



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Michelle Araújo Moreira

**AMAMENTAR COM FISSURAS MAMÁRIAS:
SIGNIFICADO PARA PRIMÍPARAS**

**Salvador
2006**

Michelle Araújo Moreira

**AMAMENTAR COM FISSURAS MAMÁRIAS:
SIGNIFICADO PARA PRIMÍPARAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestra, área de concentração: Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Regina Lúcia Mendonça Lopes

**Salvador
2006**

Ficha Catalográfica

M838

Moreira, Michelle Araújo

Amamentar com fissuras mamárias: significado para primíparas.
Salvador: EEUFBA, 2006.

119f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) EEUFBA, 2006.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Regina Lúcia Mendonça Lopes

1. Amamentação 2. Amamentação – Fissuras 3. Primíparas
I. Título

CDU: 613.287.8

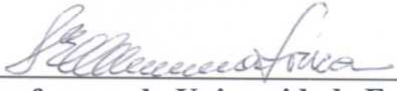
Michelle Araújo Moreira

**AMAMENTAR COM FISSURAS MAMÁRIAS:
SIGNIFICADO PARA PRIMÍPARAS**

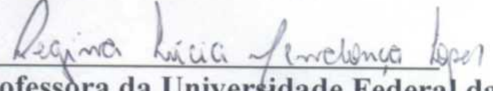
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestra, área de concentração: Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher.

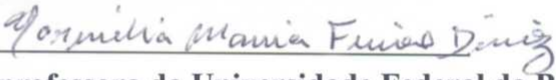
Aprovada em 17 de agosto de 2006.

BANCA EXAMINADORA

Ivis Emília de Oliveira Souza 
Doutora em Enfermagem e professora da Universidade Federal do Rio de Janeiro

Mariza Silva de Almeida 
Doutora em Enfermagem e professora da Universidade Federal da Bahia

Regina Lúcia Mendonça Lopes 
Doutora em Enfermagem e professora da Universidade Federal da Bahia

Normélia Maria Freire Diniz 
Doutora em Enfermagem e professora da Universidade Federal da Bahia

DEDICATÓRIA

A vocês que me tornaram um ser existencial de possibilidades...

A minha mãe, **Alides**, que me ensinou o caminho do amor, da ética, da verdade, da sinceridade, da persistência, da vivacidade, da felicidade e que me possibilitou o existir, trilhando o caminhar de sendo-com-os outros.

Ao meu pai, **Jorge** (in memoriam) que me brindou com uma educação de qualidade e que, no seu existir, demonstrou o amor pelo viver, pelo experimentar, pela liberdade.

Aos meus avós, **Alaíde e Odilon**, que juntos há quatro gerações, me presentearam com o exemplo da doação fraterna, da honestidade, da simplicidade e da confiