional envolvido no aconselhamento. A escuta sensível e a construção de vínculo são elementos que não apenas qualificam o cuidado, mas também fortalecem a autonomia da mulher ao reconhecer e validar suas escolhas e sentimentos (Percídio et al, 2025).

Ademais, tem-se ampliado a adoção do constructo da esperança nas pesquisas em enfermagem, sobretudo no cuidado a pacientes em situações críticas e/ou crônicas, porém, não no contexto da amamentação, aspecto inovador desta tese. Há pertinência em ponderá-lo no aleitamento materno, por estar circunscrita a existência e assim, produzir evidências para renovar práticas de suporte da amamentação, inclusive no contexto AAM. A relação pessoa-a-pessoa é um meio para a promoção da esperança no processo de aleitamento materno, para o alcance dos objetos esperanças pela mulher e metas das políticas públicas.

Assim, estudar a relação entre a mulher no pós-parto e a aconselhadora enfermeira, no contexto do AC, é uma via promissora para produzir evidências teóricas e avanços práticos voltados à qualificação da relação enfermeiro(a) aconselhador(a) e pessoa no pós-parto, no AC, com vistas à promoção, proteção e apoio ao aleitamento. Tem potencialidade para induzir renovação de documentos orientadores e políticas vigentes em amamentação, bem como contribuir com futuras que venham a ser propostas.

Trata-se de uma investigação que busca compreender, em profundidade, os elementos constituintes dessa relação: confiança, escuta, empatia, reconhecimento e presença. Considerando que o vínculo estabelecido no aconselhamento pode ser um fator determinante para o início e a continuidade do aleitamento materno, torna-se urgente explorar os modos como essa relação se constrói e os desafios que a atravessam.

4. OBJETIVOS

O objetivo geral é analisar o processo de estabelecimento da relação entre mulheres no pós-parto e enfermeiras aconselhadoras em amamentação no Alojamento Conjunto.

Para atender a esse objetivo, foram formulados os seguintes objetivos específicos:

- Compreender a esperança no processo da amamentação na perspectiva de mulheres que receberam aconselhamento em aleitamento materno.
- Analisar a relação pessoa-a-pessoa entre mulheres no pós-parto e enfermeiras no contexto do aconselhamento em aleitamento materno.

5. MÉTODO

5.1 Caracterização da pesquisa e referenciais

Trata-se de uma pesquisa de desenho transversal, qualitativa-interpretativa e apoiada na Teoria da Relação Interpessoal (pessoa-a-pessoa) de Joyce Travelbee (Travelbee, 1971) e no Modelo multidimensional da Esperança de Dufault e Martocchio.

A pesquisa qualitativa, valoriza e explora os significados, aspirações, crenças, valores e atitudes dos sujeitos sociais, com indicação para explorações de fenômenos relativos a vivências, os processos sociais e sentidos que as determinam (MINAYO, 2014), aspecto alinhado ao objeto elencado: a vivência relacional da pessoa aconselhada por enfermeiro(a) em aleitamento.

A construção do estudo e de seu relatório tomam o *checklist COnsolidated criteria for REporting Qualitative research* (COREQ) (Souza et al., 2021).

5.1.1 Teoria da Relação Interpessoal de Joyce Travelbee

A Teoria da Relação Interpessoal (pessoa-a-pessoa) é uma teoria de enfermagem formulada por Joyce Travelbee em 1966. Para a teórica, o cuidado efetivo só é possível quando se constrói um vínculo genuíno entre enfermeiro(a) e o paciente, isto é, haja investimento e exploração do encontro, por meio da empatia, do respeito e do compartilhamento de experiências num sentido terapêutico (Travelbee, 1971). Portanto, a relação enfermeiro-paciente é fio condutor do propósito e do cuidado da Enfermagem (Travelbee, 1971).

Em razão dessa premissa, Joyce Travelbee se uniu às teóricas Hildegard Peplau e Jean Orlando, expandindo as discussões sobre as relações interpessoais construídas entre enfermeiro e paciente (Pokorny, 2014), sobretudo ao considerar que os seres humanos são racionais, sociais e singulares, sendo diferentes em suas essências, estabelecendo relações diferentes (Travelbee, 1971).

Sendo um enquadramento conceitual, a teoria de Joyce Travelbee foi elaborada em torno da relação entre duas pessoas, destacando a ideia de que, nesta relação, uma pessoa é a demandante do cuidado (paciente) e a outra propõe o cuidado (enfermeiro) (Meleis, 2012). Com isso, devido ao próprio estado de adoecimento e/ou das condições impostas pelo adoecimento, a relação pessoa-a-pessoa tem o objetivo de guiar a interação desse encontro, conduzindo o profissional a explorar, através do sofrimento, novos significados nesse adoecer (Meleis, 2012; Parola, et al., 2020).

Ao considerar os pressupostos da teoria, sua utilização e aplicabilidade foram sendo utilizadas predominantemente no movimento dos cuidados paliativos (Parola, 2020), mas houve uma expansão na sua utilização, primeiro ao considerar que a relação entre um enfermeiro e o demandante do cuidado é o conceito central na prática profissional de enfermagem (Pokorny, 2014; Travelbee, 1971) segundo, por considerar que a enfermagem precisava de uma revolução humanista (Pokorny, 2014; Travelbee, 1971) e, portanto, passível de ser aplicada em todos os contextos de cuidado.

Cuidar, na teoria de Joyce Travelbee, é um processo de interação ativo e mútuo, com o outro e não pelo outro. Estabelecido mediante a comunicação, o encontro implica abertura, conhecimento, interesse, responsabilização e autodeterminação para que se torne terapêutico, intencionando enxergar o demandante do cuidado como ser único em sua subjetividade, valorizando-o e favorecendo crescimento pessoal (Parola, et al., 2020; Travelbee, 1971).

Assim, selecionou-se a Teoria da Relação Interpessoal de Joyce Travelbee, apresentada em seu livro intitulado “*Interpersonal Aspects of Nursing*” (1971) como quadro conceitual deste estudo, pois reconhece a relação interpessoal na prática da enfermagem (Travelbee, 1971), inclusive, com desdobramentos para a relação no cuidado ao aleitamento materno. Ademais, o processo de aleitar está interpelado por situações difíceis e tomadas de decisão que podem, inclusive, gerar sofrimentos.

Ressalta-se que nessa teoria o demandante do cuidado é valorizado como sendo sujeito capaz de fazer as escolhas terapêuticas durante a relação com o enfermeiro. Contudo, é o enfermeiro quem oferece condições para enfrentamento das situações complexas com a finalidade de encontrar significado (Parola, et al., 2020).

Pontua-se que a relação interpessoal que é desenvolvida com pessoas que amamentam é complexa, pois a relação implica deslocamento do *paciente* como mero receptor de procedimentos e técnicas e, assume a perspectiva de *sujeito*, com capacidade de pensar, decidir, agir e transformar. É a partir desse encontro mútuo com o ser, com o sofrimento e com os desafios, que o enfermeiro acolhe e revela o ser humano que há em si (ser humano que enfrenta dor e sofrimento também) e encontra o ser humano que há no outro (Parola, et al., 2020). Isso está alinhado às diretrizes do aconselhamento em amamentação.

Em suma, o processo da relação interpessoal, para Travelbee, compreende cinco fases para se tornarem terapêuticas (Travelbee, 1971), as quais são detalhadas a seguir:

Primeira fase: Encontro inicial ou original – As relações começam a partir do primeiro encontro, que é a primeira impressão do enfermeiro em relação à pessoa demandante do cuidado e vice-versa. Aqui, o enfermeiro busca identificar a pessoa e obter informações necessárias para o relacionamento interpessoal.

Segunda fase: Fase das identidades emergentes – A segunda fase implica o momento de conhecer e compreender a singularidade e unicidade um do outro, de forma mútua. Com a relação estabelecida, começam a expressar suas identidades, valores e significados, percebendo-se como seres únicos.

Terceira fase: Empatia – Nesta fase, desenvolvem sentimento de empatia, entendida como a capacidade de partilhar a experiência da pessoa. A terceira fase manifesta-se com o desejo mútuo de ajuda, após perceberem-se na relação. Contudo, em relação a empatia:

[...] parece relevante esclarecer que a empatia é um precursor da simpatia, uma vez que a compreensão emocional da outra pessoa, é importante e desejável, para ajudar o enfermeiro a prever o comportamento da pessoa, e a compreender realmente os seus pensamentos e sentimentos. No entanto, este é essencialmente um processo neutro que não implica que a pessoa aja com base no entendimento que foi adquirido (Parola, et al., 2020, p. 5).

Quarta fase: simpatia ou singularidades – *a simpatia implica uma vontade, quase uma necessidade, de ajudar a pessoa doente a aliviar a sua angústia* (Parola, et al., 2020, p. 5). Assim, o profissional, se coloca à disposição com intuito de diminuir o sofrimento, acolhendo-o e auxiliando o paciente no alcance dos objetivos. A confiança é estabelecida.

Quinta fase: rapport – O enfermeiro e o paciente atingem o *rapport* na última fase. É momento em que ambos avaliam a relação estabelecida e os resultados terapêuticos alcançados.

rapport é uma forma do enfermeiro perceber e estabelecer uma ligação com o outro ser humano/doente/família. É composto por pensamentos e sentimentos inter-relacionados, interesse e preocupação em relação ao outro, através de uma atitude sem juízos de valor e com respeito por cada pessoa como um ser humano único (Parola, et al., 2020, p. 6).

Assim, ao final, os envolvidos na relação pessoa-a-pessoa avaliam a própria relação e os alcances obtidos. É construído diariamente e segundo Travelbee, implica empatia, simpatia e compaixão.

O *rapport* é, essencialmente, o catalisador que transforma uma série de interações entre o enfermeiro e a pessoa sujeito de cuidados numa relação significativa, numa preocupação e interesse genuíno com esta. Contudo, é necessário mais do que um interesse; é necessário acreditar no valor, na dignidade, na singularidade e na natureza insubstituível de cada ser humano (Parola, et al., 2020, p. 6).

Para a teórica, o cuidado começa quando o profissional deixa de ver a pessoa que demanda ele como “um caso” ou “uma função” e passa a reconhecê-lo como pessoa em situação de sofrimento. Nesse encontro, a comunicação assume papel central, pois é através dela que se constrói a confiança, elemento essencial para que a pessoa desenvolva segurança para suas decisões (Travelbee, 1971).

5.1.2 Teoria da Esperança de Dufault e Martocchio

A Teoria da Esperança de Dufault e Martocchio (1985) é uma proposta teórica desenvolvida no campo da enfermagem, direcionada ao fenômeno da esperança no contexto das experiências humanas, especialmente, em situações de saúde, doença e sofrimento. No contexto do aleitamento há projetos e, como toda projeção ela raramente ocorre da maneira prospectada, surgindo necessidades de ajustes e com eles possibilidades de sofrimentos.

Ademais, a esperança é recurso psicossocial dinâmico, subjetivo, de relação com o enfrentamento de situações da vida, em especial aqueles vividos enquanto incerteza/fragilização. Ela afere um sentido de futuro e detém caráter processual.

A esperança detém, na concepção das autoras, duas dimensões, a generalizada – pautada em ancoragens ampliadas, a exemplo de bem-estar, saúde; e a particularizada – vinculada à singularidade da vivência pessoal e que conforma objetivo/alcance específico/de sentido único para aquela pessoa. Em ambas as dimensões tem-se a presença de seis dimensões: (1) afetiva, abarca elementos (pensamentos, emoções, memórias, percepções) que se desdobram em sentimentos vinculados ao esperançado e integram a avaliação dos componentes envolvidos com o esperançado; (2) cognitiva, envolve concepções acerca objeto de esperança ou a ele associadas que atuam na apreciação desse objeto; (3) comportamental, relativo ao comportamento para produzir o desejado; (4) afiliativa, vinculada às relações consigo, com os outros do meio social de inserção, com a espiritualidade, e que atuam sobre as demais dimensões; (5) temporal, envolve o reconhecimento de ser a esperança dirigida para o futuro, mas dependente de

experiências do presente e do passado; (6) contextual, traduz a consideração e relevância do contexto social de inserção (Dufault; Martocchio, 1985).

A vivência de esperança é de relação direta com o enfrentamento das situações e tem nas relações inter e intrapessoais determinantes importantes. O comportamento profissional integra o componente interpessoal, mas afeta o componente intrapessoal das relações no contexto da esperança (Dufault; Martocchio, 1985).

No contexto da prática profissional, o reconhecimento da esperança e a intervenção sobre ela favorece enfrentamentos e um cuidado centrado na pessoa. Em termos de intervenção, a comunicação terapêutica, escuta ativa e empatia estão apontadas como fortalecedoras da esperança, fator protetivo e promotora de saúde.

É nesse contexto teórico que o presente estudo se ancora para investigar como se estabelece a relação entre mulheres no pós-parto e o(a) enfermeiro(a) que oferece o aconselhamento em amamentação, o quanto toma em consideração o esperançado e o explora no aconselhamento.

5.2 Local do estudo

Estudo desenvolvido com mulheres que integravam grupo intervenção de um estudo piloto de ensaio clínico randomizado (ERC) realizado em três centros, todos hospitais universitários com atendimento público, localizados nos estados de Minas Gerais, Rio de Janeiro e Bahia.

Em Minas Gerais, a unidade na qual eram alocadas as mulheres e seus recém-nascidos (RNs) contava com 12 enfermarias. A instituição não possuía título de Hospital Amigo da Criança, porém era referência para atendimento de gestações típicas e de alto risco em sua área de abrangência, assistindo 27 municípios. Contava com um protocolo operacional padrão para assistência à amamentação, porém este contemplava apenas ações de manejo clínico.

O hospital do Rio de Janeiro ofertava assistência ambulatorial, hospitalar e multiprofissional para gestantes e recém-nascidos de alto risco, sendo que o AC possuía nove enfermarias compostas por cinco leitos cada, totalizando 45. Receberam o título de Hospital Amigo da Criança em 2020.

Já o hospital da Bahia era referência em cuidados de gestantes de risco habitual, possuindo três unidades de AC, com capacidade de 95 leitos. Era credenciado como Hospital Amigo da Criança desde 1995.

5.3 Participantes

As participantes do presente estudo foram mulheres e aconselhadoras.

As mulheres integravam um grupo intervenção de um estudo piloto de ensaio clínico randomizado (ECR), voltado a investigar a eficácia do AAM durante a internação da díade (mulher e seu recém-nascido) no AC, assim como seu impacto na duração e manutenção do aleitamento exclusivo. Este grupo de mulheres recebeu, durante a internação no AC, de duas a quatro sessões de AAM. Três eram os centros do ECR, cada centro contava com uma aconselhadora, com exceção de um, que tinha duas, todas quatro enfermeiras de formação, capacitadas na temática, com formação teórico-prática de 76 horas. Estas enfermeiras também foram participantes deste estudo. A escolha por profissional enfermeiro deveu-se ao fato de a literatura apontar ser o profissional mais citado pelas mulheres nas ações de proteção e promoção do aleitamento materno (Lyndon et al., 2022). Ressalta-se que para evitar possíveis vieses de resposta, formou-se equipes distintas para os diferentes objetivos dos estudos. Foram designadas pesquisadoras que aplicaram a intervenção do estudo piloto de ECR e as pesquisadoras que realizaram as entrevistas que compõe esse estudo não participaram da coleta do estudo de intervenção.

Os critérios para participar no estudo piloto foram: ser primípara com criança filha única, nascida viva com idade gestacional de 37 a 42 semanas e com peso superior a 2.500 gramas, independente do tipo de parto. E, os critérios de não inclusão foram: puérperas e neonatos com contraindicação para o aleitamento; neonatos com malformações que impedissem ou dificultassem o aleitamento e/ou com alteração da mecânica do aleitamento (frênulo lingual); puérperas cujos neonatos fossem imediatamente separados após o clampeamento do cordão umbilical ao nascimento devido intercorrências materno-neonatais; puérperas transferidas de outras instituições ou que já tinham recebido alta (reinternação) na alocação, puérperas usuárias de drogas ilícitas e etilistas e puérperas com deficiências intelectual e/ou sensoriais, a partir de diagnóstico registrado em prontuário.

Para o presente estudo, considerou-se todas as 29 mulheres participantes do grupo intervenção do estudo piloto. Contudo, três mulheres não foram incluídas por não possuir condições e recursos para receber ligações por videochamada, 12 não responderam após três tentativas de contato das pesquisadoras e três recusaram participar sob a justificativa de não disporem de tempo para se envolverem com a entrevista. O convite para integrá-lo ocorreu no contexto das ligações de seguimento do estudo piloto do ECR, com reforço via mensagem escrita via WhatsApp®.

Compuseram a amostra, portanto 11 mulheres. Na nona entrevista não ocorreu surgimento de novos elementos de composição dos temas, com indicativas de densidade de dados. Porém, como restavam duas mulheres para abarcar a totalidade das participantes que sinalizaram interesse e disponibilidade de participação, as entrevistas com elas foram realizadas e evidenciaram a saturação de dados.

As quatro enfermeiras que realizaram o AAM no projeto piloto, também participaram deste estudo. O convite a elas foi feito via mensagem escrita via WhatsApp®. Na ocorrência de manifestação de interesse de participação, era enviado termo de consentimento (online) e realizado agendamento da entrevista em dia e horário de preferência da participante.

5.4 Coleta de dados

Para ambos os grupos, utilizou-se para a coleta de dados a estratégia de entrevista semiestruturada. Com as mulheres do grupo intervenção, que aceitaram participar, a entrevista foi realizada pela autora deste estudo, com participação de uma pesquisadora auxiliar, ambas enfermeiras. Com as enfermeiras aconseladoras, somente pela autora deste estudo, que tem experiência na condução e orientação de estudos qualitativos.

A entrevista contou com um conjunto de questões abertas previamente formuladas e validadas junto ao grupo de pesquisa da orientadora deste estudo. Ressalta-se aqui que, apesar da existência de um roteiro, esse tipo de entrevista em específico, permite abertura para exploração de pensamentos, sentimentos e crenças das participantes acerca dos fenômenos colocados em diálogo (Guazi, 2021).

Como disparador inicial para as mulheres, fazia-se a seguinte colocação: conte-me sobre sua relação com a aconseladora. Em seguida, de forma articulada ao exposto, apresentavam-se as demais perguntas: o que foi significativo para você na relação com ela? Como estes contatos influenciaram na sua tomada de decisão em relação a amamentação? Outras questões foram apresentadas sempre que necessário, com o intuito de ampliar a compreensão do exposto.

Para as enfermeiras aconseladoras, o disparador inicial foi: conte-me quem é a (nome da aconseladora) e o que a motivou a ser aconseladora em amamentação. Em seguida, outras perguntas foram surgindo como: Conte-me sobre as suas percepções das interações com as mulheres do estudo piloto? Quais os elementos que você utilizou para dar suporte a amamentação? O que acredita ser essencial na interação com elas?

As entrevistas com as mulheres aconteceram entre maio e setembro de 2024 e com as enfermeiras aconseladoras nos meses de junho e julho de 2025. Todas foram realizadas em dias e horários pactuados com as participantes, com duração média de aproximadamente 30 minutos. Ocorreram virtualmente, mediadas por ligação de vídeo pelo *WhatsApp*[®].

O uso ou não da câmera pela participante foi respeitado, porém a autora e pesquisadora auxiliar, nas entrevistas com as mulheres mantiveram suas câmeras ligadas, sob intenção de que as comunicações faciais e gestuais, assim como outros elementos da paralinguagem contribuíssem com o estabelecimento de um conforto interacional na coleta dos dados e comunicassem o interesse pelo narrado. No início da vídeochamada, foi solicitada à participante autorização para gravação da mesma, sendo explicada de forma clara sua finalidade.

As entrevistas das mulheres foram transcritas com o auxílio do aplicativo Transkriptor[®], transferidas para documento Word[®] pela pesquisadora auxiliar e conferida posteriormente na íntegra pela autora deste estudo. O mesmo procedimento foi seguido com as entrevistas das enfermeiras aconseladoras, no entanto, somente a autora realizou a transcrição e conferência.

Para preservar a identidade das mulheres participantes, estas foram identificados por ordem numérica de realização das entrevistas, por exemplo: M1, M2 e assim sucessivamente, bem como, os nomes citados durante as falas foram substituídos pela letra inicial. A autora solicitou as enfermeiras aconseladoras que escolhessem um codinome, o qual foi adotado na transcrição e apresentação dos trechos das entrevistas. Os codinomes foram: Luz, Girassol, Resiliência e Gabi. Para as interferências das entrevistadoras foi adotada a sigla E, sendo E1 para a pesquisadora principal, autora deste estudo e E2 para a pesquisadora auxiliar.

Ressalta-se que as transcrições, após a conferência pela autora ou pesquisadora auxiliar deste estudo, não tiveram necessidade de ajustes, não precisando ser enviadas as participantes, sendo assim consideradas validadas.

5.5 Análise dos dados

Os documentos de áudio transcrição foram submetidos ao processo de análise temática, proposto por Naeem et al., (2023) utilizando o software Atlas.ti[®] para o agrupamento de informações. Assim, iniciou-se com leituras reiteradas da transcrição das entrevistas e notas de pesquisa realizadas concomitantemente, com fins de identificação

de significados e padrões associados aos objetos postos em análise, a esperança e relação pessoa-a-pessoa na amamentação. Prosseguiu-se a análise com seleção de trechos representativos (seleção de elementos chaves), escolha apoiada nas esferas e dimensões de esperança e nas etapas da relação pessoa-a-pessoa.

Os esforços foram de analisar como o conceito da esperança e a relação pessoa-a-pessoa se manifestavam e desenvolviam-se no AAM, quais comportamentos, emoções, sentimentos e pensamentos estavam dinamizados, em qual circunstância e como os aspectos envolvendo passado, presente e futuro se manifestavam. Ademais, esforços de compreender o desejado, o objeto de esperança intencionado e os elementos da relação pessoa-a-pessoa fez-se sempre presente. Dele derivaram códigos, e deles temas (etapas da seleção dos códigos, e do estabelecimento de temas). Ponderação acerca de padrões e relações entre eles (etapa da conceituação), reverberou no desenvolvimento do modelo conceitual, etapa final do método de análise temática. A análise foi conduzida exclusivamente pela autora deste estudo, mas contou com a discussão junto à orientadora, coorientadora e a pesquisadora auxiliar.

O processo temático foi direcionado pelos referenciais deste estudo, Teoria da Esperança de Dufault e Martocchio e a Teoria da Relação Interpessoal (pessoa-a-pessoa) de Joyce Travelbee, mencionados acima.

6. ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

O presente estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos, sob Parecer nº 6.274.311 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 4.61321122.3.1001.8667. Todos os preceitos éticos foram respeitados com o intuito de atender as normas da Resolução nº 510 de 2016. Destaca-se que todo o rigor científico foi cumprido, o que inclui a leitura conjunta, esclarecimento de dúvidas e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As participantes tiveram suas identidades preservadas, sendo identificadas a partir da letra “M”, em referência à palavra “mulher”, seguida pelo número arábico representante de sua ordem de entrada na pesquisa. E para as enfermeiras aconselhadoras os codinomes atribuídos por elas, após solicitação da autora deste estudo.

7. RESULTADOS

Participaram do estudo 11 mulheres, quatro foram assistidas no hospital de Minas Gerais, quatro no hospital do Rio de Janeiro e três no hospital baiano. As mulheres tinham idade média de 27, variando de 21 a 35 anos. Oito mulheres relataram viver com seu companheiro e três se declararam solteiras. Oito mulheres se autodeclararam pardas, todas eram alfabetizadas, uma possuía ensino fundamental completo, duas o ensino médio incompleto, seis o ensino médio completo, uma ensino superior incompleto e uma havia concluído o curso de ensino superior. Seis mulheres exerciam atividades laborais remuneradas e a renda familiar variou entre um a três salários-mínimos.

Com relação à via de nascimento, cinco tiveram parto vaginal, enquanto seis foram submetidas à cesárea. A idade das crianças no período da coleta de dados variou de 14 a 18 meses, com média de 15 meses. Todos receberam aleitamento materno em algum momento da vida, sendo que a maioria (n=7) permaneceu em amamentação exclusiva por seis meses e, delas, seis ainda mantinham o aleitamento materno na data da entrevista.

Em relação as enfermeiras aconselhadoras, duas atuaram no hospital da Bahia, uma no de Minas Gerias e a outra no hospital do Rio de Janeiro. Tinham idade média de 39 anos, variando de 36 a 41 anos, três eram mães e uma não. Em relação ao tempo médio de graduação em enfermagem foi de 13 anos, variando de 10 a 15 anos e como aconselhadoras entre 6 meses e 3 anos.

A análise possibilitou a identificação de 7 temas: ‘Saúde e desenvolvimento da criança: desejo projetado no amamentar’, ‘Manejo prático da amamentação e a manutenção da esperança’, ‘Presença: uma competência avançada e cerne do aconselhamento’, ‘Aconselhamento: abertura, liberdade e esperança’, ‘Aconselhamento no Alojamento Conjunto: intervenientes’, ‘Aconselhamento: motivação e transcendência’ e ‘Aconselhamento: importância e recomendações para o acompanhamento longitudinal’, conforme apresentado no quadro 1.

Quadro 1: Temas, subtemas e códigos do estudo ‘Relação pessoa a pessoa e esperança no aconselhamento em aleitamento materno’. São Carlos, SP, Brasil, 2025.

TEMAS	SUBTEMAS	CÓDIGOS
Saúde e desenvolvimento da criança: desejo projetado no amamentar	<i>Reconhecimento dos benefícios do leite humano.</i> <i>Apropriar-se da amamentação.</i>	Desejo de amamentar Reconhecendo a importância da amamentação
Manejo prático da amamentação e a manutenção da esperança	<i>Empatia e julgamento de pessoas da rede social.</i> <i>Enfrentar as dificuldades sob altruísmo.</i> <i>Singularidade da relação com a criança na amamentação.</i> <i>Mutualidade na relação com a aconselhadora.</i>	Importância da rede apoio (pai da criança e mãe da mulher) Sentimentos duais durante a maternagem/ amamentação Romantização da amamentação Romantização da maternidade Superando desafios para amamentar Interferência negativa da rede de apoio Abnegação de si em prol do filho Momento Único
Presença: uma competência avançada e cerne do aconselhamento	<i>Competências interacionais e comunicacionais: atributos da aconselhadora</i>	Importância do suporte profissional Sentindo apoio e cuidado pela enfermeira Sentindo-se acolhida Preocupação com o bem-estar emocional da mulher Características pessoais da enfermeira (simpatia, calma) Valorização/Apreciação da personalidade da enfermeira Comunicação efetiva da aconselhadora
Aconselhamento: abertura, liberdade e esperança	<i>Aconselhamento processo compartilhado, ancorado na corresponsabilidade</i>	Relação afetiva com a aconselhadora

		Relação de confiança com a aconselhadora
Aconselhamento no Alojamento Conjunto: intervenientes	<i>Pessoas, tempos e espaços que interpelam na relação</i>	Trabalho de parto demorado dificultando a relação inicial com a aconselhadora
Aconselhamento: motivação e transcendência		Memória afetiva da aconselhadora Relação afetiva com a aconselhadora
Aconselhamento: importância e recomendações para o acompanhamento longitudinal	<i>Importância do acompanhamento longitudinal do AAM</i> <i>Recomendações positivas para o AAM</i>	Amamentação como construção de memórias significativas/legado. Construção do amor materno. Dificuldade em desmamar Experiência transformadora da amamentação Gratificação Laço afetivo durante a amamentação Satisfação na amamentação Sentimentos maternos (duais) na introdução alimentar Valorização das conquistas individuais

Fonte: A autora

A apresentação dos resultados foi estruturada com base nos dois objetivos específicos deste estudo.

Para o primeiro: compreender a esperança no processo da amamentação na perspectiva de mulheres que receberam aconselhamento em aleitamento materno, será exibido na forma de um artigo científico, submetido para a Revista de Enfermagem da USP, formatado nos moldes requeridos pelo periódico. (APÊNDICE A)

O objetivo 2: analisar a relação pessoa-a-pessoa entre mulheres no pós-parto e enfermeiras no contexto do aconselhamento em aleitamento materno, está apresentado a seguir. Prospecta-se submetê-lo para um periódico internacional indexado.

As mulheres deste estudo ao receberem o AAM portavam o desejo de amamentar os filhos na esperança de criar vínculos fortes, proteger e promover a saúde da criança. Neste ‘esperançar’ estudaram e obtiveram o *‘reconhecimento dos benefícios do leite humano’*, buscaram *‘apropriar-se da amamentação’*, tiveram que *‘enfrentar as dificuldades sob altruísmo’* e lidaram com a *‘empatia e julgamento de pessoas da rede social’*. Na vivência da amamentação estabeleceram *‘singularidade da relação com a criança’* e edificaram vínculos com ela.

Para transpor as dificuldades do processo de amamentar, precisaram ser resilientes e motivadas pelo ‘esperançar’. Isso foi viabilizado na *‘mutualidade na relação com a aconselhadora’*, para o qual a *‘presença da profissional constituiu uma competência avançada e cerne do aconselhamento’*. Esta presença teve na escuta atenta, disponibilidade, sensibilidade, e atenção centrada à pessoa da mulher, o elemento essencial da relação pessoa-a-pessoa.

A conexão do par relacional foi estabelecida no encontro inicial através das *‘competências interacionais e comunicacionais’* da aconselhadora que edificou, com a mulher, uma relação no suporte do ‘esperançar’. Aconselhadoras e mulheres reconheceram a disponibilidade na presença, o elemento que fez o aconselhamento ser efetivo e factível. Ademais, requereu *‘abertura, liberdade e esperança’* permitindo que a aconselhadora fosse guiada pelo revelado na interação interpessoal, reverberando num *processo compartilhado, ancorado na corresponsabilidade*.

Realizar o aconselhamento no AC, perpassou pela articulação de *‘pessoas, tempos e espaços que interpelam na relação’* requisitando da aconselhadora disponibilidade e sensibilidade para o alcance da relação e do diálogo, com o par relacional. Destarte isso, as aconselhadoras participantes deste estudo revelaram *‘motivação e transcendência’* que repercutiu no engajamento com o AAM. A própria história da amamentação e/ou admiração de práticas de outras profissionais em prol do aleitamento materno, o credo efetivo na amamentação e a admiração pelo ato ancoraram essa motivação. As competências comunicacionais e relacionais no aconselhamento têm efeitos sobre a compreensão existencial de si e dos outros mobilizando o transcender como profissional e pessoa.

Para algumas mulheres a amamentação, enquanto objeto do ‘esperançar’ e a sua manutenção, foi apoiado apenas pela aconselhadora, evidenciando a *‘importância do acompanhamento longitudinal do AAM’*, sobretudo ao término da licença maternidade e/ou retorno às atividades acadêmicas ou laborais. As mulheres demandaram e receberam

suporte das aconselhadoras, sem intervir no que era decidido pelas primeiras, mesmo após o término do período acordado para o aconselhamento. Evidencia-se, portanto, o *rapport*, onde o par relacional efetivamente tem um vínculo genuíno de afetividade e confiança.

A relevância desta vivência interacional, reverbera nas *'recomendações positivas para o AAM'*, seja para uma próxima lactação e/ou para outras mulheres, assim como na reflexão da importância da competência interacional e comunicacional na formação profissional para o suporte a amamentação.

Tema: Presença: uma competência avançada e cerne do aconselhamento

As enfermeiras aconselhadoras concebem o aconselhamento como uma intervenção avançada estruturada na relação e no vínculo, esse último desdobramento da primeira, e para a qual a escuta atenta é essencial. A escuta atenta fica evidenciada na presença efetivada pelo profissional. Nela, a disponibilidade, sensibilidade e atenção à pessoa e ao que ela expõe precisa estar evidenciado. Esta presença dará direcionamento ao suporte profissional, e é fator determinante de um processo compartilhado e colaborativo junto da pessoa aconselhada. Ela desdobra-se em conexão entre o par relacional.

“é a forma de abordagem, o como você fala, o como você pergunta, de que forma você chega. Tudo é uma questão de você dar atenção, [...] mais importante é olhar. [...] Você precisa olhar para ela, você precisa fazer com que ela veja que ela está tendo a sua plena atenção, [...] para ela se sentir acolhida de verdade. [...] você ter essa troca de olhares, você olhar no olho, você ter respostas corporais, não respostas prontas, de não ser aquele profissional que está ali passando com pressa para cumprir um roteiro. É esse olhar, essa atenção minuciosa que a gente tinha durante essa interação.” (Girassol)

Em consonância com a ênfase atribuída pela aconselhadora Girassol à importância dos elementos comunicacionais, relacionado ao modo de falar, perguntar e aproximar-se, a mulher aconselhada igualmente destaca essa dimensão, ressaltando a relevância desse cuidado para o alcance da interação:

“O cuidado que ela tinha nas palavras também foi bem marcante pra mim, pra eu querer aceitar, né? Porque tem gente que chega lá oferecendo as coisas a você e você não aceita com medo, eu acho, com receio [...]tem gente que chega já e não sabe conversar com você. Assim, o modo dela conversar, dela ser gentil, pra mim é isso.” (M3)

“Eu precisava desse acolhimento em fala mesmo, eu precisava que olhassem no meu olho, acho que isso foi o diferencial. Esse contato, eu não era só mais uma, eu não me senti assim, sabe? Eu não me senti só mais uma, mais uma paciente, vamos lá, senta aí, eu vou te explicar [...] Eu me senti muito acolhida, então esse diferencial foi o que realmente quando eu tive esses momentos mais difíceis, assim, meu peito sangrou, doía muito, eu chorei muito, que eu falei, não, eu vou insistir.” (M7)

“Ela encostou no meu ombro. Ela me tocou. Foi importante, porque eu vi que ela realmente tinha interesse em me ajudar. Tinha o interesse de ajudar naquele momento.” (M11)

Corroborando ainda com o relato da Girassol, a mulher reconhece o cuidado respeitoso e genuinamente interessado da aconselhadora, tanto pela maneira de ser e estar na relação, quanto pelo seu compromisso na promoção do ‘esperançar’, propiciando assim, acolhimento e fortalecimento de vínculo, aspectos centrais para o AAM:

“[...]ela chegou assim, encostou em mim, pegou no meu ombro, falou que eu conseguia, me mostrou a técnica correta, colocou meu bebê no meu colo, botou na posição correta de mamar. Então, assim, o acolhimento que ela me deu, foi na forma mesmo de chegar perto de mim naquele momento e colocar o meu bebê no meu colo, colocar pra mamar. E só saiu quando ela fez a pega correta, quando ela já estava realmente mamando. Então é isso que eu chamo de acolhedora, porque não orientou e saiu. Ela orientou e esperou ela fazer tudo certo. Aí quando ela tava toda já ajeitada, mamando de verdade, aí ela falou assim, ‘pronto, essa é a pega correta e você viu que ela consegue’. Encostou, falou, chegou, entendeu? Não só orientou e tchau.” (M11)

O encontro inicial entre aconselhadora e puérpera configura-se como momento fundante do processo do AAM, onde a presença genuína, a comunicação não-verbal acolhedora e a postura da profissional estabelecem as bases para uma abordagem colaborativa:

“Assim, ela chegou bem sorridente assim pra mim, né? Bem delicadinha, aquela pessoa com aquela voz calma, e falou, [...] foi aquela pessoa acolhedora, foi aquela pessoa que orientou no momento certo, que me acolheu e me explicou que eu poderia conseguir, foi assim. Foi bom para mim. Foi bom...” (M11)

“Parecia que a gente se conhecia há milhões de anos já. Porque no primeiro dia que ela foi lá no quarto conversar comigo e tal [...] a gente já conversou um tempão[...]eu tava falando pra ela de tudo né... que eu queria amamentar... só que a (nome da filha) não pegou [...] e ela no primeiro momento ela já quis tentar...”

pegou luva e foi tentar fazer só com a sonda e tal[...] mas a (nome da filha) não pegou não. Ela estava preparada demais.” (M2)

A construção do vínculo no AAM fundamenta-se, portanto, na qualidade da interação inicial, onde a escuta ativa, a disponibilidade emocional e a sensibilidade profissional da aconselhadora criam as condições necessárias para o estabelecimento de uma relação terapêutica. Essa base relacional segura permite o engajamento ativo da mulher no processo de aconselhamento, conforme evidenciado nos relatos:

“Essa maneira de acolher, do olho no olho, o sorriso, o dizer, eu estou aqui com você, vamos lá... sabe? Deixa eu te explicar [...], não é assim, mamãe, vem cá, vamos lá. Tá certo. Não, não tá” (M7)

“O carinho que ela teve, a atenção que ela me deu... no momento em que a gente tava... porque eu já tinha passado por um momento muito difícil que foi o meu quarto né... então... Ela me acolheu... me... com palavras de carinho... eu chorava muito... porque eu tava depressiva... então ela sentou do meu lado... ela conversou... ela pegou a (menciona o nome da filha) então ela me ajudou demais... ela é uma pessoa maravilhosa.” (M2)

Subtema: Competências interacionais e comunicacionais: atributos da aconselhadora

Para tanto, requer atributos diferenciados na atitude do profissional, em especial diante das dúvidas e reflexões trazidas pela pessoa aconselhada.

“O aconselhamento não é para qualquer profissional, acredito, profissional que não tem paciência, que não quer escutar o que a mãe tem pra dizer, que vai julgar o tempo inteiro, não é pra ele, tem que deixar pra quem tem mais, sabe, essa linha mesmo, essa personalidade. Então, acredito que foi isso. Esse olhar diferenciado mesmo, a paciência, a calma, que fez ele ter uma interação positiva”. (Luz)

O relato de uma das mulheres aconselhadas, coincidentemente enfermeira obstétrica, corrobora com a afirmação da aconselhadora Luz de que "o aconselhamento não é para qualquer profissional". Em seu depoimento, a profissional reflete sobre como sua experiência pessoal com a maternidade transformou sua abordagem profissional, explicitada em nova postura:

“Então hoje eu teria um pouco mais... deixa eu ver como se fala.. eu teria um pouco mais de sensibilidade com essas mães que estão tendo dificuldades com o aleitamento materno. Isso que mudou em mim. Eu teria procurado ajudá-las de outra forma, não como antigamente eu ajudava. Era só orientação, porque a pega é assim, você tem que tentar dessa forma.” (M11)

Esta fala da mulher revela, portanto, a complexidade do aconselhamento, que exige não apenas conhecimento técnico, mas empatia e compreensão das trajetórias individuais, reforçando a assertiva de Luz sobre a necessidade de preparo específico para essa atuação. Os atributos mencionados pela aconselhadora Luz, é validado na fala da mulher: *“Ela tinha um jeito meigo de perguntar, sabe? Tipo, ela era paciente em responder... em repetir, né? O que eu não tinha entendido. Ela era... enfim, ela era bem simpática. Eu gostei muito do jeito dela.”* (M10)

A aconselhadora Gabi também ressalta a importância dos atributos diferenciados da profissional do AAM:

“Olha, eu acho que é você acolher as dúvidas daquela mulher, é você realmente conseguir estabelecer uma relação de confiança, para que ela conseguisse me dizer abertamente quais eram as dificuldades, quais eram os sentimentos dela diante daquele momento, das fragilidades dela. Porque quando você encontra um profissional que acolhe as suas dores, é como se você colocasse ele numa caixinha e você levasse ele para a vida, porque você sabe que ali você encontrou alguém que você pode se agarrar para levar e seguir a sua trajetória.” (Gabi)

Esse relato alinha-se com as das mulheres: *“ela focava em mim”* (M2); *“essa questão de atender como se não fosse só mais um, isso faz a diferença”* (M7). Esta habilidade da aconselhadora estreita o vínculo na interação:

“E depois de até seis meses ela ficou me ligando né... perguntando como é que tava... se eu ainda estava sentindo muita dor... me ajudando... me dando conselhos... foi muito importante para mim [...] quando ela me ligava... era pra falar, né sobre a minha saúde mental, como é que tava... como é que eu estava me sentindo... sobre isso.” (M3)

“E embora você não tenha conseguido amamentar, ao longo dos nove meses que ela ficou em contato, o que vocês conversavam? (E1) Ela me perguntava muito sobre como eu tava me sentindo, porque ela sabia que eu tive depressão e tal e tudo mais. Então ela sempre me perguntava como eu tava me sentindo, o que eu ainda fazia pra melhorar aquilo, se eu tava continuando como psicóloga, se eu tava tomando remédio[...] focava mesmo em mim. Depois ela perguntava, lógico, da amamentação, da (nome da filha) [...] já tava comendo e tudo mais. Mas ela focou muito em mim até os nove meses.” (M2)

A centralidade na pessoa aconselhada, demonstrando simpatia, carinho, paciência e interesse tornam a relação pessoa a pessoa acolhedora e significativa para as mulheres:

“A enfermeira mesmo que vem pra ajudar a gente na primeira pega muito simpática, muito, ó, é assim que faz, tem que ser nessa posição, se nessa não dá, você tenta nessa Mas sempre mantém nessa, entendi? Todo aquele cuidado, aquele carinho em explicar, aquela paciência. Então, pra mim, foi muito importante. Muito importante.” (M4)

O comportamento profissional é que vai conectando o par relacional, e nesta direção, qualificam o comportamento como avançado, sobretudo nas questões interacionais e comunicacionais. Trata-se de competências que são processualmente adquiridas, que requerem o praticar para além de uma formação teórica:

“no aconselhamento a gente tem que desenvolver algumas habilidades para conseguir trabalhar com ele, que não é uma tarefa fácil. Envolve comunicação [...] não é uma tarefa fácil comunicar [...] você tem que ter, dentro do aconselhamento, você tem que ter essa habilidade para você conseguir utilizar.” (Luz)

“E aí no curso (de formação para ser aconselhadora) a gente aprendeu a diferenciar empatia de simpatia, que muita gente confunde. E a gente aprendeu algo fundamental sobre vivência e experiência, né? Utilizando aí a empatia.” (Girassol)

Essas competências comunicacionais ancoradas na sinceridade e honestidade mencionada pela aconselhadora Girassol foi destacada por uma mulher que deu suporte:

“E eu lembro muito ela falando, olha, é uma escolha sua. Mas saiba o quanto isso vai ser importante. E é um elo, porque ela falou, esse elo, você vai sentir falta quando ela tiver maior. Pode ter dificuldades, mas você vai sentir muita falta e você vai se conhecer mais. Esse tratamento mais humano, que não era uma questão de regra, uma obrigação, isso me pegou. Foi isso que me segurou. [...] A gente teve esse encontro lá. E é engraçado porque depois a gente sai, né? E começa a vida real aqui fora, com todas as dificuldades e desafios. E aí ela tava lá, (aconselhadora Girassol), mandando mensagem e tal. E aí eu lembro que na última vez que a gente falou, eu mandei uma foto da Bela pra ela. E ela, meu Deus, eu não acredito que aquele bebezinho tá assim, porque ela tava bem gordinha e tal. E ela, mãe, só com o peito? Eu falei, só com o peito, você acredita? Ela, gente... Aí ela falou assim, eu fico tão orgulhoso porque eu sei o quanto tá difícil, sabe? São muitas coisas. Então ela teve esse papel fundamental, porque eu acho que a partir do diálogo que ela teve comigo e de explicar, quais as vantagens e tudo mais [...] Então, assim, essa conversa foi tão importante, foi um bate-papo tão legal que, de fato, eu segui” (M7)

Isso reverbera na memória afetiva da relação com a aconselhadora e do vínculo estabelecido

Ademais, o posicionamento profissional volta-se ao suporte para que a pessoa explore a si, sua vivência, suas crenças e significados. A vivência e percepção do profissional em relação à amamentação não são os direcionadores da relação, e este deslocamento de ênfase da presença e atuação profissional está assinalado como avançado e um desafio:

Não importa para ela as suas experiências naquele momento, bem ou má sucedidas. [...] jamais falar assim, quando eu amamentei também foi assim, quando eu tive filho meu peito também machucou, esse tipo de comparação, do profissional, da minha história pessoal misturar com a história dela. Ali ela é o centro da atenção, eu tinha muito disso de não misturar as minhas experiências pessoais com o aconselhamento que eu estava fazendo para essa mulher.” (Girassol)

O ato de aconselhar avança nesta presença, sobretudo quanto ao suspender sua vivência pessoal e permitir-se ser guiado pela mulher aconselhada na relação, suas possibilidades e necessidades:

“[...] O aconselhamento me permitiu abrir mais os ouvidos e falar menos, orientar de forma mais certa, porque às vezes a gente se coloca numa posição muito detentora e acaba que tem coisas muito mais... tem nuances muito mais profundas que quando a gente escuta mais, quando a gente ouve mais, a gente consegue orientar melhor. Às vezes é só questão de escuta. O aconselhamento me permitiu isso, escutar mais e interferir menos. Ou interferir de forma certa” (Gabi)

“Eu me sentia meio que responsável por ajudar, era uma outra mulher que estava passando por sufoco, [...] eu não consigo ficar sem responder (o contato da mulher pedindo ajuda), [...] é uma mulher que passou por coisas que eu passei, [...] Então, vinha muito essa questão da identificação, da dúvida, e eu lembrava quando eu precisei, [...] A conexão de me identificar com as dúvidas delas, com muitos receios que elas tinham.” (Resiliência).

Reclama o rompimento com a tendência de avaliar, classificar, prescrever. A presença intenciona conhecer o outro e dialogar sobre o que ele apresenta:

“você tem que ficar se policiando, porque senão quando você vê, você está passando na frente. Sempre que ela trazia alguma coisa também que eu identificava que não era legal, por exemplo, chupetas, uma madeira, então a gente tentava manter uma postura neutra, lógico que a gente não concorda, mas jogar para ela, mas por que você decidiu?” (Luz)

A ruptura da postura prescritiva, a centralidade na pessoa e no que é revelado no diálogo, é percebido pela mulher:

“a gente não teve tantos encontros assim, a gente teve lá, a gente teve depois conversas por WhatsApp e tal, mas eu acho que essa transparência e a maneira de se falar... quando você consegue encontrar profissionais que realmente fazem mais do que, sabe, o ofício ali... Quando ela sentou e conversou comigo e ela me explicou, foi um bate-papo. Ela não chegou pra mim e falou assim, olha, você tem que fazer isso, porque isso, aquilo, outro. Acho que foi a maneira como ela converteu a conversa.” (M7)

Ao estabelecer confiança com a aconselhadora e ter a percepção de sua presença genuína e centrada na sua necessidade, a mulher não receia julgamentos e críticas por suas atitudes. Saber ouvir, sem julgar, e apoiar a mãe fortalece a relação com a aconselhadora:

“Muita gente dá pitaco, né? Quando a gente é mãe. Aí chega assim com conselho: Ah, essa criança já tem três meses, dá mingau pra ela. Ah, dá um chazinho que a barriga tá doendo. Dá chupeta. Aí ela sempre tava... Quando ela ligava pra mim, eu falava assim: 1Aí (nome da aconselhadora) eu não aguentei não mulher, taquei chupeta na menina, mas a menina não quis não. Ela falou, não, mas aí você vai ver que... do jeito que ela vai se acostumar sem a chupeta, não vai precisar. Ela não precisa de chupeta. Ela vai se aquecer no seu peito. Pronto. E assim foi. Nem precisou da chupeta não. A menina tá aí, ó, até hoje sem chupeta.” (M3)

“eu já tinha comprado uns bicos pra ele. Aí eu falei, não, eu vou dar depois. Na verdade, eu tinha comprado antes de ele nascer. E aí, eu não levei pra maternidade, porque disse que na maternidade é proibido. E aí, eu conversando com a (nome da aconselhadora), ela me falou, e aí eu fui entender. Eu falei, não, não vou dar bico, não vou dar chupeta.” (M9)

Assim, há clareza de ser a “*empatia um dos pilares*” (Girassol), mas com acréscimo de outros atributos, com destaque para a humildade, a paciência, compaixão, não julgamento e a disponibilidade para estar e ser guiado pelo outro, por aquilo que ele revela e intenciona. Somente acrescido destes ‘atributos’ é que o aconselhador edifica, com o par relacional, uma relação que atua como suporte na vivência específica de cada pessoa que amamenta:

““você mostrar que você está ali para ter a conversa com ela, que você está ali disponível para ela, disponibilidade, não ter pressa. [...] quando você chega para ela e se coloca ali na posição de ajuda, mas que ela que define, que ela que conduz,

que não sou eu só porque eu sou profissional, eu sei mais que ela, não, pelo contrário, a vida dela é ela que sabe.[...] Eu acho que a partir do momento que ela encontra ali, com você, um lugar de segurança, que ela pode falar sobre os seus, as suas dificuldades, sem ser julgada. Eu acredito que flui. Foi dentro dessa relação, de mostrar para ela que eu estava ali, que eu respeitava a história dela que o aconselhamento acontecia. (Luz)

O excerto anterior está alinhado com os relatos de mulheres que receberam suporte desta aconselhadora, demonstrando a importância do encontro genuíno na relação:

“Esse acolhimento dela, ela é prestativa, que me fez gostar muito dela.” (M1)

“[...]você não encontra muita gente que entende, né? O que você está passando, então, na questão da amamentação, assim, ela me entendeu muito, né? Ah, eu falei assim, nossa, (nome da aconselhadora) hoje tá [...] então, meio ruim, porque quando a criança queria amamentar, na época, o peito tava dolorido, né? Eu não queria dar, já não dava vontade nenhuma, não dá! Ela sabia que eu faria isso, né? [...] mas aí ela disse, ‘não, insista, vai passar. Então, ela me ajudou, dava dicas pra colocar o seio no sol, pra ficar mais... curar mais rápido, né?’” (M3)

A empatia da aconselhadora guiou a mulher no seu “esperançar”, impulsionando a sentir-se capaz: *“Teve algo que ela fez ou que ela falou que mexeu com você? (E: Entrevistadora) M: Sim. Sim, quando ela falou que era possível. ‘Não, é possível que você consiga!’ Isso mexeu comigo, isso me incentivou a tentar mesmo. Me incentivou muito” (M11).*

Trata-se de colocar-se em atitude de descoberta: *‘como que eu vou conseguir a atenção dessa mulher, falando de novo de peito, de amamentação, de neném e de birra?’ (Girassol)*, o que perpassava encontrar o sentido daquela conversa para aquela pessoa, tendo um tema recorrente no contexto da atenção materno-infantil como mote.

Essa postura investigativa e personalizada da aconselhadora, que busca compreender a singularidade de cada mulher, ecoa na emoção demonstrada ao falar sobre o acompanhamento. A mulher destaca como se sentir verdadeiramente reconhecida e valorizada em seu papel materno impactou positivamente tanto na relação estabelecida quanto em sua vida pessoal. O recebimento de elogios à sua dedicação, a percepção de ter sido observada atentamente e selecionada por seu interesse em aprender para melhor cuidar do filho constituíram, assim, elementos fundamentais para a formação desse vínculo:

“Ela falou que me admira... eu vou chorar (os olhos ficam marejados e lágrimas escorrem do rosto). Ela falou comigo que “me admirou como mãe, que eu seria uma ótima mãe”, sabe? E isso faz toda a diferença pra mim. Ela me falou várias coisas... de todos ali (referindo-se as outras mães da enfermagem), e eu que chamei mais atenção dela, sabe? Sobre a questão do cuidado com o meu filho, de querer aprender, sabe? De ela chegar e eu me interessar mesmo, sabe? De ela chegar e falar, “você, foi a mais que eu quis mesmo, que eu vi que está interessado de verdade em aprender, você quer o melhor pro seu filho”. Ela falou muita coisa que agora eu não lembro, mas essas coisas foram o que mais me tocou, sabe?” (M9)

A comunicação afetiva com a mulher, especialmente ao indagar, com sensibilidade, sobre o filho, estreita o vínculo do par relacional: *“E das perguntas que ela fazia, o que você mais gostava? (E); Sobre (cita o nome do filho). Quando ela perguntou: ‘Como é que tá (nome do filho no diminutivo)? ‘Como é que tá? Tá gordinho? O tetê da mamãe tá dando certo? Tá bem? Tá saudável?’” (M9)*

Porém, a vivência do aconselhamento fez com que as aconselhadoras participantes deste estudo concebessem ser a centralidade na pessoa, garantida pela presença profissional disponibilizada, o elemento que faz a tecnologia ser efetiva e factível ao cuidado:

“O aconselhamento, em função de ser estruturado na pessoa, detém o diferencial de acessar e abordar as determinações (do aleitamento), e com isso ser mais alinhado ao que é possível [...] Então, eu acho que é essa questão mesmo do respeito pela individualidade, porque não adianta a gente enfocar aquela mulher que tem que ser assim, que deve ser assim [...] então eu acho que é nesse sentido que o aconselhamento faz sentido, é quando você identifica ali, as particularidades daquela mulher e ajuda ela na tomada de decisão, mas que ela seja o centro, que ela defina por ela, e a gente está ali como facilitador, e aí sim ela vai dar a continuidade desse processo”. (Luz)

Reconhecer a disponibilidade da presença da aconselhadora foi essencial para a mulher no AAM:

“Ela foi muito importante... assim... dela estar presente... né... ter um tempo assim... para escutar... porque às vezes... a gente... mãe só né... quer só... desabafar... falar alguma coisa... ter alguém que teja ali para ouvir... então... para mim foi importante” (M3)

“Você se sente junto. Você se sente protegido. “Cara, eu estou tão tranquila”, tanto que eu nem tava com pressa de ir embora, eu falei, não, tô em casa, tô em casa, não estou preocupado

Porque tipo assim, minha filha tava bem cuidada, eu tava sendo bem instruída” (M4)

Tema: Aconselhamento: abertura, liberdade e esperança

As aconselhadoras reconhecem estar o aleitamento sob influência de várias determinações, e serem elas diretamente relacionadas com tomadas de decisão e a prática da amamentação em si.

O aconselhamento, ao indicar uma abordagem centrada na pessoa, ancora-se no acessar e abordar as determinações das existências específicas, o que afere alinhamento ao possível, e engloba uma abertura ao devir, determinante a ser incorporado e considerado na prática profissional. Reclama pela consideração a diversidade de ‘amamentações’:

“Existem n fatores que envolvem o processo da amamentação e com o aconselhamento eu acredito que a gente consegue atender melhor essa mulher nesse processo aí que ela está passando”.
(Luz)

[...] toda forma de amamentação é possível e toda amamentação, toda forma é válida [...]eu tento falar, sempre passar essa mensagem [...] toda forma de amamentação é válida desde que você queira e dentro do que é possível, porque muitas vezes a gente se prepara para fazer uma amamentação de seis meses mas, dentro desse contexto acontecem tantas coisas e você não consegue. Você amamentou por três e depois de três meses teve que vir com fórmula por necessidade por uma indicação de fato verdadeira.” (Girassol)

A mulher, assim como a aconselhadora reconhecem que a amamentação tem desafios, e apesar de haver um tempo preconizado de amamentação (6 meses de forma exclusiva), é muito importante valorizar o que a mulher conseguiu e parabenizá-la.

“teria como falar com a mãe também, essa gestante, essa puérpera, que apesar do ideal ser seis meses, tudo que ela conseguir é importante. A gente sabe que o ideal são seis meses de aleitamento exclusivo. Mas por que não parabenizar uma mãe que passou três meses? Por que não parabenizar aquela mãe que só conseguiu dois meses de aleitamento materno? É importante também, ela conseguiu. E mulheres que nem conseguem. Entendeu? Então essa seria uma grande diferença pra mim”
(M11)

Para atuar alinhado ao exposto acima, é premente que o profissional faça uso de si, liberte-se na criação do suporte, outro determinante do aconselhamento. Será o

revelado na relação o que dá direcionamento, o que requer do profissional, contínuo envolvimento e implicação:

“ele (o aconselhamento) liberta um pouco, vamos dizer assim, ele liberta de todos os tipos de tem que ser assim, na verdade não tem que ser assim, a gente tem que identificar e ajudar aquela mulher a identificar seus desafios, e o que ela acha melhor para ela para os familiares dela. [...] muitas vezes a gente (profissional) quer muito mais por ela (pessoa que amamenta). E na verdade não é assim, né? Você tem que identificar e aí sim, quando você identifica, quando você escuta ela, quando você usa o aconselhamento, às vezes você consegue manter essa amamentação, pode ser que não seja a amamentação conforme é preconizado”. (Luz)

Subtema: Aconselhamento processo compartilhado, ancorado na corresponsabilidade

O caráter libertador também abarca a concepção e permissão ao processo compartilhado, ancorado na corresponsabilidade:

Aí com o aconselhamento eu fui vendo que a amamentação envolve inúmeros fatores. Que cada mulher vai ter o seu processo, então, por isso que eu falo que o aconselhamento ele é libertador e, é o que eu acredito hoje para gente conseguir manter essa boa relação entre o aconselhador e a mulher Eu sinto assim” (Luz)

Há uma busca intencional pelo processo de vinculação com a pessoa e os entes significativos a ela:

Eu buscava demais esse vínculo. Era uma sessão de 30 minutos, muitas vezes 40. Eu precisava ter esse vínculo, [...] eu precisava criar um vínculo, criar uma amizade tanto com a mãe, com a rede de apoio, com a mulher. Então, a história dela de amamentação. A história de parto, a história da família, ela trazia muita. Ela vinha com muita força. (Girassol)

E, a consideração integrada dos determinantes acima, mantém o par relacional no enfrentamento compartilhado dos núcleos relevantes a cada processo de amamentação:

Eu acredito que a gente consegue plantar essa esperança, [...] a gente consegue plantar essa esperança do aleitamento materno quando você tira o aleitamento materno do mundo romantizado e coloca ele no mundo real, mostrando as possibilidades, as dificuldades e as possibilidades. E aí dizendo que ela não está sozinha, que ela consegue, amamentar o seu filho, que ela consegue dar para ele uma amamentação, se não exclusiva, mas um aleitamento materno para aquela criança, sem que isso gere para ela dores, desconfortos ou privações.” (Gabi)

O relato da aconselhadora Gabi ecoa na experiência relatada pela mulher:

“se eu tivesse ido pelo caminho mais fácil, como eu te falei, o que eu diria pra ela hoje? Silêncio... Porque, tipo assim, eles perguntam... “Mãe, como é que foi?” Eu vou falar o quê? Não, filha, você foi direto... cê desde novinha toma leite enlatado, mamadeira... Você não tem nada o que contar. Então, eu acredito que é algo que eu vivi, vivenciei e vivencio até hoje, se Deus quiser, até os dois anos dela, de um percurso que me gerou história pra contar pra ela” (M4)

Essa construção coletiva de significados, substitui idealizações por um processo de amamentação possível e acolhedor, ancorado no ‘esperançar’ da mulher, como mencionado pelas aconselhadoras.

Tema: Aconselhamento no Alojamento Conjunto: intervenientes

Destacaram determinantes que atuam sobre o aconselhamento no AC, sendo alguns relativos a instituição e sua cultura, e outros associados com construções sociais sobre a amamentação.

Construções trazidas pela pessoa constituem-se um componente importante, assim é essencial o interesse em conhecer a pessoa, sua história e decisões, englobando desejos que traçou para a amamentação, nem sempre alinhados com as preconizações recomendadas pelas organizações nacionais e mundiais. Portavam-se explorando como aquilo se processou, favorecendo reflexões sobre o que traçaram:

“Teve até uma que eu me recordo que a ideia dela era amamentar até a volta ao trabalho que ela ia ter um período, acredito, de quatro meses de licença e ela falou, quando chegar quatro meses eu vou parar porque eu tenho que voltar ao trabalho e aí lógico que a gente escutou a queixa dela e a gente devolveu um pouco a pergunta, mas por que? Foi tentando ali entender e jogando um pouco de informação E aí ela, no final do aconselhamento, não é que ela tinha mudado de ideia, ela já ficou pensando, tipo, nossa, é mesmo, será que eu não continuo então depois da minha licença?” (Luz)

Subtema: ‘Pessoas, tempos e espaços que interpelam na relação’

Neste contexto, são unânimes em apontar a influência da família. O veiculado nas interações em família atua como importante interveniente: *“Minha mãe não amamentou, minha irmã não amamentou, alguém da minha sogra não amamentou. Elas carregavam essa história pra elas.” (Girassol)*. Assim, consideram premente esforços em conhecer a amamentação na historicidade daquela pessoa e família:

“[...] aí, por vezes, eu tive que ouvir a história e entender como aquela amamentação aconteceu culturalmente naquela família, qual era a cultura da amamentação dessa mulher, qual era a história dela de amamentação. Muitas vezes eu queria saber, você foi amamentada, para eu entender essa relação, isso ia fazendo o vínculo. Porque esse aconselhamento, a gente precisava desse vínculo. O que eu percebi era que a influência familiar contava demais na hora do aconselhamento (Girassol)

A mulher reflete sobre suas vivências em relação a amamentação e sabe que sofreu influências familiares para introduzir fórmula, em virtude do choro da criança. Ela não se arrepende, pois sabe que tentou tudo que foi possível, no entanto, se tiver uma nova oportunidade de amamentar fará diferente, tentará mais, pois mediante as orientações que teve, sabe que é possível fazer diferente, ou seja persistir na amamentação.

“Hoje eu faria diferente? Faria. Porque eu sei que dá certo. Hoje eu sei que dá certo. Mas naquele momento do puerpério eu tava nessa questão, né? Será que eu vou fazer minha filha sofrer demais? Tô fazendo minha filha chorar? Esse choro dela é sofrimento? Então fiquei com a dúvida de que hoje eu já faria diferente. Com as orientações que eu tive, na próxima gestação eu faria completamente diferente. Eu tentei mais.” (M11)

A família, quando presente no momento do aconselhamento, interpelou o mesmo, teve a tendência de falar pela mulher, quase que determinando como foi, é e será:

“A família. E a família influencia demais. Inclusive quando você está conversando começa a fazer o aconselhamento, de perguntar pra ela. Muitas vezes quem responde é a família, não dá a chance da mãe responder. Então foi um desafio criar esse vínculo. Conseguir de verdade conversar.” (Girassol)

A interpelação do familiar mencionado pela aconselhadora Girassol também foi vivenciado na entrevista com a mulher pelas pesquisadoras deste estudo, como demonstra o excerto:

“Ela foi o suporte no primeiro momento, sim. Ela foi no alojamento conjunto, ela falou sobre a amamentação, sobre a importância, e aí eu expliquei pra ela que eu era assistente social, que eu já tinha trabalho, foi o que eu expliquei pra você, eu expliquei pra ela também. E aí ela falou assim, ‘bom, então você sabe da importância da amamentação’. Eu falei ‘não, sei sim, sei da importância, e a gente vai fazer o possível pra que ela tenha uma amamentação exclusiva pelo menos durante os primeiros seis meses. O que vier depois é lucro’” (Familiar de M5)

Ademais, o pré-natal da maioria das mulheres não ofertou oportunidades para dialogar sobre amamentação, outro elemento que afeta o aconselhamento no AC: “*muitas*

delas não tinham orientações sobre a amamentação no pré-natal, não tinha esse preparo no pré-natal. (Girassol).

O tempo de trabalho de parto revelou-se com um interveniente para a interação da mulher com a aconselhadora no AC:

“A gente fica meio voada, então você não tem muita aquela mente fixa pra, sabe, ter aquele diálogo que precisa no início, não tem não. Você fica basicamente assim, meio, meio “grog” eu falo até a sua cabeça estabilizada, pelo menos eu sinto isso. Você não fica muito com a mente fixa, não. Não sei se é porque eu tive um parto demorado, mas talvez seja isso também. Você fica meio tipo assim. Foram 22 horas de trabalho de parto. Então, eu falo que foi bem exaustivo” (M4)

Outro interveniente é a cultura institucional atrelada a disseminação social dela. Todas as instituições eram sabidamente em prol do aleitamento materno, assim, concebem que as mulheres, inicialmente, portam-se para corresponder a esta expectativa, não se revelando efetivamente, não apresentando a si, suas preocupações, possibilidades e planos relativos ao ato de amamentar ou não. O simbolismo do AC, da maternidade como local que protege e promove o aleitamento materno, faz a mulher não contestar as orientações profissionais. Isto obstaculiza a relação pessoa a pessoa no contexto do AAM. Desdobrado disso, perceberam que as mulheres ficavam surpresas com uma condução que se estruturava em buscar conhecê-las, seus pensamentos sobre o aleitamento: [...] *um comportamento (da mulher) quase que de submissão, de não tenho muito o que falar, não vão aceitar o que eu falo, então vou só ouvir e pronto, de se sentirem surpresas em serem perguntadas sobre o que acham melhor* (Resiliência).

Desenvolver o aconselhamento no AC determinou lidar com a tendência de contínuas interrupções, o que interfere no alcance da relação e do diálogo, estruturantes do aconselhamento e ao processo relacional e dialógico que estrutura o aconselhamento, o que envolve tempo:

“Por vezes eu estava fazendo uma sessão de aconselhamento, o médico chegava. Posso examinar rapidinho seu neném? Acabou a atenção da mulher naquela hora. [...] eu ia e o médico atrapalhava, porque precisava passar visita, porque precisava dar alta. Aí quando o médico... se o médico falar assim, ó, alta, acabou. Eu não conseguia mais fazer aconselhamento, porque ela começa... o que que eu preciso? Qual documento? Mãe, liga para não sei quem pra vir buscar. Acabou.” (Girassol)

Isso determinou apreciação dos processos de trabalho e dinâmica da unidade para selecionar o momento mais estratégico, com menos chances de sofrer interpelações:

“Então eu tive que além do vínculo estudar o melhor horário para poder conseguir essa abordagem que não era curta.” (Girassol)

Tema: Aconselhamento: motivação e transcendência

Todas as participantes deste estudo vão revelar estar seu envolvimento com o aconselhamento vinculado com motivação derivada de sua própria história de amamentação e/ou com a admiração de práticas de outras profissionais em prol do aleitamento materno.

Eu tinha muito desejo de amamentar meu primeiro filho, 21 anos atrás. Eu era muito jovem, eu tinha 20 anos, e eu não consegui amamentar. E eu tinha uma frustração por não ter conseguido. E, sempre que eu via uma mulher amamentando um neném grande de um ano, dois anos, eu achava aquilo um máximo.[...] E aí eu comecei a trabalhar com uma amiga numa maternidade (local) que ela fazia o parto, e quando o neném nascia ela colocava o neném para mamar imediatamente. Aquilo me chamou muita atenção e ela falava assim, isso aqui é ouro, isso aqui é ouro. E aí, eu comecei a fazer o que ela fazia, porque eu achava uma amamentação linda[...] Um alguém que eu comecei a trabalhar e comecei a admirar a forma que ela cuidava da amamentação E isso me deu um gatilho para eu fazer o curso (aconselhamento) e depois que eu comecei a trabalhar com isso, eu nunca mais larguei (Girassol).

“[...] minha história com a amamentação começou lá quando eu tive o meu primeiro filho e que infelizmente eu não tive uma experiência positiva na amamentação. [...] E aí quando eu me deparei... frustrada... porque sempre foi um sonho amamentar... e de repente eu me vi... eu vi esse sonho escorrendo pelos dedos. E sem ter uma rede de apoio que conseguisse me orientar, sem ter profissionais a quem eu pudesse me agarrar naquele momento pra poder me ajudar, eu me vi literalmente sozinha. E minha amamentação, ela foi perdida. [...] E aí foi depois disso que eu falei, não, eu preciso entender mais de aleitamento materno para que eu possa ajudar outras mulheres. Para que eu consiga ajudar mulheres que não consigam amamentar a vivenciarem a experiência da amamentação. Porque é grandioso e sempre foi um sonho meu e esse sonho foi frustrado na minha primeira gestação. [...] Então, essa foi a minha motivação maior em me tornar uma consultora em aleitamento materno. [...] eu, como mãe... como mulher... vendo uma outra mulher... uma outra mãe... passando por dificuldades que eu também passei... e naquele momento eu me vi na condição de poder ajudá-la... coisa que eu não consegui... eu não encontrei alguém lá atrás para me ajudar. (Gabi)

Portar o credo efetivo no aleitamento materno e a admiração pelo ato favoreceu a aposta no aconselhamento e o desejo de dar suporte no manejo de seus obstaculizadores:

“Eu amo falar de amamentação, eu amo ver o momento que mulher está tentando colocar o neném no peito, é uma parada de tanto amor, assim, que eu vejo aquilo, eu já sinto vontade de calçar a luva e ficar ali do lado. Eu acho que o que me ajudou foi isto, para vencer todos os desafios Era a minha dedicação, meu amor, a minha vontade de aconselhar. [...] Então eu insisti assim por mil vezes, a minha insistência assim foi... Eu tinha muita paciência, [...] eu acho que foi a paciência, foi a dedicação, foi o meu amor pela amamentação, [...] eu acho que, além disso tudo, eu destaco também essa interação, essa vontade de estar ali fazendo isso. (Girassol)

Destarte, o vínculo promovido pelo aconselhamento reverberava em uma relação duradoura e de confiança com a profissional, com tendência de extrapolar o tema da amamentação:

“Eu percebi (o aconselhamento) como uma interação positiva, boa, de criação de vínculo. Então eu entendi que elas tinham a gente ali como um suporte mesmo, às vezes até demandas assim, fora da amamentação, como elas criavam um vínculo e sentiam, vamos dizer assim, como uma pessoa que ela poderia contar, ela mandava até alguma coisa fora, tipo assim, o umbiguinho do meu bebê tá assim” (Luz).

“A gente acabou estabelecendo relação mesmo de confiança. Eu ainda recebo fotos desses bebês que chegaram aos seis meses de aleitamento materno”. (Gabi)

Os relatos das mulheres alinham-se ao mencionado nos excertos destacados acima:

“Depois dos seis meses, ela não ligou mais, porque a amamentação exclusiva é até os seis meses. O projeto ali encerrou. Mas aí hoje até eu sigo ela no Instagram, às vezes ela me dá uns conselhos. Eu vou comentar nas coisas que ela postou. Eu tô sempre aprendendo mais ainda. Talvez ela não saiba, mas eu a considero uma amiga” (M3) “Às vezes eu até tirava o assunto e conversava sobre outras coisas” (M9).

“[...] na última vez que ela me ligou, eu mandei até uma foto (nome do filho). Porque ela viu o pequenininho, né, então eu mandei uma foto dele com seis meses e tal. E eu agradeço muito a ela por isso, por esse acolhimento” (M10)

Neste relato, evidencia-se o interesse da aconselhadora em manter contato com a mulher (ela já não amamentava mais). A relação interpessoal é sustentada pelo vínculo e preocupação genuína como demonstrado nesta frase:

“E depois que você recebeu a alta, ela continuou...? Continuou me ligando... só que aí eu troquei de número... ela tinha conseguido até o meu número... porque eu tinha feito uma... Eu tinha ido no hospital escola fazer alguma coisa... eu não me lembro o que foi...eu mudei o número e ela conseguiu o meu número de volta... só que aí... meu telefone delicado e eu perdi o contato dela de novo. Ela me ligou até os nove meses, eu acho” (M2)

O aconselhamento tem efeitos sobre a pessoa da aconselhadora, além de modificá-lo na presença na relação de suporte ao aleitamento materno, extrapola para esferas da vida da aconselhadora: *“Eu acho que eu tenho usado muitas vezes isso, as técnicas do aconselhamento, até nas minhas aulas. [...]Então, acho que essa prática que a gente vai fazendo até para outras áreas”* (Resiliência). Ele amplia competências comunicacionais e relacionais, com efeitos sobre a compreensão existencial de si e dos outros:

“O aconselhamento em amamentação me ensinou muito mais do que só trabalhar com amamentação, me ensinou a comunicação. O aconselhamento abriu a minha vida, a minha visão para a vida, mudou a minha forma de relacionar com as pessoas, com os pacientes, com outros colegas de trabalho. Porque o aconselhamento ensinou a gente a falar, a perguntar. [...], mudou a minha forma de pensar, mudou a minha forma de comunicação para tudo. Mudou o meu jeito de falar e de perguntar. E tudo isso o aconselhamento trouxe para a minha vida como enfermeira, como mãe, como amiga E aí eu aprendi demais com o aconselhamento.” (Girassol)

Convergentemente aos relatos das aconselhadoras Resiliência e Girassol, uma mulher aconselhada, especialista em enfermagem obstétrica, destaca como a vivência materna ressignificou seu entendimento sobre as competências comunicacionais e relacionais fundantes do AAM:

“Hoje, com a experiência de ser mãe, que eu sempre fui enfermeira e orientei a questão do aleitamento materno também, que eu fazia pré-natal [...] Hoje seria totalmente diferente, que eu já passei pela experiência do aleitamento materno. Quando as mulheres tinham dificuldade e falavam da dificuldade, eu era meio como o pediatra foi comigo ‘Não, você consegue sim, tem que tentar mais, você não tá tentando pouco’. E eu não enxergava muito, achei que era mais interesse da mãe. E não é só interesse da mãe. Tem muitos outros fatores que influenciam. Então hoje eu teria um pouco mais... deixa eu ver como se fala.. eu teria um

pouco mais de sensibilidade com essas mães que estão tendo dificuldades com o aleitamento materno. Isso que mudou em mim. Eu teria procurado ajudá-las de outra forma, não como antigamente eu ajudava. Era só orientação, porque a pega é assim, você tem que tentar dessa forma. Hoje eu buscaria ajudar de outra forma. A questão do psicológico da mãe, a questão de rede de apoio. Falar um pouco mais sobre a importância do aleitamento materno pra ela também e pra criança... eu seria uma pessoa que orientaria de forma diferente... com certeza... do que eu orientava antes” (M11)

Ademais, o que mobiliza a mulher a transcender como profissional, foi reverberado pelo aconselhamento e os núcleos relevantes deste processo interacional:

“eu estaria falando à mulher como... ela falou... eu não me lembro se o nome (referindo-se a aconselhadora), como ela me falou: ‘não, é possível sim conseguir’. E teria como falar com a mãe também, essa gestante, essa puérpera, que apesar do ideal ser seis meses, tudo que ela conseguir é importante. A gente sabe que o ideal são seis meses de aleitamento exclusivo. Mas por que não parabenizar uma mãe que passou três meses? Por que não parabenizar aquela mãe que só conseguiu dois meses de aleitamento materno? É importante também! Ela conseguiu. E mulheres que nem conseguem. Entendeu? Então essa seria uma grande diferença pra mim.” (M11)

Tema: Aconselhamento: importância e recomendações para o acompanhamento longitudinal

As mulheres que receberam o aconselhamento demandaram e receberam suporte das aconseladoras, mesmo após o término do período estabelecido no projeto piloto da pesquisa multicêntrica, da qual este estudo derivou. Evidencia-se, portanto, o *rapport*, onde o par relacional efetivamente tem um vínculo genuíno de afetividade e confiança e a concretização do esperar manifestado no encontro inicial da relação interacional:

“eu gostei... assim... eu me senti acolhida... porque eu sabia que tinha alguém ali... sempre pesquisando como eu estava me sentindo... sabe? Enfim... quando ela disse que ia ligar pela última vez... quando eu estive com o (nome do filho) com seis meses... eu senti que estava quebrando um ciclo ali... sabe” (M10)

Subtema: ‘importância do acompanhamento longitudinal do AAM’

Para algumas mulheres a amamentação, enquanto objeto do ‘esperançar’ e a sua manutenção foi apoiado apenas pela aconselhadora:

“eu acho que eu estava sozinha, porque todo mundo queria que eu chuchasse mamadeira no meu filho, todo mundo, sem exceção. Minha mãe, o pai dele, todo mundo. A única pessoa que me incentivou amamentar era só a... Era a (referindo-se a aconselhadora) que me ligava pra perguntar da amamentação, mas de resto, ninguém queria que eu amamentasse” (M1)

O suporte a este ‘esperançar’ é feito através de orientações verbais e visuais (através de fotos, mostrando a mãe como ordenhar e congelar o leite materno para estoque, oferecer o leite em um copinho (não em mamadeira) para manter a amamentação após retorno as atividades laborais. Ressalta-se que a aconselhadora dá suporte as demandas solicitadas pela mãe, sem intervir no que é decidido por ela, como "não oferecer mamadeira":

“Depois eu tive dúvidas sobre eu voltar a trabalhar, como que eu iria fazer com a amamentação do Davi, já que eu não queria dar mamadeira. Ela me falou que eu poderia estar me hidratando, até me mandou foto, que eu poderia estar tirando o leite do peito e... eu poderia deixar congelado e deixar com quem fosse ficar com ele, descongelar e desse naquele copinho é... de café pra ele não estranhar, fazer troca de bico.” (M1)

Há mães que desejam esta interação até a filha atingir a idade adulta, reverberando o vínculo e relação de confiança com a aconselhadora:

“Uma mãe que não passa por problema nenhum, então eu acho que não existe. Porque a gente, desde o nascimento até agora, tem lá seus desafios. Agora, quando eles começam a andar é um processo, quando começam a engatinhar é outro. Então isso eles não contaram, entenderam? Então eu falo assim, que se eu pudesse, eu queria ter aconselhamento até minha filha ter 18 anos. Porque faz muita diferença. Tem coisas que até hoje eu me sinto perdida” (M4)

Destarte, a mãe deseja continuar ser cuidada emocionalmente, referindo-se que alguém se preocupa com ela:

“a gente tendo um pessoal que se preocupa... principalmente da saúde... se preocupando com a gente... como é que está sendo e tal... foi muito bom.” (M6)

“Ela sempre perguntou se eu estava triste, se eu estava feliz, é... Acho que ela perguntou nos últimos seis meses sobre o meu humor. Essas coisas. Se eu tinha me sentido mais ou menos triste depois de ter ganhado bebê.” (M1)

Ressalta-se a preocupação da aconselhadora com o acompanhamento contínuo, consciente e preventivo, comum em cuidados pós-natais.

Subtema: 'Recomendações positivas para o AAM'

Ter vivenciado o aconselhamento gera recomendações positivas desta tecnologia:

“você pensa que sabe de tudo, pelo menos eu pensei que sabia de tudo, mas aí vem, você tem um cuidado da pessoa que te ensina, sabe, tá com você, com jeito, com carinho, com gentileza, é... te ensinar com a pega correta, aí eu indicava muito, assim, falaria essas coisas.” (M3)

“Aceitar a ajuda... aceitar uma pessoa para conversar... porque... você tá ali... mãe de primeira viagem... você não sabe de nada... é tão bom... você sabe que vai ter alguém ali né... que vai te ajudar... igual eu falei. É bom... eu indicaria para muitas mães... de primeira viagem...” (M2)

A relevância desta vivência interacional, reverbera para mulheres que são profissionais de saúde, como evidenciado no excerto:

“Por mais que uma pessoa seja da área de saúde ou não seja da área de saúde, a mulher no puerpério, a mulher precisa de orientação. Às vezes, até que a gente sabe, a gente esquece, porque a gente está vivendo um momento novo. Então, aquele momento de aconselhamento pós-parto é essencial” (M11)

Embora a pessoa tenha conhecimentos, naquele momento, ela é demandante do cuidado e, pode não lembrar do que aprendeu academicamente.

Por ser enfermeira obstétrica e ter vivenciado o AAM, a mulher consegue diferenciar o suporte recebido da aconselhadora em relação aos demais profissionais da equipe multidisciplinar. Evidencia-se no trecho a seguir, a constatação por ela sobre a necessidade de um profissional especializado e exclusiva para dar suporte as mulheres em aleitamento materno, sobretudo as que tiveram cesariana e/ou neonatos prematuros ou termo precoce. Esse relato reverbera a importância do AAM no AC

“algumas puérperas que estavam lá, elas tinham tido bebê com 37 semanas, com 36 semanas, e isso causou também uma dificuldade tanto no bebê na hora da pega, como da mãe para produzir o leite. Então, a orientação da pessoa especializada em desenvolvimento nesse momento é essencial. Se todas elas tiveram orientações, talvez, tiveram menos dificuldade. Se fosse possível, todo hospital deveria ter uma pessoa especializada apenas em aleitamento materno para orientar todas as puérperas de forma mais presente. Porque tem umas enfermeiras lá, né? Tem umas técnicas que irão orientar. O hospital lá, eu não tenho o que dizer, o hospital é excelente. Por ser um hospital escola, tinha muitos profissionais lá de ginecologia e obstetria, tinha de psicologia, tinha de nutrição, de enfermagem. de farmácia,

então eu lá passei por muitos profissionais. É um hospital excelente. Mas se tivesse planejado todas as coerências, essa orientação que eu tive, eu acho que teria sido melhor” (M11)

As competências interacionais e comunicacionais na formação do profissional para dar suporte a amamentação também são ressaltadas pela mesma mulher:

“quando eu tive minha formação, eu não tive tanta orientação nessa área. Eu tinha mais sobre pega correta, a forma de colocar a criança, a mãe, a produção do leite, como era realizada. Tudo isso. Mas a questão psicológica mesmo, da mãe naquele momento... o que o puerpério representa para uma mãe naquele momento, eu não tive” (M11)

A amamentação para as mulheres que receberam o AAM esteve ancorado no ‘esperançar’, cujos objetos da esperança direcionaram-se ao desejo de amamentar, estabelecer vínculos fortes, proteger e promover a saúde dos filhos. Esta vivência perpassou por dificuldades e desafios, que mobilizaram forças internas abarcadas pela esperança, e forças externas sustentadas nas relações interpessoais afetivas que lhe deram suporte para transpor os percalços que emergiam neste processo.

Uma relação interpessoal que se alinha ao constructo da esperança, é aquela guiada pela presença, onde a pessoa que se coloca na posição de suporte, tem na pessoa que acolhe o centro da sua atenção e se deixa guiar pelo que esta última revela e intenciona. E, assim, atuaram as quatro enfermeiras aconseladoras que realizaram o AAM, como evidenciado neste estudo. O aconselhamento teve como cerne a presença da aconseladora, aspecto que se refletiu nos depoimentos das mulheres assistidas por elas no apoio à amamentação.

Revelou-se nas falas das mulheres que as aconseladoras eram ‘humanas’, o que ecoa ao clamor de Joyce Travelbee, referindo-se ao modo de ser e estar do enfermeiro como demandante do cuidado (Carvalho, 2005). As mulheres as conceberam como pessoas significativas e, expressões como ‘maravilhosa’, ‘incrível’, ‘amiga’ surgiram denotando que na relação as aconseladoras portavam mais do que o símbolo de enfermeiras e/ou profissionais. Eram pessoas cuidando de pessoas, como postulado na teoria da relação interpessoal (pessoa-a-pessoa) (Travelbee, 1971), referencial deste estudo.

Esta presença, teve na escuta atenta o componente essencial para iniciar a relação entre enfermeira aconseladora e mulher aconselhada. A teoria de Joyce Travelbee (1971), investigou os meios de comunicação que favorecem o relacionamento

interpessoal do enfermeiro com o paciente e, concebe-os como elementos essenciais para a transmissão de ideias, sentimentos e ensinamentos. As enfermeiras aconseladoras deste estudo reverberam a importância da competência comunicacional para a interação no AAM, com destaque ao modo de falar e a escuta atenta.

A escuta ativa e a comunicação afetiva são elementos centrais na construção de vínculos sólidos no AAM, especialmente, quando se adota como referencial teórico a Teoria da Relação Interpessoal (pessoa-a-pessoa) de Joyce Travelbee. Para além de ferramentas comunicacionais, essas práticas constituem atos terapêuticos e éticos que favorecem a construção de relações de cuidado baseadas na confiança, no respeito e na valorização da subjetividade materna (Travelbee, 1966; Waidman; Ingrid; Marcon, 2006).

De acordo com Medeiros et al. (2022) a escuta ativa, no contexto da enfermagem, não se restringe à recepção de informações verbais, mas abrange a capacidade de perceber os sinais não verbais, os silêncios e as expressões emocionais, o que se mostra especialmente relevante no contexto da amamentação. Trata-se de uma comunicação que acolhe, valida sentimentos e cria um espaço seguro para que a mulher se sinta confortável em compartilhar suas dúvidas, inseguranças e até suas fragilidades no processo de amamentação (Oliveira, 2019; Resende, 2023).

Vale, Pagliuca (2011) descrevem a escuta como antecedente essencial para conhecer o paciente, identificar suas necessidades, demonstrar atenção e empatia. Ressaltam ainda estes mesmos autores, que há de ser atenta para buscar compreensão lógica e sensibilidade as demandas de cuidado. Essa forma de escuta permitirá ao aconselhador em aleitamento materno compreender demandas subjetivas que atravessam a vivência da amamentação (Oliveira, 2019), o que também teve ressonância nos achados aqui desvelados.

No AAM a escuta é um núcleo estruturante (WHO, 2018) e precisa ser qualificada para “reconhecer os silêncios, os gestos e as expressões” para a construção de sentidos com a mulher (Brasil, 2015b) respeitando sua cultura, contexto e decisões (Brasil, 2015a) para assim, proporcionar suporte emocional que fortaleça a autoconfiança da mulher. As quatro enfermeiras aconseladoras participantes deste estudo, receberam treinamento de acordo com o preconizado pela OMS e MS para o AAM, numa formação teórico-prática de 76 horas.

Neste, as aconseladoras adquiriram habilidades de escuta, gerando as competências comunicacionais, que reverberaram concretamente num cuidado

humanizado e centrado na pessoa, conforme defendido pela teoria da relação interpessoal (pessoa-a-pessoa) de Joyce Travelbee.

A relação de cuidar requer atenção, paciência, discernimento e percepção aguçada, o que requer da enfermeira dedicação de tempo adequado para obter, através da escuta atenta, informações que permitam identificar necessidades e planejar cuidados específicos (Vale; Pagliuca, 2011). Realizar o AAM no AC exigiu das aconseladoras uma gestão cuidadosa do tempo e articulações de pessoas, tempos e espaços que interpelavam na relação para promover interações significativas com as mulheres.

Alinha-se este achado, ao mencionado por Vale, Pagliuca (2011) que “o significado do cuidado está atrelado à percepção do que está subjacente no processo relacional enfermeiro-paciente e este necessariamente não é perceptível para quem está fora desta relação”. Corroboramos com estas mesmas autoras que compreender o significado do cuidar ocorre por meio da sensibilidade, da afetividade e da interação que permeiam a prática do cuidado em enfermagem (Vale; Pagliuca, 2011).

No tema *Presença: uma competência avançada e cerne do aconselhamento*, o cuidar esteve atrelado a presença, consonante com a definição de Waldow (2008), que também compreende o cuidar como presença, ajuda e zelo e como “uma ação e um comportamento”. A presença da aconseladora abarcou disponibilidade, sensibilidade e atenção à pessoa e ao que a mulher expunha, configurando-se num processo de cuidar, que para Mayeroff (1971) é concebido como um processo relacional que envolve devoção, confiança, paciência, humildade, honestidade, conhecimento do outro, respeito à primazia do processo, esperança e coragem.

A paciência e o respeito pelo processo vivenciado pela mulher na amamentação foram considerados atributos essenciais pelas aconseladoras, tanto na perspectiva das profissionais que já atuam nessa área quanto na percepção de uma enfermeira que recebeu o aconselhamento. Embora a palavra “devoção” não tenha sido mencionada neste estudo, constituiu também um atributo. Como destaca Mayeroff (1971) devoção é estar presente para o outro com coragem e consistência, mas sem permanência constante.

A presença, como cuidar, permeado pela escuta atenta e qualificada e a comunicação afetiva, por meio do toque respeitoso, modo de falar e responder e forma de aproximar, foi significado como carinho e atenção, possibilitando a confiança mútua e o vínculo do par relacional. Nas interações relatadas tanto pelas aconseladoras como pelas mulheres, evidencia-se o cuidar pautado na relação pessoa-a-pessoa, estabelecido mediante a comunicação e guiado pelo que a mulher revelava e esperava.

Como destaca Farinho (2023) o aconselhamento qualificado em aleitamento é aquele que combina conhecimento técnico com sensibilidade afetiva e disposição para o diálogo horizontal. Nesse tipo de encontro a escuta ativa permite à mulher reconfigurar suas expectativas diante das dificuldades, ao perceber que não está só, que seu sofrimento é legítimo e que há caminhos possíveis, mesmo que diferentes do planejado (Farinho, 2023). Isso permite as mulheres ressignificarem, inclusive a amamentação.

O suporte a mulher no seu ‘esperançar’ foi efetivada na presença qualificada da aconselhadora disposta a sustentar emocionalmente e tecnicamente os momentos de maior instabilidade e dificuldades no manejo da amamentação. A escuta atenta, a validação de sentimentos e o reconhecimento das narrativas individuais foram elementos que ativaram, em maior ou menor grau, as dimensões afetiva, cognitiva, comportamental, afiliativa, temporal e contextual da esperança, como apontadas por Dufault e Martocchio (1985).

Para edificar com a mulher uma relação de suporte do ‘esperançar’ e alinhadas a relação pessoa-a-pessoa, conjugam-se as competências relacionais às comunicacionais, que fomentaram o surgimento da empatia, etapa essencial na construção do vínculo segundo o modelo de Travelbee (1971).

No AAM essa etapa permitiu que a aconselhadora se conectasse afetivamente com a experiência da mulher, promovendo um cuidado centrado nela e de promoção da autonomia, como postulado nas políticas públicas nacionais e internacionais para a promoção da amamentação (Brasil, 2015a; WHO, 2018), que reconhecem a importância da construção de relações de confiança e escuta ativa com as mulheres através de processo dialógico (Melo; Oliveira; Pereira, 2021).

Este estudo evidenciou que o AAM é um cuidado efetivo e factível, garantido pela presença e centralidade na pessoa que amamenta, o que reafirma a relevância atribuída as tecnologias leves para o cuidado. Segundo Merhy (2002) as tecnologias leves correspondem às tecnologias relacionais, voltadas à construção de vínculos, ao acolhimento e à promoção da autonomia dos sujeitos, concretizando-se por meio do diálogo aberto e da escuta qualificada.

Estudos como de Castro, Souza, Marski et al. (2020) constata a ausência de diálogo entre os profissionais de saúde e os demandantes do cuidado, comprometendo a identificação e o atendimento às necessidades. As autoras ressaltam a importância de uma postura profissional pautada na escuta qualificada, no fornecimento de informações e na valorização dos sentimentos da pessoa durante esse encontro.

Destarte, o exposto acima, desvelou-se no tema *Presença: uma competência avançada e cerne do aconselhamento*, que o AAM se configurou num processo relacional dialógico, valorizou as vivências e colaborou para superação de barreiras sociais, emocionais e culturais que permearam o ato de amamentar pelas mulheres. Corrobora-se com Gomes, Oliveira (2021) e Joventino et al., (2011) que o aconselhamento deve ser compreendido como uma tecnologia leve, cuja efetividade repousa na construção de vínculo, na confiança e na valorização da escuta como instrumento terapêutico.

Para Ribeiro (2017) em uma sociedade que valoriza a eficiência e o desempenho materno idealizado, permitir que a mulher expresse seu medo, sua dor e sua dúvida é um gesto radical de cuidado. A esperança, nesse sentido, não apaga o sofrimento, mas permite que ele seja elaborado e integrado à experiência. Expectativas frustradas em relação à amamentação são comuns, mas podem ser ressignificadas quando há espaço seguro para o diálogo, quando o vínculo é construído e quando a mulher se reconhece como sujeito ativo, mesmo nas falhas.

O encontro inicial entre aconselhadora e mulher no pós-parto no AC constituiu o momento fundante dessa tecnológica leve, o AAM, estabelecendo as bases para uma abordagem colaborativa e conexão do par relacional. Travelbee (1971) descreve o encontro inicial ou original (primeira fase do seu modelo teórico) como momento fundamental onde enfermeiro busca identificar a pessoa e obter impressões e informações necessárias para o relacionamento interpessoal. Ressalta ainda, que essas percepções iniciais podem influenciar o desenvolvimento da relação, destacando a importância da consciência profissional para uma abertura genuína ao paciente (Travelbee, 1971).

A consciência profissional mencionada por Travelbee (1971) foi demonstrada nas competências atitudinais das aconselhadoras, pela maneira de ser e estar na relação: *“é a forma de abordagem, o como você fala, o como você pergunta, de que forma você chega. Tudo é uma questão de você dar atenção, [...] mais importante é olhar.”* (Girassol). Todas as aconselhadoras enfatizaram que o comportamento profissional exige preparo e prática para além da formação teórica.

Estudo descritivo realizado por Leite (2004) organizou os pressupostos teóricos das cinco formas de comunicação não-verbal contidas no Curso de Aconselhamento em Amamentação, idealizado pelo UNICEF em parceria com a OMS: “Postura -"Mantenha sua cabeça no mesmo nível", Contato Visual -"Preste Atenção", Barreiras -"Remova barreiras", Dedicar tempo -"Dedique tempo", Toque -"Toque de forma apropriada”. E, considerou que tais técnicas, por estarem voltadas às competências atitudinais dos

profissionais, tinham o potencial tanto de facilitar quanto de dificultar a interação com a mulher que amamenta (Leite, 2004).

Tais elementos foram revelados neste estudo e, mostraram-se facilitadores para a construção de confiança e para o fortalecimento da relação interpessoal. Essas habilidades das aconseladoras qualificaram o comportamento como avançado, sobretudo nas questões interacionais e comunicacionais.

Corroboramos com Stefanelli (1981) que o aprendizado da habilidade de comunicação é um processo gradual e requer atenção durante toda a vida profissional da enfermeira e, com Rezende et al. (2002) ao enfatizarem que essas habilidades podem ser aprendidas de modo sistemático, através de cursos e leituras.

Ancorado nesta crença e na importância das competências comunicacionais e atitudinais no processo formativo da enfermagem, questiona-se se estas habilidades ainda não estão alocadas para um lugar secundário quando comparados com outras competências. Uma das mulheres aconselhadas (M11) instiga essa reflexão ao mencionar que, em seu percurso formativo, como enfermeira e especialista em obstetrícia, adquiriu preparo técnico para atuar no manejo clínico da amamentação, mas não para oferecer suporte e apoio demandados pela mulher durante essa experiência.

Segundo Hamnøy et al. (2023) para que os profissionais de saúde possam oferecer um atendimento de qualidade em amamentação, é necessário que possuam conhecimentos específicos sobre o tema, competência para exercer julgamento clínico, atitude de escuta ativa e habilidade para facilitar diálogos acerca do impacto da amamentação no cotidiano da mãe. As enfermeiras norueguesas entrevistadas no estudo de Hamnøy et al. (2023), mencionaram a necessidade de terem reavaliações constantes nos cursos de aconselhamento em amamentação para que mantivessem um alto nível de competência, uma vez que o exercício do papel de aconselhador perpassa por desafios constantes, como também mencionado pelas aconseladoras deste estudo.

Antoñanzas-Baztán; Sola-Cía; Lopez-Dicastillo (2024) defendem que o treinamento da autoeficácia dos profissionais pode ajudar a reforçar a confiança, independentemente do seu nível de experiência, desdobrando-se em cuidados mais eficazes de saúde. Demonstraram que as habilidades do aconselhamento em amamentação, aprendidas em atividade de workshops, oferecidas a estudantes de enfermagem, maximizaram o conhecimento sobre amamentação e a autoeficácia profissional. Ressaltamos que experiências como as de Antoñanzas-Baztán; Sola-Cía;

Lopez-Dicastillo (2024) podem contribuir para minimizar lacunas nos currículos de graduação em enfermagem.

Ademais, este estudo evidencia a premência do demandante do cuidado romper com a tendência de avaliar, classificar e prescrever cuidados, deslocando-se para a ênfase da presença e atuação profissional que intenciona conhecer o outro, dialogar e ser guiado por aquilo que ele revela e intenciona. Ancora-se assim, a segunda fase do modelo de Travelbee (1971), denominada fase das identidades emergentes, no qual efetivam-se as relações interpessoais.

Neste estágio, enfermeiro e paciente mutualmente se reconhecem como seres singulares, estabelecendo um compromisso com o vínculo terapêutico. Caracteriza-se pela progressiva percepção e expressão das identidades, valores e significados individuais por ambos os atores. O estágio se completa quando há consolidação do reconhecimento recíproco da unicidade do outro, incluindo suas potencialidades e limitações (Travelbee, 1971).

Os achados apontaram encontros singulares entre aconseladoras e mulheres, e mobilizações das primeiras para entender a unicidade da pessoa com a qual estabelecia relação, e ao que essa esperançava. Destarte, o abordado anteriormente, a empatia foi um elemento crucial para a consolidação da relação pessoa-a-pessoa, e foi mencionado pelas aconseladoras, especialmente por Girassol.

Travelbee (1971) nomeia a terceira fase como empatia, quando se desenvolve a capacidade compartilhada de vivenciar a experiência do outro, mediante receptividade mútua. Conceitua empatia como compreensão integral (emocional e intelectual) do outro, essencial para interpretar comportamentos e perceber com precisão pensamentos e sentimentos.

Evidencia-se sobretudo nos temas *Presença: uma competência avançada e cerne do aconselhamento* e *Aconselhamento: abertura, liberdade e esperança* a implicação da empatia para a relação significativa entre aconselhadora e mulheres, reverberando em processos de transformação mútua, destacadas nos temas: *Aconselhamento: motivação e transcendência*, e *Aconselhamento: importância e recomendações para o acompanhamento longitudinal*.

Waidman, Ingrid e Marcon (2006) destacam que, segundo Travelbee, a comunicação afetiva é a via por meio da qual se estabelece o encontro genuíno entre profissional e pessoa cuidada. Shelton (2016) reforça que a escuta qualificada e a comunicação empática são pré-requisitos para que ocorra o surgimento da empatia, uma

etapa essencial na construção do vínculo segundo o modelo de Travelbee. No AAM essa etapa permite que o profissional não apenas compreenda a realidade vivida pela nutriz, mas também se conecte afetivamente com sua experiência, promovendo um cuidado centrado na pessoa.

É relevante ressaltar que embora, consciente da importância da empatia, as aconseladoras destacavam atributos para sua atuação, entre elas: humildade, paciência, compaixão, não julgamento e disponibilidade. Novamente, este achado reverbera para a formação do profissional, que não pode portar o credo de detentor do saber e que determinará à pessoa o cuidado e como realizá-lo. Destarte, as informações veiculadas no pré-natal, sobre o não uso de chupetas e de fórmulas lácteas, as mulheres as adquiriram e, pela postura dialógica e empática da aconseladora, não os implementaram, embora interpelados por familiares e/ou amigos.

O AAM mostrou-se efetivo neste estudo por não se restringir a um roteiro informacional e prescritivo. As aconseladoras estabeleceram relação terapêutica através do acolhimento empático, legitimaram as emoções das mulheres e deram suporte ao seu esperar. Uma das mulheres concebeu o aleitamento como gesto natural, no entanto, teve dificuldades no manejo que se reverberaram em sofrimentos e influências negativas para a manutenção da amamentação. Foi no encontro com a aconseladora que seu desejo de amamentar se concretizou. Este achado corrobora com Nepomuceno, Medeiros e Salin, (2021) ao discorrer sobre as dificuldades vivenciadas, especialmente, por primíparas nos primeiros dias pós-parto no contexto do AC.

Cabe salientar, que os achados mencionados nos dois parágrafos anteriores, abrangem também a quarta fase do modelo teórico de Travelbee (1971), a simpatia ou singularidades. Mobilizado pela empatia, precedido pelo encontro inicial e pelas identidades emergentes, neste momento estabelece-se a confiança, onde o profissional se coloca integralmente disponível para ajudar. Emerge assim, o terceiro núcleo estruturante que compõe a tríade do AAM (WHO, 2018), o vínculo. A escuta sensível e a construção de vínculo qualificaram o cuidado das aconseladoras e, assim como defendido por Percídio et al. (2025) fortalecem a autonomia da mulher ao reconhecer e validar suas escolhas e sentimentos.

As mulheres, em sua grande maioria, destacaram a simpatia da aconseladora, como uma característica da profissional, que contribuiu para a vinculação afetiva. No entanto, simpatia, para Travelbee (1971) é a expressão específica de compaixão, que possui relação com as habilidades atitudinais. “Há um calor, uma vontade de ação na

simpatia que não está presente na empatia” (Travelbee, 1964, p. 69). Compaixão, enquanto atributo, foi mencionado por Girassol.

O AAM configurou-se para as aconselhadoras como um processo compartilhado, ancorado na corresponsabilização, apresentado no tema *Aconselhamento: abertura, liberdade e esperança*. Este achado converge com Joyce Travelbee (1979), ao descrever que a relação interpessoal terapêutica é um processo de comprometimento e troca de saberes, objetivando um trabalho em conjunto. Para esta autora, a enfermeira é responsável por ajudar e, é a profissional que passa a fazer parte da esperança.

Tomar o AAM como um processo compartilhado e de corresponsabilidade, possibilitou que o par relacional traçasse e estabelecesse de forma mútua, objetivos realísticos e singulares. Evidencia-se novamente a centralidade na pessoa da mulher, requisitando da aconselhadora apropriação de conhecimentos e competências relacionais e comunicacionais. Como mencionado na introdução deste trabalho o AAM adotou os princípios da autenticidade, sentimento positivo e empatia, da Terapia Centrada no Cliente de Carl Rogers (Patterson; Eisenberg, 2003).

Travelbee (1979) reconhece que cada indivíduo vivencia um processo de aprendizagem mútua no qual pensamentos, sentimentos e comportamentos são compartilhados e reciprocamente influenciados. Dessa forma, ressalta a autora, que o profissional precisa desenvolver plena consciência de seus próprios conceitos, pensamentos e atitudes, a fim de evitar que estas interfiram na relação interpessoal (Travelbee, 1979). Em consonância com o exposto, a aconselhadora Girassol menciona que sua vivência e percepção em relação à sua própria amamentação não devem direcionar a relação com a mulher, mas permitir que ela explore a si, sua vivência, suas crenças e significados.

Evidenciou-se que o processo compartilhado vivenciado pelas aconselhadoras e mulheres no AAM tiveram efeitos na pessoa da aconselhadora, reverberaram em novas práticas e posicionamentos pedagógicos e ampliou competências comunicacionais e relacionais, com efeitos sobre a compreensão existencial de si e dos outros. Este achado converge com as proposições de Waldow (2008), que afirma ser o cuidar uma relação em que ambos (ser cuidado e ser que cuida) crescem através da experiência. E, de Ayres (2004b) ao enfatizar que a configuração do cuidado como experiência de encontro e espaço de trocas dialógicas autênticas potencializa a intersubjetividade, gerando um processo de retroalimentação que amplia os saberes tecnocientíficos e práticos dos participantes envolvidos.

Waldow (2008) defende o deslocamento de uma abordagem técnica e centrada nas ações do cuidador, para uma prática relacional, afetiva e empática, com foco no indivíduo que recebe o cuidado, privilegiando valores como zelo, respeito e crescimento mútuo, o que também se alinha as evidências desveladas neste estudo. Estes achados, nos impulsionam a discutir a premência de renovar as formações para práticas compartilhadas. Isto está posto em vários direcionadores formativos, como abordagem centrada na pessoa e práticas colaborativas.

Também urge a necessidade de alinhamento de práticas mais colaborativas entre os profissionais dentro dos serviços de saúde. As aconselhadoras tiveram interrupções em seus encontros com as mulheres no AC, por membros da equipe multiprofissional e precisaram balizar tempos e espaços para dar suporte as mulheres. Embora defendido na Política Nacional de Humanização (PNH) o direcionamento da assistência para práticas acolhedoras, solidárias e resolutivas (Brasil, 2013b), evidenciou-se obstaculizadores ao cuidado, discutidos no tema: *Aconselhamento no Alojamento Conjunto: intervenientes*.

Ayres (2017) aponta a existência de um compromisso insuficiente com o bem-estar dos usuários, caracterizado por uma desconexão entre a execução do ato assistencial e a consideração de suas consequências, bem como dos desdobramentos nas situações dos pacientes e comunidades.

As aconselhadoras deste estudo precisaram flexibilizar horários e espaços para realizar o AAM no AC, achado evidenciado em trabalhos internacionais, como de Hamnøy et al. (2023), que descrevem sobre a inadequação de tempos e espaços para a realização do aconselhamento e o sentimento de frustração de enfermeiras e parteiras. Ressaltam ainda os autores que “boa colaboração, tempo e locais adequados são necessários para facilitar um bom aconselhamento” (Hamnøy et al., 2023).

Neste estudo a prática da amamentação e as tomadas de decisão a ela associadas sofreram influência de familiares e amigos. Tal influência ocorreu tanto de forma positiva, com suporte verbal para a superação de desafios, quanto de forma intervencionista, através da sugestão de introdução de fórmula ou da oferta efetiva da mamadeira. Estes resultados convergem com Meedy et al. (2010), os quais afirmam que além da intenção (desejo de amamentar) e da autoeficácia, o apoio profissional, familiar e de amigos também exerce influência na decisão da mulher sobre a amamentação.

Maurer et al. (2024) evidenciou que mulheres cujos parceiros consideraram importante amamentar, obtiveram alta autoeficácia na amamentação, comprovando a importância do apoio dos pais às suas parceiras na amamentação, como sustentado por

Dennis et al. (2018). Hamnøy et al. (2023) defende que o pai também deveria receber aconselhamento, sendo incluído como parte da família que amamenta.

O estudo de revisão sistemática de Ogbo et al. (2020) demonstrou que o apoio de parceiros (maridos ou companheiros) /pais (da criança) influencia a decisão da mulher sobre o início, a manutenção e a interrupção da amamentação no pós-parto. Os autores não apenas destacam a importância crucial desse apoio para melhorar as práticas de aleitamento, mas também enfatizam a necessidade de incluir os parceiros/pais em programas de amamentação. Essa recomendação evidencia, por sua vez, a demanda por incentivos e políticas públicas que apoiem e promovam a coparentalidade, um ponto também sustentado por Yan et al. (2023).

A coparentalidade positiva foi desvelada neste estudo pelo apoio do parceiro/pai da criança à mulher, sobretudo no incentivo verbal e nas demandas diretas da amamentação, mas também nas atividades domésticas e cuidados com a criança.

Destarte a influência de interpelações e intervenientes nos encontros das mulheres no AC, as aconselhadoras detinham motivação para superar os desafios que atravessam relação interpessoal com as puérperas. Desvelou-se que essa motivação, estava nas próprias experiências de amamentação (em três das quatro aconselhadoras). Estas vivências foram marcadas por rupturas do ‘esperançar’, relacionado a não amamentação ou duração deste, como prospectado no pré-natal, desdobrando na motivação para aperfeiçoar e acolher mulheres que também precisam de suporte no aleitamento materno.

Para todas, a crença na importância do aleitamento materno foi impulsionadora desta motivação.

O *rappor*t, quinta e última fase do modelo de Travelbee (1971), esteve presente nas interações vivenciadas pelas aconselhadoras e mulheres, e estão evidenciadas no tema: *Aconselhamento: importância e recomendações para o acompanhamento longitudinal*. Nesta fase, ocorre avaliação da relação e os resultados proveniente do cuidado experienciado. É importante mencionar que o *rappor*t foi construído ao longo dos encontros entre aconselhadoras e mulheres, como enfatizado por Pokorny (2014), Travelbee (1971) e Oliveira et al. (2005). As mulheres aconselhadas estabeleceram vínculos com as aconselhadoras que persistiram ao longo e após do processo de AAM. Diante disso significam recomendar o aconselhamento com base no vivido na relação pessoa-a-pessoa e no alcance do seu ‘esperançar’.

Os achados deste estudo possibilitaram analisar e compreender o AAM na ótica do modelo teórico da relação pessoa-a-pessoa, evidenciando que esta prática requer

competências relacionais e comunicacionais que precisam de embasamento teórico e prático, como foi oportunizado para as enfermeiras deste estudo. Requer também motivação e engajamento, o que demanda disponibilidade de tempo e de querer ser e estar na relação. Evidencia-se, pelos achados, que o AAM foi factível pela “exclusividade” de atuação da enfermeira para este propósito. Estar na função assistencial no AC e agregar o AAM, pode não ser factível, mas requer novas pesquisas.

O profissional de enfermagem que atua no AAM, especialmente no AC, está em posição estratégica para cultivar e sustentar a esperança. Ele não apenas orienta, mas também escuta, reconhece e compartilha afetivamente a experiência da mulher. Essa presença ética, comprometida e empática é a base para que o vínculo interpessoal se torne terapêutico, condição indispensável para a emergência da esperança como recurso de saúde (Dufault; Martocchio, 1985; Travelbee, 1971).

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O AAM balizadas na relação pessoa-a-pessoa mostrou-se uma tecnologia leve de cuidado, factível e efetiva para dar suporte no início e na manutenção da amamentação, sobretudo no AC, mas com recomendações ao longo do primeiro ano de vida da criança, pois permaneceu na memória e foi reativada em tempos posteriores no enfrentamento dos desafios de amamentar. A presença da aconselhadora, ancorada pelas competências relacionais e comunicacionais, com destaque para sua capacidade de escuta e disponibilidade, reverberaram na experiência vivenciada pela mulher, inclusive na sua esperança, favorecendo superar desafios do materno e amamentar e, sua autonomia ao longo do processo.

A amamentação está envolvida com o desejo da melhor saúde e vida para a criança, assim como com a criança de laços e conexões únicas e duradouras com ela, todos promotores da busca e esperança na amamentação, do enfrentamento dos intervenientes, persistindo no processo apesar deles.

Assim, considerar a esperança na dimensão relacional do aconselhamento é afirmar que o cuidado em saúde não se reduz ao protocolo, mas se faz no encontro entre pessoas. É nesse encontro que se produz sentido, se sustenta o desejo e se constrói a possibilidade de continuar, mesmo quando as condições são adversas. O AAM, nesse sentido, deixa de ser apenas estratégia educativa e passa a ser ação terapêutica, promotora de saúde integral, subjetiva e relacional.

O alcance da relação pessoa-a-pessoa foi central para os alcances do aconselhamento, nela os elementos interacionais foram essenciais para que a relação fosse qualificada como dialógica e horizontal.

O estudo referenda o AAM como prática de promoção e proteção ao aleitamento no AC, e a teoria da relação pessoa-a-pessoa tem pertinência para sustentar o enfermeiro neste contexto. Ademais, adotar a esperança para apreciar e intervir no cuidado em saúde e enfermagem em amamentação revela a potência de circunscrever o cuidado a existência única das pessoas e sua rede social, com contribuições para o enfrentamento de situações abertas ao devir, imersas em incertezas.

As limitações deste estudo relacionam-se ao fato de termos um quantitativo previamente posto de participantes em potencial, culminando num numérico não expressivo de participantes. Isto esteve contraposto pela densidade dos dados, pela triangulação, com dados advindos de dois públicos distintos, uso de duas bases conceituais robustas, e processo intelectual analítico integrados dos dados. Ademais, é

limitação, mas concomitantemente potencialidade, estar o estudo aninhado ao grupo intervenção do ensaio clínico, serem todas as mulheres participantes primíparas, serem todas as aconseladoras enfermeiras, derivarem de cenários específicos (três centros hospitalares), aspectos que não possibilitam a generalização e transferibilidade dos resultados, porém, estudos qualitativos não detém tal intenção.

Indica-se continuidade no adensamento de evidências sobre o AAM a partir dos referenciais deste estudo junto a outras populações de pessoas que amamentam e em outros cenários/contextos.

Aos enfermeiras(os) aconseladoras(es) assinalamos ser a esperança e a relação pessoa a pessoa potentes na promoção, proteção e suporte em amamentação.

9. REFERÊNCIAS

- ABRAÃO, A.C.F.V.; MARANHÃO, A.M.S.A. Educação e assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal com vistas ao aleitamento materno. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 4, n. 2-4, p. 20-27, 1991. Disponível em: <https://actaape.org/en/article/educacao-e-assistencia-a-mulher-no-ciclo-gravidico-puerperal-com-vistas-ao-aleitamento-materno/>. Acesso em: 31 mai. 2025.
- AGUIAR, C.A.S. et al. O conceito teórico “Espaço para amamentar” retratado nas campanhas da Semana Mundial de Aleitamento Materno. **Revista de Enfermagem da UFMS**, [S. l.], v. 13, p. e9, 2023. DOI: 10.5902/2179769271768. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/71768>. Acesso em: 23 maio 2025.
- ALMEIDA, L.M.N. et al. A influência do retorno ao trabalho no aleitamento materno de trabalhadoras da enfermagem. **Escola Anna Nery**, v. 26, e20210183, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0183>. Acesso em: 23 maio 2025.
- ALVARENGA, W.A. et al. Father’s influence on breastfeeding continuity or interruption: meta-synthesis. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 59, e20240303, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2024-0303en>. Acesso em: 10 jul 2025.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP). Breastfeeding and the use of human milk. **Pediatrics**, v. 150, n. 1, e2022057988, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2022-057988> Acesso em: 23 mai 2025.
- ANTOÑANZAS-BAZTÁN, E.; SOLA-CÍA, S.; LOPEZ-DICASTILLO, O. Working on counseling skills to improve nursing undergraduates' knowledge and breastfeeding professional self-efficacy. **The Journal of Perinatal Education**, v. 33, n. 2, p. 69-80, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1891/JPE-2023-0001>. Acesso em: 18 ago. 2025.
- ARAÚJO, T.P. et al. Mecanismos de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno no Brasil. **Saúde Coletiva**, v. 10, n. 59, p. 4522–4535, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2020v10i59p4522-4535>. Acesso em: 23 mai 2025.
- AYRES, J.R.C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 16–29, set. 2004. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902004000300003> Acesso em: 06 jun 2025.
- _____. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface** (Botucatu) [Internet], v.8, n.14, p.73–92, fev. 2004b. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-3283200400010000> Acesso em: 06 jun 2025.
- _____. Cuidado: trabalho, interação e saber nas práticas de saúde. **Revista Baiana de Enfermagem**, [S. l.], v. 31, n. 1, 2017. DOI: 10.18471/rbe.v31i1.21847. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/21847>. Acesso em: 06 jun 2025.

BOURDILLON, K; MCCAUSLAND, T.; JONES, S. Latch-related nipple pain in breastfeeding women: the impact on breastfeeding outcomes. *British Journal of Midwifery*. v. 28. p. 406-414, 2020. 10.12968/bjom.2020.28.7.406. Disponível em: file:///C:/Users/User/Downloads/Latch-related_nipple_pain_in_breastfeeding_women_t.pdf. Acesso em 31 mai. 2025.

BORTOLOCI, J. G. et al. Conceito de livre demanda: olhar das puérperas em aleitamento materno exclusivo. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, Umuarama, v. 27, n. 5, p. 2716-2728, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v27i5.2023-037>. Acesso em: 23 mai. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Bancos de leite humano: atendimentos em alta para estimular e apoiar o aleitamento materno. Brasília, 2024a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/agosto/bancos-de-leite-humano-atendimentos-em-alta-para-estimular-e-apoiar-o-aleitamento-materno> Acesso em 15 mai. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde lança campanha de amamentação com foco na redução de desigualdades**. Brasília, 2024b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/agosto/ministerio-da-saude-lanca-campanha-de-amamentacao-com-foco-na-reducao-de-desigualdades> Acesso em 02 mai. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/bases_discussao_politica_aleitamento_materno.pdf Acesso em: 02 mai. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 13.435, de 12 de abril de 2017. Institui o mês de agosto como o Mês do Aleitamento Materno. Brasília, 2017b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/113435.htm Acesso em 15 mai. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2068 de 21 de outubro de 2016. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no Alojamento Conjunto. 2016 Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt2068_21_10_2016.html. Acesso em 20 mai.2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf. Acesso em: 02 mai. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. **Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)**. Diário Oficial da União, Brasília, 5 ago. 2015a. Seção 1, p. 20. Disponível em:

<https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=06/08/2015&jornal=1&pagina=20>. Acesso em: 02 mai. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização: HumanizaSUS**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folhet_o.pdf. Acesso em: 30 mai. 2025.

BRASIL. Portaria nº 1.920, de 5 de setembro de 2013. **Institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil**. Brasília, 2013a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1920_05_09_2013.html. Acesso em: 02 mai. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa_hospital_amigo_crianca.pdf. Acesso em: 02 mai. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Rede Amamenta Brasil: os primeiros passos (2007-2010)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rede_amamenta_brasil_primeiros_passos.pdf. Acesso em: 02 mai. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf. Acesso em: 02 mai. 2025

BRASIL. **Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008**. Institui o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ano 145, n. 176, p. 1, 2008. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2008/lei/11770.htm Acesso em: 30 mai. 2025

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei Federal nº 8069, de 13 de julho de 1990.

BUENO, M.B.; TERUYA, K.M. Aconselhamento em amamentação: uma proposta de capacitação sistematizada. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 80, supl. s5, p. S126–S130, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jped/a/jq4yb6Zd8ZvzyGdFmNS8sVt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 jun. 2025.

CAVALCANTI, M.C. et al. Breastfeeding counseling in rooming-in care: a scoping review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 78, n. 1, e20240187, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2024-0187pt>. Acesso em: 13 jun. 2025.

CASTRO, L.O. et al. Visita domiciliar no pré-natal: expectativas de gestantes de alto risco. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 14, 2020. DOI: 10.5205/1981-8963.2019.244258. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/244258>. Acesso em: 04 ago. 2025.

CHARON, J.M. **Symbolic Interactionism**: an introduction, an interpretation, an integration. 10. ed. Boston: Prentice Hall, 2010. 240 p.

COSTA, M.G.; COUTO, M.T.A. Aconselhamento em amamentação: dimensões éticas e relacional na prática clínica. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 27, e230202, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.230202> Acesso em 31 mai. 2025.

DENNIS, C.L. Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: A self-efficacy framework. **Journal of Human Lactation**, v. 15, n. 3, p. 195–201, 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/089033449901500303>. Acesso em: 31. mai. 2025.

DENNIS, C.L.; BRENNENSTUHL, S.; ABBASS-DICK, J. Measuring paternal breastfeeding self-efficacy: a psychometric evaluation of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form among fathers. **Midwifery**, v. 64, p. 17–22, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.05.005>. Acesso em: 18. Ago 2025

DUFAULT, K.; MARTOCCHIO, B. Hope: its spheres and dimensions. **Nursing Clinics of North America**. 1985. 20(2), 379-391.

ESPÍRITO SANTO, G.T.S. et al. Knowledge of pregnant women living in riverside community about exclusive breastfeeding in the context of Primary Health Care. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 59, e20240361, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2024-0361en>. Acesso em 30 jul. 2025.

FARINHO, A.P.R.A. Momentos de crise na amamentação: a intervenção do EEESIP na prevenção, identificação e resolução. 2023. Internato de Mestrado (Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica) – Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal, 2023. **Relatório de Estágio**. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/entities/publication/3ca9c2f9-bdec-42d4-9d28-84a71bb1ce28>. Acesso em: 7 ago. 2025.

FAZZIONI, N.H.; LERNER, K. Mudando a conversa e "ficando com o problema": advogando por perspectivas feministas e interseccionais sobre amamentação. **Interface (Botucatu)**, v. 28, e240208, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.240208>. Acesso em: 7 ago. 2025.

FONSECA, R.M.S.; MILAGRES, L.C.; FRANCESCHINI, S.C.C.; HENRIQUES, B. D. O papel do banco de leite humano na promoção da saúde materno infantil: uma revisão

sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. 1.], v. 26, n. 1, p. 309-318, jan. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.24362018>. Acesso em: 06 ago 2025.

FREITAS, R.J.M. et al. Processo de enfermagem fundamentado no modelo de Joyce Travelbee. **Revista de Enfermagem UFPE online**, Recife, v. 12, n. 12, p. 3287-3294, dez. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/revistaenfermagem/article/view/235051> Acesso em: 02 abr. 2025.

FREITAS, K.S. et al. Iniciativas de promoção do aleitamento materno no Brasil: avanços e desafios. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 23, n. 1, p. 157-166, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/s1519-38292023000100013> Acesso em: 23 mai. 2025.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. **Principais questões sobre a consulta de puerpério na atenção primária à saúde**. Rio de Janeiro, 5 mai. 2021. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-a-consulta-de-puerperio-na-atencao-primaria-a-saude/>. Acesso em: 31 mai. 2025.

GOMES, L.B.; BOLZE, S.D.A.; BUENO, R.K.; CREPALDI, M.A. As origens do pensamento sistêmico: das partes para o todo. **Pensando fam. [online]**. v. 18, n. 2, p.3-16, 2014. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2014000200002. Acesso em 18 jun. 2025

GOMES, S.C. et al. Interactive breastfeeding theory: fawcett's pragmatic adequacy assessment. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 58, e20240144, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2024-0144en> Acesso em: 25 mai. 2025.

GRZYBOWSKI, L.S. et al. Atenção primária à saúde e pré-natal: o ciclo gravídico puerperal e a avaliação do atendimento recebido a partir da percepção de gestantes e puérperas. **Revista APS**, Porto Alegre, v. 23, n. 2, p. 268–286, abr./jun. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2020.v23.16381>. Acesso em 23 mai. 2025

GUAZI, T.S. Diretrizes para o uso de entrevistas semiestruturadas em investigações científicas. **Rev. Educ., Pesqui. Incl.** 2021; 2: 1-20. Disponível em: <https://doi.org/10.18227/2675-3294repi.v2i0.7131> Acesso em 03 jun. 2025

HAMNØY, I.L.; KJELSVIK, M.; BÆRUG, A.B.; DAHL, B.M. A balancing act—midwives' and public health nurses' experiences with breastfeeding counselling. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, v. 38, p. 92–103, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/scs.13198>. Acesso em: 18. ago. 2025.

JOVENTINO, E.S. et al. Tecnologias de enfermagem para promoção do aleitamento materno: revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 1, p. 178–184, março. 2011. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/5sRmxNQj8Tqc6szZCTbjGvx/> Acesso em: 23 mai. 2025.

KALIL, I.R.; AGUIAR, A.C. A boa mãe lactante: percepções maternas sobre amamentação e desmame. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online]. v. 33 e33090. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333090> Acesso em: 20. jun. 2025.

LEITE, A.M.; SILVA, I.A.; SCOCHI, C.G.S. Comunicação não-verbal: uma contribuição para o aconselhamento em amamentação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 258–264, mar. 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000200016> Acesso em: 18.ago. 2025.

LYNDON, A. et al. Nurse-reported staffing guidelines and exclusive breast milk feeding. **Nursing Research**, v. 71, n. 6, p. 432-440, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000620>. Acesso em: 03. jun. 2025.

MADRUGA, T.F.L. et al. Caracterização das orientações sobre aleitamento materno recebidas por gestantes e puérperas na cidade de Belo Horizonte. [S.l.], 2020. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1843/58171>. Acesso em: 31 mai. 2025.

MAURER, L.; SCHULTZ, A.; DENNIS, C.L.; ALEXANDROWICZ, R.W.; MCQUEEN, K. The breastfeeding self-efficacy scale–short form (BSES-SF): german translation and psychometric assessment. **Journal of Human Lactation**, v. 40, n. 3, p. 374-385, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/08903344241254108>. Acesso em: 18 ago. 2025.

MAYEROFF, M. **Sobre o cuidado**. Nova Iorque: Harper & Row, 1971. Disponível em: <https://we.riseup.net/assets/448801/Mayeroff+On+Caring.pdf> Acesso em: 20. jul. 2025.

MEDEIROS, M.A. et al. Aleitamento materno exclusivo e fatores associados em uma coorte de nascimentos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, e00944, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001944> Acesso em 23 mai 2025.

MEEDYA, S.; FAHY, K.; KABLE, A. Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: a literature review. **Women and Birth**, v. 23, n. 4, p. 135-145, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2010.02.002>. Acesso em: 20 ago. 2025.

MELEIS, A. **Theoretical nursing: development and progress** (5th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins. 2012.

MELO, D.S.; OLIVEIRA, M.H.; PEREIRA, D.S. Progressos do Brasil na proteção, promoção e apoio do aleitamento materno sob a perspectiva do Global Breastfeeding Collective. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 39, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2021/39/2019296>. Acesso em 15 mai. 2025.

MERHY, E.E. **Saúde: cartografia do trabalho vivo em ato**. São Paulo: Hucitec, 2002

MINAYO, M.C.S. Ética das pesquisas qualitativas segundo suas características. **Rev Pesq Qual**, [S.l.], v. 9, n. 22, p. 521-539, 2021. DOI: 10.33361/RPQ.2021.v.9.n.22.506. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/506>. Acesso em: 03 jun. 2025.

MODAK, A.; RONGHE, V.; GOMASE, K.P. The Psychological benefits of breastfeeding: fostering maternal well-being and child development. **Cureus**, v. 15, n. 10, p. e46730, Oct. 2023. DOI: [10.7759/cureus.46730](https://doi.org/10.7759/cureus.46730). PMID: 38021634; PMCID: PMC10631302.

MONTEIRO, J.C.S.; NAKANO, AM.S. O aleitamento materno enquanto uma prática construída: Reflexões sobre a evolução histórica da amamentação e desmame precoce no Brasil. **Investir. educ. enferm**, Medellín, v. 2, pág. 315-321, julho de 2011. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072011000200016&lng=en&nrm=iso Acesso em 30 mai 2025.

MORÉ, C.L.O.O.; MACEDO, R.M.S. **A psicologia na comunidade**: uma proposta de intervenção. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2006.

MOREIRA, TB et al. Vivência materna no contexto de amamentação do recém-nascido hospitalizado e submetida à intervenção cirúrgica. **Escola Anna Nery**, v. 4, p. e20190281, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0281> Acesso em 31 mai 2025.

NASCIMENTO, T.F. **Avaliação da autoeficácia materna em amamentar entre mulheres gestantes através da Breastfeeding Self-Efficacy Scale - Short Form**. 2023. 40 f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Instituto de Ciências da Saúde, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção-CE, 2023. Disponível em: <https://repositorio.unilab.edu.br/jspui/handle/123456789/5258>. Acesso em: 7 ago. 2025.

NAEEM, M.; OZUEM, W.; HOWELL, K.; RANFAGNI, S. A step-by-step process of thematic analysis to develop a conceptual model in qualitative research. **International Journal of Qualitative Methods**, v. 22, p. 1–18, 2023. DOI: [10.1177/16094069231205789](https://doi.org/10.1177/16094069231205789). Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/16094069231205789>. Acesso em: 03 jun. 2025.

NEPOMUCENO, Í.C.F.C.; MEDEIROS, E.S.; SALIN, A.B. Breastfeeding: difficulties faced by primiparous mothers in rooming-in. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 15, p. e321101523061, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i15.23061>. Acesso em: 7 ago. 2025.

NEVES, P.A.R. et al. Rates and time trends in the consumption of breastmilk, formula, and animal milk by children younger than 2 years from 2000 to 2019: analysis of 113 countries. **The Lancet Child & Adolescent Health**, v. 5, n. 9, p. 619-630, 2021. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(21\)00163-2](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(21)00163-2). Acesso em: 7 ago. 2025.

OGBO, F. A. et al. Breastfeeding in the community—how can partners/fathers help? a systematic review. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 17, n. 2, p. 1-13, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph17020413>. Acesso em: 20 ago. 2025.

OLIVEIRA, P.A.P. et al. Breastfeeding and the adjustment process in the family context: a qualitative approach. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 23, e20246685, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20246685>. Acesso em: 7 ago. 2025.

OLIVEIRA, S.O.C.P. et al. Manutenção da amamentação da trabalhadora formal: fatores que influenciam e suas consequência. **Saúde Coletiva (Barueri)**, [S. l.], v. 10, n. 57, p. 3739–3748, 2020. DOI: 10.36489/saudecoletiva.2020v10i57p3739-3748. Disponível em: <https://www.revistasaudecoletiva.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/960>. Acesso em: 23 jun. 2025.

OLIVEIRA, N.T.B. A comunicação no apoio ao aleitamento materno. 2019. Tese (Doutorado em Enfermagem) – **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto**, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/002996674>. Acesso em: 31 mai. 2025.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Transformando nosso mundo: a Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável**. Nova Iorque: ONU, 2015. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/91863-agenda-2030-para-o-desenvolvimento-sustent%C3%A1vel> Acesso em: 10 mai 2025

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Guia para implementação de programas de aconselhamento em amamentação**. Brasília: OPAS, 2022. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56372>. Acesso em: 10 mai. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Aleitamento materno e alimentação complementar**. Washington, D.C.: OPAS, 2025. Disponível em: <https://www.paho.org/en/topics/breastfeeding-and-complementary-feeding>. Acesso em: 10 mai. 2025.

PAIVA, E.F.; PEREIRA, A.P.C.; ARAGÃO, J.C.S. Políticas públicas de aleitamento materno no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista Práxis**, v. 16, n. 30, 2024. ISSN 2176-9230. Disponível em: <https://doi.org/10.47385/praxis.v16.n30.4405>. Acesso em 15 mai. 2025

PARK, M. et al. Patient- and family-centered care interventions for improving the quality of health care: A review of systematic reviews. **International Journal of Nursing Studies**, v. 87, p. 69-83, Nov. 2018. DOI: [10.1016/j.ijnurstu.2018.07.006](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.07.006). Acesso em: 02 abr. 2025.

PAROLA, V. et al. Travelbee's theory: Human-to-Human Relationship model – na adequate framework for palliative nursing care. **Rev. de Enfermagem Referência**. v. 5, n. 2, e20010, 2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/342587154_Travelbee's_Theory_Human-to-Human_Relationship_Model_-_its_suitability_for_palliative_nursing_care Acesso em: 02 abr. 2025.

PATTERSON, L.E.; EISENBERG, S. **O processo de aconselhamento**. Tradução de Magaly Alonso. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

PERCÍDIO, M.L.S. et al. Mulher mãe, mãe mulher: compreendendo experiências maternas no processo da amamentação. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. v. 20, n. 47, p. 3831, 2025. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc20\(47\)3831](https://doi.org/10.5712/rbmfc20(47)3831) Acesso em 01 jun. 2025.

PERES, P.L.P.; PEGORARO, A.O. Condições desiguais interrompendo o aleitamento materno. **Rev enferm UERJ**, v.22, n.2, p.278-85, 2014. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/download/13672/10465/46208> Acesso em 01 jun. 2025.

PEREZ-ESCAMILLA, R. et al. Breastfeeding: crucially importante but increasingly challenge in a market-driven World. **The Lancet**, v. 401, 2023. doi: 10.1016/S0140-6736(22)01932-8. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(22\)01932-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(22)01932-8/fulltext) . Acesso em: 15 mai.2025.

POKORNY, M. Nursing theorists of historical significance. In: M. R. Alligood. **Nursing theorists and their work**. MO: Mosby/Elsevier. 2014.

PRIMO, C. C.; BRANDÃO, M. A. G. Interactive Theory of Breastfeeding: creation and application of a middle-range theory. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 6, p. 1191-1198, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0523>. Acesso em: 15 mai.2025.

RAHIMI, S.; KHATOONI, M. Saturation in qualitative research: An evolutionary concept analysis. **Int J Nurs Stud Adv**. v. 5, n. 6 p. 100174, jan. 2024. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666142X24000018>. Acesso em 01 jun. 2025.

RESENDE, C.V. Construção e validação de um protocolo de aconselhamento em aleitamento materno no alojamento conjunto. 2023. 81 p. **Dissertação** (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2023. Disponível em: <https://bdtd.ufm.edu.br/bitstream/123456789/1719/1/Dissert%20Cynthia%20V%20Resende.pdf>. Acesso em: 31 mai. 2025.

REZENDE, M.A. et al. O processo de comunicação na promoção do aleitamento materno. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 234–238, mar. 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692002000200017> Acesso em 18. ago. 2025.

ROLLINS, N. et al. Marketing of commercial milk formula: a system to capture parents, communities, science and policy. **The Lancet**, v. 401, 2023. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(22\)01931-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(22)01931-6/fulltext). Acesso em: 31 mai. 2025.

SCHÖNBAUEROVÁ, A.; BOLEDOVIČOVÁ, M.; FRČOVÁ, B. Lactation counselling – an important part of care for newborns and infants. **Zdravotnícke listy**, v. 8, n. 3, p. 82-88, 2020. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/353839116_Lactation_counselling. Acesso em: 18 jun. 2025.

SCOCHI, C.G.S. et al. Aconselhamento em amamentação como tecnologia leve: uma análise à luz de Merhy. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 41, e20190361, 2020. DOI: 10.1590/1983-1447.2020.20190361.

SHELTON, G. Appraising Travelbee's Human-to-Human Relationship Model. **Journal of the Advanced Practitioner in Oncology**, v. 7, n. 6, p. 657–661, set./out. 2016. DOI: 10.6004/jadpro.2016.7.6.7. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5866131/>. Acesso em: 02 abr. 2025.

SILVA, F.R. et al. Puerpério, família e interacionismo simbólico. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 34, e20240095, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2024-0095en>. Acesso em: 07 out. 2025.

SILVA, R.P. et al. Humanização no aconselhamento em amamentação: análise de experiências no SUS. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 22, n. 3, p. 567-578, jul./set. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042022000300005> Acesso em 30 mai 2025.

SILVA, C.P.V. et al. Aleitamento materno exclusivo na primeira hora de vida do recém-nascido. *Saúde (Santa Maria), [S. l.]*, v. 46, n. 1, 2020. DOI: 10.5902/2236583441745. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/view/41745> Acesso em: 23 mai. 2025.

SILVA, L.L.; FERREIRA, M.A.; SOUZA, M.C. Relação enfermeiro-paciente: um diálogo possível? *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 70, n. 3, p. 622-628, 2017.

SIQUEIRA, P.B.C; SANCHES, M.T.C.; GUARDIA, M.J.M. Desafios e avanços na qualificação em "Aconselhamento em amamentação" de enfermeiros da ESF no município de Taubaté Taubaté - SP. **Boletim do Instituto de Saúde - BIS**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 74–82, 2019. DOI: 10.52753/bis.2019.v20.34552. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/34552>. Acesso em: 23 mai. 2025.

SMITH, W. Concept analysis of family-centered care of hospitalized pediatric patients. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 42, p. 57-64, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.06.014>. Acesso em: 19 jun. 2025.

SNYDER, C.R. Hope theory: rainbows in the mind. **Psychological Inquiry**, v. 13, n. 4, p. 249-275, 2002. DOI: [10.1207/S15327965PLI1304_01](https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1304_01).

SOUZA, T.R.R. et al. Aleitamento humano: a urgência da necessidade de maior articulação das políticas públicas em promoção da amamentação no Brasil. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 5, n. 4, p. 989-1017, 2023.

STEFANELLI, M.C. Importância do processo de comunicação na assistência de enfermagem. **Rev. Esc. Enf. USP**. São Paulo, v.15, n.3, p. 239-45, 1981. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0080-6234198101500300239> Acesso em 02 ago. 2025

THE LANCET. Unveiling the predatory tactics of the formula milk industry. **The Lancet**, v. 401, 2023. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(23\)00118-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(23)00118-6/fulltext). Acesso em: 23 mai. 2025

TRAVELBE, J. What's wrong with sympathy? **The American Journal of Nursing**. v. 64, n. 1, p. 68-71, 1964.

TRAVELBEE, J. **Interpersonal aspects of nursing**. Philadelphia, PA: F. A. Davis; 1966.

TRAVELBEE, J. **Interpersonal aspects of nursing** (2nd ed.). Philadelphia, PA: F. A. Davis. 1971.

TRAVELBEE, J. **Intervención en enfermería psiquiátrica**. Colombia: Carvajal; 1979.

UCHOA, J. L. et al. Associação entre a autoeficácia no ciclo gravídico puerperal e o tipo de aleitamento materno. *Aquichan*, Bogotá, v. 17, n. 1, p. 31-41, jan./mar. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5294/aqui.2017.17.1.8>. Acesso em 31 mai. 2025.

UNICEF. Breastfeeding: a mother's gift, for every child. 2022 Disponível em: https://www.unicef.org/media/48046/file/UNICEF_Breastfeeding_A_Mothers_Gift_for_Every_Child.pdf Acesso em: 23 mai. 2025.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO (UFRJ). **Aleitamento materno: indicadores de práticas alimentares no Brasil – ENANI-2019**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2021. (Série ENANI 2019 – Resultados, v. 4). Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br/download/relatorio-4-aleitamento-materno/>. Acesso em: 13 jun. 2025.

VALE, E.G.; PAGLIUCA, L.M.F. Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação **Rev. Bras. Enferm.**, v.64, n.1, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000100016> Acesso em 02 ago. 2025.

VENÂNCIO, S.I.; TOMA, T.S. (Orgs.). **Promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno: evidências científicas e experiências de implementação**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2019. 272 p. (Temas em saúde coletiva). ISBN 978-85-88169-38-8. Disponível em: <https://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/pdfs/49082001internetbx.pdf>. Acesso em 15 mai. 2025.

VICTORA, C.G. et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effects. **Lancet**, v.387, n.10017, p.475-490, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26869575/>. Acesso em: 15 mai. 2025.

VIEIRA, G.O. et al. Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, e00944, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001944> Acesso em: 23 mai. 2025.

W Aidman, M.A.P.; Ingrid, E.; Marcon, S.S. Possibilidades e limites da teoria de Joyce Travelbee para a construção de uma metodologia de cuidado à família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n. 2, ago. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v8i2.7043>. Acesso em: 02 abr. 2025

Waldow, V. R. Definições de cuidar e assistir: uma mera questão de semântica? **R. gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 20, 2008. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/rgenf/article/view/4170>. Acesso em: 02 ago. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Breastfeeding Scorecard, 2023**. Rates of breastfeeding increase around the world through improved protection and support. 2023b. Disponível: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/375796/WHO-HEP-NFS-23.17-eng.pdf?sequence=1> Acesso em: 25 mai. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Infant and young child feeding**. Geneva: WHO, 2023a. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/infant-and-young-child-feeding>. Acesso em: 25 mai. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Guideline: counselling of women to improve breastfeeding practices**. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/280133/9789241550468eng.pdf?sequence=1> Acesso em: 25 mai. 2025

YAN, J. et al. Coparenting relationship quality and breastfeeding duration for dual earner new parents. *Journal of Social and Personal Relationships*, v. 40, n. 9, p. 2878-2891, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/02654075221150390>. Acesso em: 20 ago. 2025.

10. APÊNDICE

APÊNDICE A: Artigo submetido para a Revista de Enfermagem da USP, formatado nos moldes requeridos pelo periódico.



Revista da Escola de Enfermagem da USP
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 | CEP 05403-000 | Cerqueira César
São Paulo | SP | Brasil | Fone 55 11 3061-7553 | ree.usp@usp.br

ARTIGO ORIGINAL

Esperança na amamentação: vivência de mulheres que receberam aconselhamento em aleitamento materno

RESUMO

Objetivo: compreender a esperança no processo da amamentação na perspectiva de mulheres que receberam aconselhamento em aleitamento materno. **Método:** Pesquisa qualitativa, embasada na análise temática, sob a ótica conceitual da esperança. Foi desenvolvida com mulheres que receberam aconselhamento em aleitamento materno no alojamento conjunto de maternidades localizadas em Minas Gerais, Rio de Janeiro e Bahia, Brasil. Conduziu-se entrevista semiestruturada, única, áudiogravada, entre maio/2024 e setembro/2024. **Resultados:** Participaram do estudo 11 mulheres, com idades entre 21 e 35 anos. Os temas ‘Saúde e desenvolvimento da criança: desejo projetado no amamentar’ e ‘Manejo prático da amamentação e a manutenção da esperança’, detalham concepções, comportamentos e intervenientes integrantes do amamentar. **Conclusão:** A tomada de decisão da pessoa pela amamentação sustenta-se nos desfechos intencionados à criança, melhor saúde e vida para ela, bem como a criação de laços únicos e duradouros. Estes são objetos esperanças que sustentam a busca da amamentação, o enfrentamento de seus intervenientes. A relação com a aconselhadora contribuiu com a vivência de esperança no processo.

DESCRITORES: Amamentação; Esperança; Aconselhamento; Desmame; Pesquisa Qualitativa.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS)⁽¹⁾ e o Ministério da Saúde do Brasil⁽²⁾ indicam a oferta de leite humano, de modo exclusivo, como a melhor forma de alimentar

uma criança até os seus seis meses de vida. A OMS intenciona, para 2030, que pelo menos 70% de crianças estejam assim alimentadas⁽¹⁾. Apesar das recomendações, as taxas de aleitamento exclusivo estão aquém do vislumbrado por estas instâncias⁽³⁾, e o uso de suplementos e fórmulas lácteas, de modo integrado ou não ao leite humano tem sido usuais no Brasil e no mundo⁽⁴⁾.

Diante do cenário acima, é premente apostar na promoção e proteção da amamentação, sendo o aconselhamento em aleitamento materno (AAM) uma das possibilidades. O AAM fundamenta-se na Terapia Centrada no Cliente de Carl Rogers, estrutura-se na consideração e respeito à pessoa, seus desejos e possibilidades, no caso em relação à amamentação⁽⁵⁾. O profissional aconselhador busca o alcance do encontro e diálogo com a pessoa aconselhada e oferta suporte para delineamento e vivência do projeto de amamentação dela. Para tanto, capacitação está recomendada, com fins de desenvolver conhecimentos e habilidades para o AAM, com destaque para os aspectos relacionais e comunicacionais⁽⁵⁾.

Estudo de revisão sistemática com metanálise revelou ser o AAM eficaz para o aumento das taxas de duração da amamentação exclusiva⁽⁶⁾. O AAM no Alojamento Conjunto promove a prática de amamentação, amplia chances de sua manutenção na forma exclusiva nos primeiros seis meses de vida da criança⁽⁷⁾.

As tomadas de decisão em amamentação relacionam-se com os benefícios do leite humano a crianças⁽⁸⁾. Ademais, a rede social desponta-se como um importante determinante, com tendência de atuar no suporte emocional e prático⁽⁹⁾. Estudo recente sobre a vivência do pai da criança na amamentação, identificou sentir-se ele impotente, excluído, um coadjuvante do processo, com comportamento de respeitar a decisão da nutriz, por conceber ser ela quem conhece suas possibilidades para amamentar⁽¹⁰⁾.

As informações, as crenças culturais e valores pessoais, também estão mencionados como integrantes da decisão em amamentação⁽⁸⁾.

Diante do exposto, avançar as evidências em tomadas de decisão em amamentação envolve discuti-la à luz de novos construtos, sobretudo referenciais que explorem desejos e enfrentamentos diante de situações vividas como incertas e sob controle restrito, circunscritas a realidades específicas. A esperança é um construto em crescente consideração no contexto dos cuidados em saúde, tomá-la com foco na amamentação é inovador, de potencialidade de adensar as discussões, pois considera especificidades materiais e simbólicas dos indivíduos, seus desejos e subjetividades⁽¹¹⁾. Pode reverberar em indicativas diferenciadas à relação de cuidado, inclusive no contexto do AAM. O

presente estudo elencou como objetivo compreender a esperança da amamentação na perspectiva de mulheres que receberam aconselhamento em aleitamento materno.

MÉTODO

Desenho do estudo

Estudo qualitativo, com relatório apoiado no *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ)⁽¹²⁾. O referencial metodológico da Análise Temática⁽¹³⁾ foi adotado, sob a base conceitual do Modelo de Esperança⁽¹⁴⁾, amplamente usado na atenção em saúde e de enfermagem. Este modelo propõe duas esferas (generalizada e particularizada), que contam com as mesmas seis dimensões (afetiva, cognitiva, afiliativa, comportamental, contextual e temporal) interrelacionadas⁽¹⁴⁾. A esperança particularizada difere-se da generalizada pela factibilidade do esperançado, atuando no *coping* construtivo⁽¹⁴⁾.

A dimensão contextual assinala a influência das circunstâncias de vida sobre a esperança, é de relação próxima da dimensão temporal, aquela que reconhece a historicidade da pessoa, a interconexão passado, presente e futuro. A inserção e historicidade atua sobre a dimensão cognitiva, aquela relativa a desejos, intenções, conhecimentos, apreciação de intervenientes e determinantes do viver. Por sua vez, sensações, emoções, sentimentos vinculados ao esperançado estão ponderados na dimensão afetiva, e na dimensão comportamental têm-se as ações e comportamentos direcionados ao manejo e consecução do esperançado, englobando aspectos da ordem física, social, religiosa, psicoemocional. As interações sociais (consigo e com outros) e seus desdobramentos à vivência são tomados na dimensão afiliativa.⁽¹⁴⁾

Local, População e Critérios de seleção

A pesquisa da qual deriva este artigo está aninhada ao estudo piloto de um Ensaio Clínico Randomizado (ECR) desenvolvido ao longo de fevereiro a junho de 2023, em três centros, unidades de Alojamento Conjunto (AC) de Maternidades de hospitais universitários, localizados em Minas Gerais, Rio de Janeiro e Bahia.

Os critérios para a participação no estudo piloto de ECR foram: primíparas, com criança filha única, nascida viva, com idade gestacional de 37 a 42 semanas (termo), com peso superior a 2.500 gramas, independentemente do tipo de parto. E, os critérios de não inclusão foram: puérperas e neonatos com contraindicação para o aleitamento; neonatos com malformações que impedissem ou dificultassem o aleitamento e/ou com alteração da mecânica do aleitamento (frênulo lingual); puérperas cujos neonatos fossem

imediatamente separados após o clampeamento do cordão umbilical ao nascimento devido intercorrências materno-neonatais; puérperas transferidas de outras instituições ou que já tinham recebido alta (reinternação) na alocação, puérperas usuárias de drogas ilícitas e etilistas e puérperas com deficiências intelectual e/ou sensoriais, a partir de diagnóstico registrado em prontuário.

Para a presente pesquisa, as participantes atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ter integrado o grupo intervenção do estudo piloto do ECR mencionado acima, e estar em condições (pessoais e de estrutura técnica, destaque à internet) para se envolver em entrevista narrativa online. O grupo intervenção do ECR recebeu, no AC, 2 a 4 sessões de AAM desenvolvido por aconseladoras, todas enfermeiras capacitadas teórica e praticamente (total de 76 horas) para o AAM.

O total de participantes do grupo intervenção do estudo piloto do ECR era de 29 mulheres, todas participantes em potencial para esta pesquisa. O convite à pesquisa ocorreu no contexto das ligações de seguimento do estudo piloto do ECR, com reforço via mensagem escrita via WhatsApp®. Na manifestação de interesse de participação, era enviado termo de consentimento (online) e realizado agendamento da entrevista em dia e horário de preferência da participante.

Todas as 29 mulheres foram convidadas, 6 mulheres recusaram participar (3 justificaram não possuir condições e recursos para receber ligações por videochamada, e 3 por não disporem de tempo para a entrevista); 12 não responderam após três tentativas de contato das pesquisadoras. Todas as demais aceitaram participar da pesquisa. Na nona entrevista, não surgiram novos elementos temáticos, indicando densidade de dados. No entanto, como duas mulheres ainda não haviam sido entrevistadas (entre as que demonstraram interesse), as entrevistas foram realizadas e confirmaram a saturação⁽¹⁵⁾.

Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu entre maio e setembro de 2024, por meio de entrevista única, individual, semiestruturada e *online*. As entrevistas ocorreram por meio de videochamadas na plataforma Whatsapp®, com áudiogravação mediada por um aparelho gravador. As entrevistadoras, primeira e última autora deste manuscrito, mantiveram suas câmeras ligadas para favorecer a interação com a participante, para a qual foi dada a opção de fazer uso ou não da câmera, optando por aquilo que de maior conforto a ela.

As entrevistadoras receberam formação para entrevistas qualitativas (20 horas), ministrada pela segunda autora, pesquisadora com *expertise* em estudos qualitativos. A duração média das entrevistas foi de 30 minutos, sendo disparada pela colocação: “Conte-

me como vem alimentando a sua criança desde o nascimento até os dias atuais?”, seguida das proposições “Relembre os contatos com a aconselhadora em aleitamento materno, o que foi significativo pra você?” e “Como estes contatos influenciaram na sua esperança e tomada de decisão em relação a amamentação?”. Outras perguntas foram apresentadas para ampliar a compreensão do narrado. Na nona entrevista não surgiram novos elementos significativos à esperança na amamentação, sugerindo densidade de dados e saturação de dados. Como faltavam duas mulheres para abarcar a totalidade das participantes com disponibilidade para contribuir, estas foram contatadas e entrevistadas.

Notas de pesquisa foram desenvolvidas após cada entrevista para contribuir com a triangulação das fontes de obtenção dos dados e para as interpretações dos dados empíricos obtidos. O processo de análises dos dados foi desenvolvido com suporte de pesquisadoras com pertença ao tema (quarta a quinta autora do manuscrito) e ao modelo de esperança adotado (quarta e sexta autora do manuscrito).

Análise e tratamento dos dados

A análise das entrevistas foi guiada pelas dimensões e esferas da esperança⁽¹⁴⁾, o texto transcrito foi analisado, num primeiro momento pela primeira e segunda autora, e posteriormente discutido junto as demais autoras. A análise temática⁽¹³⁾ direcionou o processo. Assim, iniciou-se com leituras reiteradas da transcrição das entrevistas e notas de pesquisa, com fins de identificação de significados e padrões associados ao objeto posto em análise, a esperança na amamentação. Prosseguiu-se a análise com seleção de trechos representativos (seleção de elementos chaves), escolha apoiada nas esferas e dimensões de esperança⁽¹⁴⁾. Os esforços foram de entender como a esperança se manifestava e desenvolvia-se na amamentação, quais comportamentos, emoções, sentimentos e pensamentos estavam dinamizados, em qual circunstância e como os aspectos envolvendo passado, presente e futuro se manifestavam. Ademais, esforços de compreender o desejado, o objeto de esperança intencionado fez-se sempre presente. Dele derivaram códigos, e deles temas (etapas da seleção dos códigos, e do estabelecimento de temas). Ponderação acerca de padrões e relações entre eles (etapa da conceituação), reverberou no desenvolvimento do modelo conceitual, etapa final do método de análise temática.

Aspectos éticos

Estudo com aprovação ética, parecer nº 6.274.311 de 31 de agosto de 2023 (CAAE: 4 61321122.3.1001.8667), alinhado às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos, contidas na Resolução Nacional

510/2012/CNS/MS. Todas as participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, quando do uso de excertos, a identificação adota a letra ‘M’, alusiva à mulher, seguida de número ordinal tradutor de sua entrada no estudo.

RESULTADOS

Participaram 11 mulheres, com idade entre 21 e 35 anos, 4 delas de Minas Gerais, 4 do Rio de Janeiro e 3 da Bahia. Oito participantes autodeclararam-se pardas, 10 tinham mais de 9 anos de estudos, 6 foram submetidas à cesárea. Todas elas amamentaram em algum momento sua criança.

Elas possuem o desejo de amamentar sua criança, pois esperançam criar vínculos fortes com ela, favorecer saúde e desenvolvimento a ela. Os temas ‘Saúde e desenvolvimento da criança: desejo projetado no amamentar’, e ‘Manejo prático da amamentação e a manutenção da esperança’ detalham a compreensão alcançada.

Tema: Saúde e desenvolvimento da criança: desejo projetado no amamentar

Todas as participantes revelaram esperar amamentar pelas contribuições para a saúde e vida da criança. Há ‘*reconhecimento dos benefícios do leite humano*’, aspecto que conduz e retroalimenta o ‘*apropriar-se da amamentação*’, ação intencional de busca de conhecimentos, inclusive vivenciais de outras pessoas, para ampliar seu controle do processo de amamentar.

Subtema: Reconhecimento dos benefícios do leite humano

O leite humano foi identificado como o melhor alimento para a saúde integral de crianças, fundamental na prevenção de doenças, aspectos que conduziram as participantes a buscar garanti-lo a sua criança: *Eu falei, eu não quero dar fórmula porque sei o quanto a amamentação é essencial para todo desenvolvimento (M7); [...] para o bem dela, saúde, né? [...] o leite materno não tem outro igual, a criança cresce saudável (M3).*

Soma-se ao exposto acima, o aspecto financeiro, sobretudo quando de particularidades contextuais: *[...] o leite que vem de graça. O gasto é mínimo [...] Eu sou mãe solo, então fiz a opção pela amamentação exclusiva até por uma questão econômica também, além dos benefícios que ela traz para a criança (M5).*

As crenças nos benefícios da amamentação, promovem e sustentam o desejo de amamentar, e a não desistência diante dificuldades: *[...] o que me fez não desistir da amamentação quando eu passei por aquele processo doloroso foi a importância do leite, do bem que ele faz para a saúde, previne doenças (M4).*

Subtema: Apropriar-se da amamentação

Possuem necessidade de apropriarem-se da amamentação, ampliem conhecimentos (teóricos e práticos), para algumas isso se intensificou diante do nascimento da criança: *“Eu queria aprender mais, apesar do tanto que eu já tinha visto antes na gravidez, depois que a menina nasceu, eu queria aprender mais ainda pra ficar mais preparada. (M3); [...] eu sempre gostei muito de estudar sobre gestação, sobre amamentação, então eu sempre estudei muito.[...] eu falei, gente, eu vou saber, eu quero aprofundar mais, eu quero saber mais como funciona a amamentação, porque eu sempre vi relatos, sempre gostei de assistir vídeos de mãe com recém-nascido, sobre o que o peito rachava e tinha aquela coisa toda.”(M4).*

Na busca prevalece o foco nos intervenientes e determinantes da amamentação, e na medida em que a desenvolvem percebem a complexidade e multifatorialidade do processo: *É um período bem delicado, porque cada mãe fala um relato da amamentação. Então, outras tiveram uma amamentação bem tranquila, outras tiveram um período curto, [...] cada mãe fala um relato, e eu pesquisei sobre cada uma coisa. Tem criança que acaba não pegando o peito, muita coisa junto e eu ficava pensando se seria assim comigo também (M8).*

Houve aquelas que focavam aspectos específicos, pela preocupação e representação dele para ela: *“A única coisa mesmo que eu pesquisei foi sobre o que a criançinha nasce com a língua desgarrada e não pega direito o bico do peito. Eu vi um vídeo dizendo que o bebê primeiro tem que abocanhar o bico do peito até a aréola, e aí ele pode sugar, mas se não pegar, a pega está errada (M9); Eu achei que seria impossível com mamilo invertido. Eu já tinha contato de outras mulheres que desejavam e não conseguiam. Eu assisti muitos vídeos na internet antes de ter a (nome da filha), de como ajudar, de como preparar a mama, vi muita coisa. Não para minha profissão (profissional da saúde), e sim para mim mesma, eu tinha vontade de amamentar, muita vontade. Era aquela coisa que eu tinha dúvida. Então eu estudei muito, eu li muito sobre isto. (M11)*

No processo da apropriação, algumas participantes contrataram suporte técnico junto a profissionais, outras trocaram percepções junto a pessoas próximas, sobretudo da família. Neste processo, vídeos e relatos de experiência foram muito quistos: *Minha mãe também era enfermeira obstétrica, então ela me ajudou muito com orientações de como eu devia fazer, como preparar a minha mama. [...] eu mesma busquei, participei de algumas aulas com profissionais sobre aleitamento materno, de como retomar o aleitamento materno. (M11)*

A apropriação desenvolvida, reverbera para os tempos práticos do manejo da amamentação, atuam de modo diferenciado nas conversas internalizadas consigo e na força interior para esperar: *Foi muito importante eu tentar. Porque no meio desse desafio todo, de ser mãe de primeira viagem, do puerpério, vem um monte de coisa junto. Eu falei, eu fiz compromisso esse comigo, de tipo, eu não vou ir para parte da fórmula. [...] eu acho que por eu ler, por ter tido esse acompanhamento das enfermeiras e tal, eu falei para mim, a gente vai passar, foram 15 dias muito difíceis. Meu peito feriu, mas eu falei, vamos continuar. (M7)*

Tema: Manejo prático da amamentação e a manutenção da esperança

Este tema abarca os desdobramentos da ‘*empatia e julgamento de pessoas da rede social*’ para decisões em amamentação, perpassa abdições e impõe o ‘*enfrentar as dificuldades sob altruísmo*’ no manejo da amamentação, vivido e sustentado na ‘*singularidade da relação com a criança na amamentação*’, e na ‘*mutualidade na relação com a aconselhadora*’, ambos relevantes ao enfrentamento e esperança.

Subtema: Empatia e julgamento de pessoas da rede social

As relações, sociais e consigo, são determinantes da esperança na amamentação. Delas surgem emoções, concepções, crenças e comportamentos que promovem ou restringem a esperança, pois trazem, concomitantemente, vivências de empatia e julgamentos.

Encontrar relações promotoras e sustentadoras de sua persistência na amamentação contribuiu com o enfrentamento dos intervenientes, sobretudo nos tempos iniciais. Destacaram as manifestações explícitas e implícitas do companheiro/pai da criança em termos de reconhecimento de seus esforços e apostas na amamentação: *no começo, ele (referindo-se ao companheiro) via meu sofrimento com a amamentação, ficou do meu lado. Trazia fraldinha para botar na boca, para aguentar a dor (risos). E ficou sempre do meu lado, dando palavras de apoio, falava que ia passar e ali eu me agarrava [...] só o fato dele estar assim presente para mim já foi muito marcante. [...] meu emocional não caiu, prevaleceu (M3); tive bastante (suporte do companheiro), só que como ele trabalhou o dia todo, quando ele chegava em casa ele tentava fazer o máximo. Ele tentava estar presente sempre. Foi muito bom, ajudou muito (M6).*

A mãe da nutriz também foi mencionada como pessoas significativas, pelas falas de motivação e manifestações de sororidade, eram colocações com simbolismo particular pela articulação com sua historicidade: *Eu cheguei a falar isso para minha mãe: "mãe, eu acho que eu não dou conta, não. Acho que eu vou lá no pediatra, vou pedir para ele*

passar um leite porque eu não dou conta". Aí ela falou: "Pensa bem, Deus te deu o privilégio de ter ela, ela veio saudável, perfeita, com peso bom. Você vai colocar leite industrializado se você tem leite suficiente? Aguenta a dorzinha, pensa que é por amor a ela que você vai passar por isso" (M4); "[...] ela (mãe da participante) falou que sentiu a minha dor quando assou meu mamilo [...] Ela falava: "eu sei que dói, mas tem que ir, tem que dar" (M9).

De modo concomitante, receberam colocações direcionadas ao abandono da amamentação, em muito associadas à insuficiência do leite e questionamentos sobre a valia de seus esforços: *Alguns amigos falam assim, por isso você está se sacrificando, dá a fórmula, toda criança toma fórmula (M7); Ah, essa menina está com fome, ela está com fome, não está tendo leite, não está dando certo, compra logo um leite. [...] eu comecei a ficar nervosa, acabei não indo no pediatra e comecei a complementar com a fórmula [...] coloquei uma mamadeira e a menina começou a largar meu peito [...] porque a família ficou mais nessa questão do ela está sofrendo (M11).*

Subtema: Enfrentar as dificuldades sob altruísmo

No manejo prático da amamentação, vivenciaram dificuldades, por vezes foram surpreendidas por elas, pois foram conduzida, na apropriação desenvolvida, a pensar a amamentação como processo intrínseco, natural, sem entraves: *Na minha cabeça, tipo assim, amamentar, o neném nasceu, vou amamentar, vai ser aquela coisa linda. Na minha cabeça seria assim. Quando não foi eu fiquei bem mal, porque eu queria muito [...] Só que não foi nada como eu esperava que fosse, então foi muito triste, foi muito conturbado (M2).*

A insuficiente apresentação ou pouca tematização das dificuldades, problemas e desafios relativos a amamentação foi denunciada como um fator que afeta negativamente o enfrentamento: *Eu vejo gente romantizando a amamentação como se ela fosse uma coisa assim, um mel, e não é! Não é! (ênfase) Tem lá os seus desafios, tem o seu momento difícil. Tem mulher que não passa? Tem. [...] eu acho que não deve romantizar [...] (nas campanhas) Você não vê a mulher com olheira, não vê a mulher acordada de madrugada, o neném dela não acorda de madrugada, o menino dela não sente cólica. Não fala que você vai ficar uma madrugada inteira acordada. Não fala isso, entendeu? Romantiza demais. O vídeo que mostram, o neném está sempre dormindo, a casa está sempre organizada, o menino nunca chora, [...] Então, isso é complicado, porque a gente vê muita coisa e, na realidade, não é bem assim. [...] criam na gente uma expectativa de maternidade "limpa" (M4).*

A transição para o domicílio é período crítico, de grande impacto emocional, vivenciaram ameaças ao esperançado: *Quando eu vim pra casa, começou também o desafio de estar em casa e amamentando. Nas duas primeiras semanas eu chorei porque ela não estava pegando muito bem e eu falei assim, eu falei, eu não quero dar fórmula para minha filha, eu não quero (M7).*

Somaram-se ao período inicial da amamentação as experiências álgicas diante das lesões no complexo mamilo alveolar, houveram sofrimentos e desejo de desistir, sendo difícil persistirem na sua decisão de amamentar: *Os quinze primeiros dias foram bem complicados. Quando dava a hora dela mamar assim eu já me sentia, Nossa Senhora, eu sentia, sabe... porque o peito doía e aí eu já sentia a vontade de desistir. Eu não vou mentir, deu vontade de desistir (M3); Quando a (nome da criança) estava com uns 40 dias, o meu peito rachou, todos os dois. [...]quando racha e dói, porque sangra, essa coisa toda, dá aquele desespero. Ah, eu acho que não vou amamentar mais. [...] sofri um mês para conseguir cicatrizar o bico do peito. Mas eu não desisti, minha filha mamou com sangue, com dor, eu chorando, mordendo toalha. (M4).*

A preocupação com a produção de leite era outro elemento a ser manejado: *Aí eu comprei uma bombinha de tirar leite para me ajudar. Ela ajudou bastante, que estimulou. Estimulava um pouquinho a bombinha, colocava lá no peito. [...] Até quando eu estava tirando somente 50 ml de leite, ainda estava dando para ela. [...]eu botava na bombinha, tentava, colocava lá no peito por conta dos benefícios do leite materno e o amor que eu tinha por ela (M11); Eu tirei (referindo ao uso de bomba manual) porque fiquei sabendo que quanto mais tira, mais sai, mais produz. Então, eu comecei a tirar, tirava para produzir mais (M9).*

Crenças envolvendo a amamentação conformaram o contexto do manejo da amamentação e determinaram particularidades: *Como eu tinha um mamilo invertido, por conta própria eu coloquei na minha cabeça que talvez não desse certo [...]eu fiquei achando que nem amamentaria, por ter um mamilo invertido (M11); Porque na gravidez não saía leite, só saía o colostro. Aí eu fiquei achando, meu Deus, não vou ter e tal (M10).* Estas crenças atuam sobre a força interna da pessoa, a força motriz da esperança e enfrentamento. Ao longo do percurso, a mulher vai incorporando os limites impostos pelas particularidades, vão reconhecendo a existência de determinantes que atuam sobre seu projeto, aspecto que promove acolhimento emocional.

Todas as participantes, por tempos cronológicos distintos, buscaram resistir aos elementos que as afastavam da amamentação projetada, inclusive em termos de

expectativa temporal para o ato. Retomar este esforço acrescido à conexão e ajustamentos que vai vivendo com a criança na amamentação desdobra-se para a memória: *Eu falei, eu não quero dar fórmula para ela porque eu sei o quanto a amamentação é essencial para o desenvolvimento. Foram noites em claro e de choro. Chorei bastante, muito. E eu acho que a gente aprendeu, a gente começou a ter sintonia. [...]foi um momento muito nosso, é um momento muito nosso. São lembranças e marcas que eu vou levar até minha velhice (M7); O que eu queria mesmo era estar amamentando até agora (um ano e cinco meses), infelizmente aconteceu isso dele acabar mesmo desmamando, mas eu aproveitei bastante, não me arrependo até hoje não, de tudo que enfrentei (M8); Eu acho que se eu amamentei cinco meses, foi muita luta para chegar lá. Mesmo que o aleitamento foi misto, foi muita, nossa luta. [...] Não foi por falta de esforço. Então eu não fiquei triste. [...] Foi bom, o período que eu consegui foi bom e eu entendi ser um esforço válido (M11).*

Destarte, o retorno ao trabalho, intercorrências puerperais e a hospitalização da criança impuseram limites à amamentação prospectada, replanejamento ou abandono da prática: *Fiquei muito brava (introdução de mamadeira e chupeta pela avó), mas enfim, eu não falei nada, porque precisava de ajuda para trabalhar, eu não pude falar: ‘Você não vai dar uma madeira para o meu filho’. Mas eu não gostei. E ela também tentou introduzir chupeta nele. Só que eu nunca gostei, sempre pedi para ela, mas sempre mesmo eu pedindo para não fazer, ela sempre fez (M1); O (nome da criança) teve uma bronquiolite, e precisou ficar internado. Nesse período pegou COVID também. Então ele ficou bem ruim mesmo. Ficamos 18 dias internados em isolamento, ele desaprendeu a mamar, ficou na sonda. [...] acho que com uns 10 ou 7 dias, alguma coisa assim, eles liberaram ele para amamentar. Aí eu que fiquei insistindo mais porque eu não queria desistir porque ele estava muito novo (M8); Como eu internei logo em seguida, muito remédio e tal eu já não podia mais dar o leite. Eles (profissionais do hospital) falaram que eu podia, mas eu preferi não dar, eu optei por leite normal mesmo, o (nome de fórmula). Fiquei com medo, tanto remédio, porque eu fiquei 20 dias internada (M2).*

A experiência algíca e o não dormir integraram as vivências de amamentação das participantes, foram experiências ruins, mas consideradas como atos em prol de sua criança, entendimento que favoreceu manejá-los: *Meu peito ficou ferido, mas para mim não me importava. Às vezes eu nem sentia a dor. Às vezes quando eu via, estava ferido, mas eu não tinha nem sentido a dor. O que eu sabia é que ali era bom para minha filha. A importância do leite materno na vida de minha filha e o que poderia fazer lá na frente, quando ela teve maior, por ela ter sido amamentada (M11); Até hoje eu não consegui*

dormir uma noite de sono. Porque ela acorda. Ela acorda de madrugada, mamãe, dorme de novo. Ela acorda umas três horas da manhã, umas cinco e poucas da manhã também, até ela acordar normalmente às sete horas (M7).

Na mesma direção, levaram para patamar secundário o cuidado de si, atividades de lazer e laborais: *fiquei mais descuidada comigo, aparentemente, porque não tenho tempo para nada[...] (pausou estudos e passeios) para não deixar, não querer deixá-lo sozinho, ficar com medo dele passar fome sem o meu peito. (M1); Para vocês verem que eu fiquei tão assim, querendo ficar mais próximo dele, porque eu pedi até para sair do CLT, para poder ficar o mais próximo possível dele, para não ele acabar saindo do peito logo (M8).*

Subtema: 'Singularidade da relação com a criança na amamentação'

Ancorado neste esperar, entre sofrimentos, tentativas, resiliência e mobilização de forças, a mulher teceu e fortaleceu a sintonia e o elo com a sua criança, aspecto de sentido único sustentador e fortalecedor da motivação e prazer em amamentar: *É um momento único só nosso (dela e da criança), eu não sei muito bem explicar, mas assim, desde a primeira vez que eu amamento, ver o olhinho, o jeito de felicidade que ele olha para mim quando dou de mamã, o jeito que ele se acalma [...] eu gosto, eu gosto muito de amamentar, porque eu acho que é um momento só meu e dele, que ninguém tem, é só meu e dele (M1); É o nosso momento, é o momento de curtir ela, para mim, a amamentação se resume num momento prazeroso (M4); É uma coisa assim, inexplicável porque você tem um filho e você amamenta e ele se saciar do seu leite. [...] era o único momento mesmo que a gente tinha, ficou bem quietinho assim, ele me olhando, colocava a mãozinha, me alisava. Então, eu amava (M9); A amamentação para mim teve muito significado, eu amei amamentar. Foi uma conexão única com ele. [...] e superou todas as minhas expectativas (M10).*

Subtema: 'mutualidade na relação com a aconselhadora'

As participantes desta pesquisa receberam o AAM, e em seus relatos a importância deste suporte profissional foi ressaltado, sobretudo nos momentos iniciais, imersos em insegurança, solidão e dúvidas: *“ela (aconselhadora) foi muito essencial para minha jornada de amamentação. Se não fosse ela, talvez eu não conseguisse (M1); Só de saber que você não está sozinha ali, que tem uma pessoa para tentar te ajudar, fazer alguma coisa por você ali. É tudo novo para você, porque a gente não nasceu sabendo ser mãe (M2); Porque a gente fica com medo de errar[...]a mãe de primeira viagem tem muita coisa na cabeça, tem muitas dúvidas, ter a enfermeira era importante*

(M6); *Tudo novo ali com o bebê, saber que eu ia ter essa profissional ali auxiliando, me deixou mais confortável, eu não me sentia tão sozinha. [...] Eu me senti acolhida (M10).*

Um núcleo temático de importante contribuição da aconselhadora foi relativo à descida e produção de leite: *Eu lembro que no começo eu tinha dúvida porque meu leite custou descer, estava saindo muito colostro. [...] Ela (aconselhadora) foi conversando que poderia demorar, eu acho que era até sete dias, se eu não me engano (M1); Eu falei assim para (nome da aconselhadora) nos dois primeiros dias; ‘eu não tenho leite’. E ela: ‘não, fica tranquila, você tem sim (leite)’, e isto acalma (M7).*

Outro núcleo de suporte da aconselhadora residiu na mediação entre o que elas sabiam e o requerido na realidade concreta da amamentação, em especial para as primíparas: *Tudo que você lê, tudo que você vê, no real é outra coisa, totalmente diferente. [...] Porque, na prática mesmo, se você não tiver uma pessoa ali para te aconselhar, pra te auxiliar, não vai, não. (M4); A gente está naquele momento de vulnerabilidade, era minha primeira filha, apesar de ser da área de saúde, é tudo novo. Foi a minha primeira experiência como mãe, estava naquele momento apreensivo, me ajudou bastante a tirar minhas dúvidas (M11).*

Ademais, as aconselhadoras deram contribuições instrumentais, sobretudo em relação a pega e manejo de fissuras: *Ela me ensinou a posição para colocar o bebê. Na hora ainda eu até falei, ô (nome da aconselhadora), eu não consigo. Ela falou, não, não tem problema. Não tem problema, você vai tentar até conseguir (M9); Eu tenho um mamilo invertido, então eu estava tendo um pouco de dificuldade também na pega da criança. E com a orientação dela, eu consegui fazer com que minha filha (M11).*

O apoio recebido, a comunicação efetiva, a presença, gerou na mulher memória afetiva para com a aconselhadora: *Ela vai ficar na minha lembrança para sempre assim. Acho que no dia em que eu tenho outro filho, vou logo lembrar dela, a questão da amamentação (M3); A minha decisão de ter ido à frente com a amamentação partiu por um diálogo, algo que me marcou muito. Então, a maneira de acolher [...] E, realmente, preciso agradecer, ela mudou toda a minha dinâmica com a minha filha (M7).*

A Figura 1 sintetiza o modelo conceitual alcançado.



DISCUSSÃO

As participantes concebem a amamentação como ato de impacto na saúde e desenvolvimento da criança, promotora do vínculo com ela, todos alcances esperanças por elas. Assim, por conta da projeção deles, intencionaram, iniciaram e envolveram-se com a amamentação e seu manejo.

A literatura endossa a relação da amamentação com os alcances esperanças pela mulher, tanto em termos de saúde e desenvolvimento da criança como para o vínculo⁽¹⁶⁾. A veiculação destas informações nos distintos espaços sociais, inclusive na atenção em saúde, é relevante, atua sobre o engajamento e esperança na amamentação. Especificamente no âmbito do cuidado em saúde os resultados apontam para a relevância de intervenções neste sentido, sejam individuais, coletivas, ou ampliadas a exemplo das campanhas de amamentação. Elas possuem efeitos na esperança na amamentação, reverberam na motivação e engajamento na amamentação, favorecem o *agency thinking*⁽¹⁷⁾.

A esperança é essencial em contextos nos quais há incertezas, ameaças ao controle, como é a amamentação, amplamente evidenciado nos resultados expostos acima. O comportamento da mulher de apropriar-se da amamentação denota sua busca por controle, intenção de alcançar autoeficácia. A busca da apropriação revelou relação mais direta com a dimensão cognitiva, afiliativa, comportamental e contextual da esperança⁽¹⁴⁾, em especial quando acessaram relatos de experiência. Assim, aos profissionais está a indicativa de promoção intencional de partilha das vivências na amamentação para pessoas que estão a gestar e para aquelas amamentando suas crianças. Escutar as

experiências promove contato com os intervenientes da amamentação e os diferentes manejos deles⁽¹⁸⁾. Instaura a ponderação de ser o processo singular, de serem os determinantes da ordem dela enquanto pessoa única, da criança e de elementos externos⁽¹⁹⁾. As rodas de conversas e processos grupais são boas tecnologias para este fim.

Diante do posto no parágrafo anterior, a mediação profissional deve favorecer o diálogo acerca dos intervenientes envolvidos na amamentação, dando concretude às preocupações, dúvidas e incertezas na situação particular de cada qual. Ademais, os resultados alcançados apontam que instaurar um processo que não se concentra nos ‘extremos’ do processo de amamentar, isto é, de apenas romantiza-lo ou de centrar-se nas dificuldades/desafios é de relevância para o enfrentamento das particularidades da amamentação.

Ademais, apostar na curadoria de um acervo de sites, vídeos e outras mídias digitais sobre amamentação para indicação é intervenção promissora por direcionar a apropriação em amamentação e fazer frente a disseminação de construções sociais romantizadas, as quais foram alertadas nos resultados como obstaculizadoras do esperar.

O manejo prático da amamentação, tem na empatia das pessoas da sua rede social um recurso promissor. O cuidado centrado na família assinala a premência dos profissionais conceberem a família como demandante de cuidado, a influência da dinâmica familiar sobre os enfrentamentos individuais e vice e versa⁽²⁰⁾, aspecto reforçado neste estudo. Reconhecer que a família, nas pessoas significativas a cada um que amamenta é ação para atuar na esperança na amamentação. Empoderá-los para que possam ter atos empáticos é outra indicativa evidenciada por este estudo, de relação direta com a dimensão afetiva e afiliativa da esperança.

A influência da crença do leite fraco e o questionamento sobre a valia dos esforços da mulher para amamentar foram identificados neste estudo e endossam outros estudos⁽²¹⁾. Revelam permanências de construções sociais e a dificuldade em contrapô-las, o que permite indicar diálogos que estimulem suas exposições para que haja oportunidade de reflexão acerca delas. As crenças pertencem à dimensão cognitiva e contextual, mas impactam em muito a dimensão afetiva da esperança⁽¹⁴⁾, estão fortemente relacionadas com o desmame⁽²²⁾.

Dificuldades e o sofrimentos existiram, o enfrentamento ocorreu sob fragilidades emocionais, inseguranças e dores físicas (sobretudo das lesões no complexo mamilo-areolar), questões pouco ou nada alcançadas quando as participantes desenvolveram sua

apropriação em amamentação. Elas próprias denunciaram isto, mostrando ser essencial avançar nos modos como tematizamos a amamentação⁽¹¹⁾.

As relações sociais representam um importante determinante da amamentação. Sacrificar-se no processo esteve relacionado a consecução de sua meta e foi criticado por algumas pessoas de sua rede social. Buscar vínculo com a criança, a melhor saúde e desenvolvimento é esperado, assim o não envolvimento com a amamentação, entendida como meio para tal, promove sofrimento moral, pois ela infere, na dimensão cognitiva da esperança, não estar agindo em conformidade com as suas crenças, cedendo às crenças sociais ampliadas do leite fraco, da valia do sacrifício, dentre outras.

Destarte, o retorno da nutriz ao trabalho, intercorrências puerperais e a hospitalização da criança afetaram na duração da amamentação e imputaram elementos particulares ao enfrentamento e luta pela amamentação. Todas as situações não se constituem, de antemão, justificativa para o desmame, apesar de comumente determinarem ele⁽²³⁾. Todas elas são passíveis de receber suporte profissional em prol da oferta do leite humano e amamentação. Além disto, apostas em planos terapêuticos que envolvam o Banco de Leite Humano são essenciais para a permanência da amamentação⁽²⁴⁾ e não surgiram nos resultados desta pesquisa.

Manter o enfrentamento do manejo da amamentação teve na relação com a criança importante ancoragem, motivação. As contribuições da amamentação para o vínculo e apego estão amplamente descritas⁽¹⁶⁾, estiveram sentidas pelas participantes e sustentaram sua esperança na amamentação. Derivado desta constatação, dialogar sobre a relação da pessoa e criança no ato de amamentar, pode evidenciar e validar nuances da relação dela com a criança, destacando olhares e toques, ambos reforçados nos nossos resultados.

As participantes deste estudo contaram com o AAM, assinalaram as contribuições deles para as diversas dimensões da esperança, sobretudo na dimensão afiliativa, cognitiva, comportamental e afetiva. Porém, percebe-se que houve desdobramentos para a dimensão contextual e temporal. Os preceitos do AAM em relação a apostas no diálogo e na centralidade na pessoa alinham-se aos estruturantes do uso intencional da esperança nas intervenções em saúde. A revelação de acolhimento e gratidão como desfechos da relação são evidências disto e estão alinhadas a um cuidado integral, humano, equânime e promotor de esperança.

As limitações deste estudo relacionam-se ao número reduzido de participantes, todas primíparas, e em três centros hospitalares, o que não possibilita a generalização e transferibilidade dos resultados, porém, estudos qualitativos não detém tal intenção.

Adotar a esperança para apreciar e intervir no cuidado em saúde e enfermagem em amamentação revela a potência de circunscrever o cuidado a existência única das pessoas e sua rede social.

CONCLUSÃO

A amamentação está envolvida com o desejo da melhor saúde e vida para a criança, assim como com a criança de laços e conexões únicas e duradouras com ela, todos promotores da busca e esperança na amamentação, do enfrentamento dos intervenientes, persistindo no processo apesar deles.

Na direção de maior êxito prático na amamentação, buscaram apropriação dela, porém denunciaram predominar um discurso romantizado, o qual reverbera negativamente na experiência, sobretudo na dimensão afetiva da esperança. Ademais, na dimensão afiliativa precisaram lidar com julgamentos da rede social, mas também com empatia, dinamizando concomitantemente estes elementos. Entre outros, manejaram crenças, experiências álgicas derivadas de lesões no complexo alvéolo-mamilar, abdições para amamentar. As relações mais proximais, sobretudo junto à parceria/pai da criança e junto de sua mãe encontraram acolhimento, assim como junto da aconselhadora. A interação com eles teve efeitos sobre as dimensões cognitiva, afetiva e comportamental da esperança. Elas se compuseram com a conexão singular provida pela amamentação com a criança, de papel diferenciado na esperança na amamentação, compondo um contexto essencial para mobilizá-la no enfrentamento e trajetória do amamentar, qualificando como compensador tudo que enfrentou.

REFERÊNCIAS

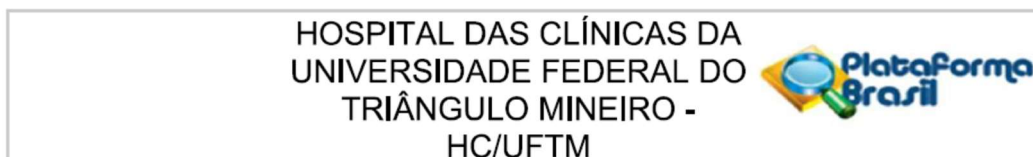
1. World Health Organization. Global breastfeeding scorecard, 2019: increasing commitment to breastfeeding through funding and improved policies and programme [Internet]. Geneva (CH): WHO; 2019 [citado em 2025 ago 10]. 3 p. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/326049>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf
3. Federal University of Rio de Janeiro. Breastfeeding: prevalence and practices among Brazilian children under 2 years old [Internet]. 4: ENANI – 2019. Rio de Janeiro: UFRJ; 2021. [cited 2024 Nov 10]. Available from: https://enani.nutricao.ufrj.br/wp-content/uploads/2021/11/Relatorio-4_ENANI-2019_Aleitamento-Materno.pdf [Portuguese]

4. Neves PAR, Vaz JS, Maia FS, Baker P, Gatica-Domínguez G, Piwoz E, et al. Rates and time trends in the consumption of breastmilk, formula, and animal milk by children younger than 2 years from 2000 to 2019: analysis of 113 countries. *Lancet Child Adolesc Health*. 2021;5(9):619–30. doi: [http://doi.org/10.1016/S2352-4642\(21\)00163-2](http://doi.org/10.1016/S2352-4642(21)00163-2).
5. World Health Organization. Infant and young child feeding counselling: an integrated course. Trainer's guide Second edition [Internet]. Geneva: WHO, 2021 [cited 2025 Ago 17]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032828>
6. McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, Wade A, Buchanan P, Taylor JL, et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;2(2):CD001141. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001141.pub5>
7. Ruiz MT, da Conceição Rodrigues E, Christoffel M, de Resende CV, Cavalcanti MC, Ferreira MG, et al. Effectiveness of individualized breastfeeding counseling during the dyad's stay in rooming-in: a randomized, multicenter, open and parallel study. *Int J Breastfeed*. 2025;20 (41). <https://doi.org/10.1186/s13006-025-00710-y>
8. Espirito Santo GTS, Pompeu JHCC, Raad PDP, Mendes JO, Andrade EGR, Santos ESS, et al. Knowledge of pregnant women living in riverside community about exclusive breastfeeding in the context of Primary Health Care. *Rev Esc Enferm USP*. 2025;59:e20240361. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2024-0361en>
9. Souza NFD et al. Influências sociais nas práticas alimentares da dupla mãe-filho nos primeiros seis meses de vida. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. v. 33 e33065. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333065>.
10. Alvarenga WA, Gomes TRC, Silva CHR, Kayzuka GCM, Montigny F, Leite AM, Nascimento LC. Father's influence on breastfeeding continuity or interruption: meta synthesis. *Rev Esc Enferm USP*. 2025;59:e20240303. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2024-0303en>
11. Fazzioni NH, Lerner K. Mudando a conversa e "ficando com o problema": advogando por perspectivas feministas e interseccionais sobre amamentação. *Interface (Botucatu)*. 2024; 28: e240208 <https://doi.org/10.1590/interface.240208>
12. Souza VR dos S, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta paul enferm* [Internet]. 2021;34:eAPE02631. Available from: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>.
13. Naeem M, Ozuem W, Howell K, Ranfagni S. A step-by-step process of thematic analysis to develop a conceptual model in qualitative doi:10.1177/16094069231205789
14. Dufault K, Martocchio B. Hope: its spheres and dimensions. *Nurs Clin North Am*. 1985;20(2):379- 439. doi:10.1016/S0029-6465
15. Rahimi S, Khatooni M. Saturation in qualitative research: An evolutionary concept analysis. *Int J Nurs Stud Adv*. 2024 Jan 5;6:100174. doi: 10.1016/j.ijnsa.2024.100174
16. Modak A, Ronghe V, Gomase KP. The Psychological Benefits of Breastfeeding: Fostering Maternal Well-Being and Child Development. *Cureus*. 2023 Oct 9;15(10):e46730. doi: 10.7759/cureus.46730. PMID: 38021634; PMCID: PMC10631302.

17. Snyder CR. Hope theory: rainbows in the mind. *Psychol Inq.* 2002; 13(4):249–75. doi:10.1207/s15327965pli1304_01. – AGENCY THINKING
18. McFadden A, Sielbert L, Marshall JL, Girard LC, Symon A, MacGillivray S. Couseling interventions to enable women to initiate and continue breastfeeding: a systematic review and meta-analysis. *Int Breastfeed J.* 2019;14(42). <https://doi.org/10.1186/s13006-019-0235-8>
19. Primo CC, Brandão MAG. Interactive Theory of Breastfeeding: creation and application of a middle-range theory. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(6):1191-8. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0523>
20. Park M, Giap TT, Lee M, Jeong H, Jeong M, Go Y. Patient- and family-centered care interventions for improving the quality of health care: A review of systematic reviews. *Int J Nurs Stud.* 2018 Nov;87:69-83. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2018.07.006. Epub 2018 Jul 26. PMID: 30056169.
21. Perez-Escamilla R, Tomori C, Hernández-Cordero S, Baker P, Barros AJD, Bégin F, et al. Breastfeeding: crucially important but increasingly challenged in a market-driven world. *Lancet.* 2023;401(10375):472-85. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01932-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01932-8)
22. Oliveira PAP, Pereira LB, Gonçalves TJ, Silva CSO, Dias OV, Versiani CC, et al. Breastfeeding and the adjustment process in the family context: a qualitative approach. *Online Braz J Nurs.* 2024;23:e20246685. <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20246685>
23. Almeida LMN, Goulart M de C e L, Góes FGB, Ávila FMVP, Pinto CB, Naslausky SG. A influência do retorno ao trabalho no aleitamento materno de trabalhadoras da enfermagem. *Esc Anna Nery* [Internet]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0183>
24. Fonseca RMS, Milagres LC, Franceschini S do CC, Henriques BD. O papel do banco de leite humano na promoção da saúde materno infantil: uma revisão sistemática. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2021Jan;26(1):309–18. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.24362018>

11. ANEXOS

11.1 Parecer do Comitê de Ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Efetividade do aconselhamento individualizado na duração do aleitamento materno exclusivo: ensaio clínico multicêntrico, randômico, paralelo e aberto

Pesquisador: Mariana Torreglosa Ruiz

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 61321122,3,1001,8667

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.274.311

Apresentação do Projeto:

Os pesquisadores relataram que "observaram a partir da execução do estudo piloto a necessidade de explorar em profundidade as motivações em manter o aleitamento materno exclusivo e os motivos para o desmame entre as puérperas inclusas no estudo. Para isso, visamos utilizar como método pesquisa com abordagem qualitativa, com base teórica conceitual no Interacionismo Simbólico e a Teoria Fundamentada nos Dados construtivista como referencial metodológico.

De acordo com a perspectiva interacionista os significados são produtos sociais, e são criados e recriados mediante o processo de auto-interação e interação social, justificando a escolha por esta base teórica, uma vez que o aleitamento materno é uma experiência complexa que envolve entre os fatores a auto-interação e as interações sociais da puérpera. Já a Teoria Fundamentada nos dados (TFD) destaca-se como suporte para a pesquisa qualitativa pois é um método de investigação que objetiva investigar, compreender e criar uma teoria baseada no desenvolvimento de um fenômeno, desvelado a partir da coleta e análise simultânea de dados (KOERICH et al., 2018).

Reitera-se que esta emenda virá a agregar e elucidar na pesquisa dos dados coletados e aprofundar as questões complexas que envolve o processo de amamentação e fatores associados."

Endereço: R. Benjamin Constant, 16

Bairro: Nossa Srª da Abadia

CEP: 38.025-470

UF: MG

Município: UBERABA

Telefone: (34)3318-5319

E-mail: cep.hctm@ebserrh.gov.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO -
HC/UFTM



Continuação do Parecer: 6.274.311

Objetivo da Pesquisa:

Solicitar ementa junto ao projeto aprovado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios foram descritos no projeto de pesquisa aprovado em 2022.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Segundo os pesquisadores, "Prevemos aplicar a TFD na perspectiva construtivista de Kathy Charmaz.

Nesta perspectiva, o pesquisador deve realizar um processo intensivo de entrevistas e a análise textual concomitante, as quais fornecerá ferramentas para a condução do processo, mostrando ao pesquisador o caminho a ser percorrido em direção à teoria. A UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO entrevista intensiva deve ser realizada face-a-face, presencial ou remotamente e é uma conversa direcionada e orientada que permite um exame minucioso de determinado tópico, fenômeno ou/ experiência. Assim, são elaboradas perguntas amplas e abertas.

Ao final das entrevistas os dados são codificados e analisados. A codificação inicial retrata a codificação palavra a palavra, linha a linha, incidente por incidente

(CHARMAZ, 2009). A codificação focalizada é a segunda fase da codificação, quando códigos são mais direcionados, seletivos e conceituais. Permite ao pesquisador separar, classificar, sintetizar, integrar e organizar os dados, com base nos códigos mais significativos e/ou frequentes, visando à conceituação do material empírico (CHARMAZ, 2009). Ainda no processo de desenvolvimento da TFD de Charmaz destaca-se o uso de memorandos e diagramas como etapa intermediária entre a coleta de dados e a redação dos relatos de pesquisa, buscando encontrar pontos em comum, entre as participantes.

O processo de amostragem pode ocorrer em duas etapas: a amostragem inicial refere-se ao ponto de partida do pesquisador, na qual ele estabelece previamente critérios de amostragem para as pessoas participantes do estudo antes de sua entrada no campo de pesquisa (CHARMAZ, 2009) e a amostragem teórica. A amostragem teórica ocorre à medida em que novas descobertas, hipóteses e curiosidades surgem no processo de coleta e análise concomitante dos dados, sugerindo ao pesquisador que novos grupos amostrais precisam ser constituídos e pesquisados (CHARMAZ, 2009).

A saturação teórica dos dados é alcançada quando as categorias estiverem "saturadas" ou seja quando as coletas de dados "novas" não mais despertar novos insights teóricos, nem revelar

Endereço: R, Benjamin Constant, 16

Bairro: Nossa Srª da Abadia

UF: MG

Telefone: (34)3318-5319

Município: UBERABA

CEP: 38.025-470

E-mail: cep.hctm@ebserh.gov.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO -
HC/UFTM



Continuação do Parecer: 6.274.311

propriedades novas para as categorias teóricas centrais (PEITER et al., 2020).

Para alcançar este objetivo serão realizadas entrevistas remotas com as participantes do estudo. Durante as ligações de seguimento as mesmas serão convidadas a participar desta segunda vertente do estudo. Nestes casos, serão incluídas apenas mulheres que tiverem acesso à internet. UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO Após a manifestação de aceite será realizado agendamento da entrevista em dia, horário e plataforma de preferência da participante. Será enviado o link da entrevista para mesma através de e-mail ou por contato via Whatsapp®. No início da vídeo chamada, será solicitado a participante autorização para gravação da mesma, sendo explicado de forma clara sua finalidade.

A entrevista terá como questões norteadoras: Você está amamentando exclusivamente (apenas leite materno)? Se não está, por quanto tempo você amamentou seu filho exclusivamente? O que a motivou a amamentá-lo? O que motivou a oferecer outro leite?

Após a transcrição das falas, os dados serão organizados e analisados no software Transkriptor. Memorandos e diagramas serão construídos e analisados constantemente durante o decorrer do processo de investigação"

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Emenda apresentada em conformidade. Adequado o TCLE.

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Apresentação da carta resposta à pendência e parecer CEP

1- Apresentar novo TCLE ou ajustar o TCLE anterior já aprovado, com os novos objetivos, riscos, benefícios e outros.

Resposta do Pesquisador: Adequado o TCLE

Parecer CEP: Atendida

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 e norma operacional 001/2013, o colegiado do CEP-HC/UFTM manifesta-se pela aprovação da emenda do protocolo de pesquisa aprovado, situação definida em reunião do dia 29/08/2023.

Endereço: R, Benjamin Constant, 16

Bairro: Nossa Srª da Abadia

UF: MG

Município: UBERABA

CEP: 38.025-470

Telefone: (34)3318-5319

E-mail: cep.hctm@ebserh.gov.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO -
HC/UFTM



Continuação do Parecer: 6.274.311

Considerações Finais a critério do CEP:

A aprovação da emenda do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFTM dá-se em decorrência do atendimento à Resolução CNS 466/12 e norma operacional 001/2013, não implicando na qualidade científica do mesmo. Conforme prevê a legislação, são responsabilidades, indelegáveis e indeclináveis, do pesquisador responsável, dentre outras: comunicar o início da pesquisa ao CEP; elaborar e apresentar os relatórios parciais (semestralmente), assim como a apresentação do relatório final, quando do término do estudo. Para isso deverá ser utilizada a opção 'notificação' disponível na Plataforma Brasil.

O CEP-HC/UFTM não se responsabiliza pela qualidade metodológica dos projetos analisados, mas apenas pelos pontos que influenciam ou interferem no bem-estar dos participantes da pesquisa conforme preconiza as normas da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

A secretaria do CEP-HC/UFTM está à disposição para quaisquer esclarecimentos sobre trâmites e funcionalidades da Plataforma Brasil, durante os dias de segunda a sexta-feira, das 07:00 às 16:00 hrs. Telefone: 34 3318-5319. e-mail: cep.hctm@ebserh.gov.br.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2170157_E1.pdf	28/07/2023 11:17:57		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA.pdf	28/07/2023 11:17:31	Mariana Torreglosa Ruiz	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_quali.doc	28/07/2023 11:15:01	Mariana Torreglosa Ruiz	Aceito
Outros	emenda.pdf	27/06/2023 13:07:21	Mariana Torreglosa Ruiz	Aceito
Outros	Respostas_as_recomendacoes_do_CEP.pdf	02/09/2022 11:59:37	Mariana Torreglosa Ruiz	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_RIO_DE_JANEIRO_2_assinado.pdf	02/09/2022 11:57:56	Mariana Torreglosa Ruiz	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE_UEFS_2.pdf	02/09/2022 11:57:37	Mariana Torreglosa Ruiz	Aceito

Endereço: R, Benjamin Constant, 16

Bairro: Nossa Srª da Abadia

UF: MG

Município: UBERABA

CEP: 38.025-470

Telefone: (34)3318-5319

E-mail: cep.hctm@ebserh.gov.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO -
HC/UFTM



Continuação do Parecer: 6.274.311

Ausência	TCLE_UEFS_2.pdf	02/09/2022 11:57:37	Mariana Torreglosa Ruiz	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_HCUFTM_2.pdf	02/09/2022 11:56:52	Mariana Torreglosa Ruiz	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Aconselhamento_AM_versao2.docx	02/09/2022 11:54:14	Mariana Torreglosa Ruiz	Aceito
Outros	Termo_de_concessao.pdf	07/08/2022 12:54:06	Mariana Torreglosa Ruiz	Aceito
Outros	Anuencia_HIPS.pdf	07/08/2022 12:52:46	Mariana Torreglosa Ruiz	Aceito
Outros	Anuencia_maternidade_UFRJ.pdf	07/08/2022 12:52:25	Mariana Torreglosa Ruiz	Aceito
Outros	Coparticipante_Anna_Nery.pdf	07/08/2022 12:51:57	Mariana Torreglosa Ruiz	Aceito
Outros	Coparticipante_UEFS.pdf	07/08/2022 12:51:29	Mariana Torreglosa Ruiz	Aceito
Outros	Coparticipante_UFRJ.pdf	07/08/2022 12:51:08	Mariana Torreglosa Ruiz	Aceito
Outros	Autorizacao_setor_HC.pdf	07/08/2022 12:28:01	Mariana Torreglosa Ruiz	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_pesquisador_GEP.pdf	07/08/2022 12:17:44	Mariana Torreglosa Ruiz	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_pesquisador.pdf	07/08/2022 12:15:28	Mariana Torreglosa Ruiz	Aceito
Outros	Autorizacao_GEP.pdf	07/08/2022 12:11:29	Mariana Torreglosa Ruiz	Aceito
Outros	Check_list_projeto.pdf	07/08/2022 12:06:27	Mariana Torreglosa Ruiz	Aceito
Outros	Check_list_documental.pdf	07/08/2022 12:05:24	Mariana Torreglosa Ruiz	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	07/08/2022 11:49:23	Mariana Torreglosa Ruiz	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: R. Benjamin Constant, 16

Bairro: Nossa Srª da Abadia

CEP: 38.025-470

UF: MG

Município: UBERABA

Telefone: (34)3318-5319

E-mail: cep.hctm@ebserh.gov.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO -
HC/UFTM



Continuação do Parecer: 6.274.311

UBERABA, 31 de Agosto de 2023

Assinado por:
Karoline Faria de Oliveira
(Coordenador(a))

Endereço: R. Benjamin Constant, 16

Bairro: Nossa Srª da Abadia

UF: MG

Telefone: (34)3318-5319

Município: UBERABA

CEP: 38.025-470

E-mail: cep.hctm@ebserh.gov.br

11.2 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Mulheres Aconselhadas

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Convidamos você a participar de um estudo qualitativo do projeto de pesquisa **“Efetividade do aconselhamento individualizado na duração do aleitamento materno exclusivo: ensaio clínico multicêntrico, randômico, paralelo e aberto”** (CAAE: 4 61321122.3.1001.8667 - Número do Parecer: 6.274.311), coordenado por mim, Profa. Dra. Mariana Torreglosa Ruiz (professora universitária do curso de graduação em Enfermagem da UFTM).

O objetivo desta nova pesquisa é compreender as tomadas de decisões acerca da alimentação da criança no primeiro ano de vida frente às experiências de mulheres que receberam aconselhamento em aleitamento materno e entender as interações vivenciadas pela mulher e enfermeira aconselhadora durante processo de aconselhamento em amamentação.

Você está sendo convidada pois participou da primeira fase do projeto enquanto estava internada com seu filho após o nascimento. Esta pesquisa se justifica para compreendermos o que motivou ou desmotivou as mães a manterem o aleitamento materno e se o aconselhamento ocorreu como uma experiência positiva entre essas mães, a fim de promovermos melhorias na assistência. Desta forma, gostaríamos de contar com sua participação.

Caso aceite participar dessa pesquisa entraremos em contato pelo número de telefone cedido por você durante a pesquisa. Verificaremos sua disponibilidade e agendaremos a entrevista, que será realizada por vídeo chamada através da plataforma WhatsApp®. Antes de iniciarmos a entrevista, solicitarei a autorização para gravação da mesma, apenas para poder transcrever suas falas (passar as falas para um documento no computador). Para participar você deverá responder algumas perguntas relacionadas à alimentação de sua criança no primeiro ano de vida, ao processo de amamentação e como foi a sua relação com a enfermeira aconselhadora. As entrevistas serão conduzidas por membros da equipe da pesquisa devidamente capacitados, com tempo estimado de 30 minutos.

O risco desta pesquisa está relacionado à perda de sigilo dos dados. Para minimizar este risco, após o término da coleta, as suas falas transcritas serão salvas em documento do Word® e apagadas do drive ou sistema de “nuvem” de armazenamento. Após o

armazenamento dos dados, os nomes serão substituídos por código numérico (sujeito 1,2,3...).

Esclarecemos ainda que estes riscos são inerentes ao ambiente virtual, meios eletrônicos, ou atividades não presenciais, em função das limitações das tecnologias utilizadas para desenvolver o estudo. Assim, não é possível assegurar total confidencialidade e pode haver risco de violação dos dados. Mas acredita-se que, com os cuidados acima descritos, esses riscos serão minimizados.

Como benefício direto de sua participação na pesquisa: você receberá orientações sobre alimentação e desenvolvimento da criança, caso tenha alguma dúvida. Assim, acredita-se que poderá ser beneficiada, direta ou indiretamente, por meio da educação em saúde e contato com profissional qualificado.

Sua participação é voluntária, e em decorrência dela você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você não terá nenhum gasto por participar nesse estudo, pois qualquer gasto que você tenha por causa dessa pesquisa lhe será ressarcido.

Você pode recusar a participar do estudo, ou se retirar a qualquer momento, sem que haja qualquer prejuízo. Em qualquer momento, você pode obter quaisquer informações sobre a sua participação nesta pesquisa, diretamente com os pesquisadores ou por contato com o CEP/HC-UFTM.

Sua identidade não será revelada para ninguém, ela será de conhecimento somente dos pesquisadores da pesquisa, seus dados serão publicados em conjunto sem o risco de você ser identificado, mantendo o seu sigilo e privacidade. Você tem direito a requerer indenização diante de eventuais danos que você sofra em decorrência dessa pesquisa.

Os dados obtidos de você, coletados em formulários, serão utilizados somente para os objetivos dessa pesquisa e serão destruídos e descartados após cinco anos do fim da pesquisa. Caso haja interesse, por parte dos pesquisadores, em utilizar seus dados em outro projeto de pesquisa, você será novamente contatado para decidir se participa ou não dessa nova pesquisa e se concordar deve assinar um novo TCLE.

Contato:

Pesquisador Responsável: Profa. Dra. Mariana Torreglosa Ruiz

Endereço: Curso de Graduação em Enfermagem – Câmpus I

Praça Manoel Terra, 330, Abadia, Uberaba-MG

E-mail: mariana.ruiz@uftm.edu.br

Telefone/Celular: 3318-6416

*Dúvidas ou denúncia em relação a esta pesquisa, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (CEP/HC-UFTM), pelo e-mail: cep.hctm@ebserh.gov.br, pelo telefone (34) 3318-5319, ou diretamente no endereço Rua Benjamim Constant, 16, Bairro Nossa Senhora da Abadia – Uberaba – MG – de segunda a sexta-feira, das 07h às 12h e das 13h às 16h.

Antes de agendar a entrevista, assinale:

- () 1 – li, compreendi e aceito participar do estudo
- () 2 - li, compreendi e não aceito participar do estudo

Link: <https://forms.gle/msFnjQYaV3VwTTdC8>

11.3 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Enfermeiras Aconseladoras

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos você a participar de um estudo qualitativo do projeto de pesquisa **“Efetividade do aconselhamento individualizado na duração do aleitamento materno exclusivo: ensaio clínico multicêntrico, randômico, paralelo e aberto”** (CAAE: 4 61321122.3.1001.8667 - Número do Parecer: 6.274.311), coordenado por mim, Profa. Dra. Mariana Torreglosa Ruiz (professora universitária do curso de graduação em Enfermagem da UFTM).

O objetivo desta nova pesquisa é compreender as tomadas de decisões de mulheres que receberam aconselhamento em aleitamento materno em relação à alimentação do primeiro ano de vida das suas crianças e entender as interações vivenciadas pelas mulheres e as enfermeiras durante o processo de aconselhamento em amamentação.

Você está sendo convidada pois participou da primeira fase do projeto enquanto aconseladora. Esta pesquisa se justifica para compreendermos o que motivou ou desmotivou as mães a manterem o aleitamento materno, as interações vivenciadas entre aconseladoras e mães no suporte a esperança, e, se o aconselhamento ocorreu como uma experiência positiva entre essas mães, a fim de promovermos melhorias na assistência. Desta forma, gostaríamos de contar com sua participação.

Caso aceite participar dessa pesquisa entraremos em contato pelo número de telefone cedido por você durante a pesquisa. Verificaremos sua disponibilidade e agendaremos a entrevista. O link para entrevista será enviado no seu contato. Antes de iniciarmos a entrevista, solicitarei a autorização para gravação dela, apenas para poder transcrever suas falas (passar as falas para um documento no computador). As entrevistas serão conduzidas por membros da equipe da pesquisa devidamente capacitados, com tempo estimado de 30 minutos a 45 minutos.

O risco desta pesquisa está relacionado à perda de sigilo dos dados. Para minimizar este risco, serão tomados os seguintes cuidados: o convite para participar da pesquisa será enviado no seu número de telefone e caso você aceite participar, deverá consentir e após será direcionado para o link para agendamento da entrevista. Você poderá desistir de sua participação a qualquer momento da pesquisa.

A fim de evitar a perda do sigilo dos dados, após o término da coleta, as suas falas transcritas serão salvas em documento do Word® e apagadas do drive ou sistema de “nuvem” de armazenamento. Após o armazenamento dos dados, os nomes serão substituídos por código numérico (sujeito 1,2,3...).

Esclarecemos ainda que estes riscos são inerentes ao ambiente virtual, meios eletrônicos, ou atividades não presenciais, em função das limitações das tecnologias utilizadas para desenvolver o estudo. Assim, não é possível assegurar total confidencialidade e pode haver risco de violação dos dados. Mas acredita-se que, com os cuidados acima descritos, esses riscos serão minimizados.

Sua participação é voluntária, e em decorrência dela você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você não terá nenhum gasto por participar nesse estudo, pois qualquer gasto que você tenha por causa dessa pesquisa lhe será ressarcido.

Você pode recusar a participar do estudo, ou se retirar a qualquer momento, sem que haja qualquer prejuízo. Em qualquer momento, você pode obter quaisquer informações sobre a sua participação nesta pesquisa, diretamente com os pesquisadores ou por contato com o CEP/HC-UFTM.

Sua identidade não será revelada para ninguém, ela será de conhecimento somente dos pesquisadores da pesquisa, seus dados serão publicados em conjunto sem o risco de você ser identificado, mantendo o seu sigilo e privacidade. Você tem direito a requerer indenização diante de eventuais danos que você sofra em decorrência dessa pesquisa.

Os dados obtidos de você, coletados em formulários, serão utilizados somente para os objetivos dessa pesquisa e serão destruídos e descartados após cinco anos do fim da pesquisa. Caso haja interesse, por parte dos pesquisadores, em utilizar seus dados em outro projeto de pesquisa, você será novamente contatado para decidir se participa ou não dessa nova pesquisa e se concordar deve assinar novo TCLE.

Contato

Pesquisador Responsável: Profa. Dra. Mariana Torreglosa Ruiz

Endereço: Curso de Graduação em Enfermagem – Câmpus I

Praça Manoel Terra, 330, Abadia, Uberaba-MG

E-mail: mariana.ruiz@uftm.edu.br

Telefone/Celular: 3318-6416

*Dúvidas ou denúncia em relação a esta pesquisa, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (CEP/HC-UFTM), pelo e-mail: cep.hctm@ebserh.gov.br, pelo telefone (34) 3318-5319, ou diretamente no endereço Rua Benjamim Constant, 16, Bairro Nossa Senhora da Abadia – Uberaba – MG – de segunda a sexta-feira, das 07h às 12h e das 13h às 16h.

Antes de agendar a entrevista, assinale:

1 – li, compreendi e aceito participar do estudo

2 - li, compreendi e não aceito participar do estudo

Link:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSf5NPfoqmMd2KrHWFq7Ct8W2YTWgtF8bCUu8JwZQvBMdi-6Mw/viewform?usp=pp_url

11.4 PRODUÇÕES DO TEMA ALEITAMENTO MATERNO/AMAMENTAÇÃO

Artigos (prelo)

DA SILVA, J.A.; WERNET, M.; **VILLAS BOAS, A.S.C.**; RODRIGUES, E.C.; DA SILVA, K.E.P.O., RUIZ, M.T. Tomadas de decisão acerca da amamentação: influências do aconselhamento em aleitamento materno. **Rev Bras Enferm.** 2025; [S.l.], no prelo

Artigos submetidos aguardando parecer

RUIZ, M.T.; WERNET, M.; DA SILVA, J.A.; **VILLAS BOAS, A.S.C.**; LINARES, A.M.; CRISTHOFEL, M.M.; RODRIGUES, E.C. Gestação de alto risco, depressão pós-parto e aleitamento materno em mulheres primíparas. **Rev. Texto & Contexto Enfermagem**, [S.l.], submetido para avaliação.

VILLAS BOAS, A.S.C.; WERNET, M.; RUIZ, M.T.; SILVEIRA, A.O.; CHAREPE, Z.; LINARES, A.M.; DA SILVA, J.A. Esperança na amamentação: vivência de mulheres que receberam aconselhamento em aleitamento materno. **Rev. Esc. Enf. USP**, [S.l.], submetido para avaliação.

Resumos publicados em anais de congresso

SILVA, J.A; **VILLAS BOAS, A.S.C.**; WERNET, M.; RODRIGUES, E.C.; SILVA, K.E.P.O.; RUIZ, M.T. Motivações, intenção e aconselhamento em aleitamento materno. In.: II Seminário Internacional da RESM-LP - Evolução das políticas e práticas dos enfermeiras/os obstetras e parteiras nos sistemas de saúde de países de língua portuguesa, organizado pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2024.

VILLAS BOAS, A.S.C.; SILVA, J.A; RUIZ, M.T.; SILVEIRA, A.O.; WERNET, M. Relação pessoa a pessoa e esperança no aconselhamento em aleitamento materno. In.: **Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal**, a ser realizado de 07 a 10 de outubro de 2025, em Salvador - BA. [S.l.: s.n.], no prelo.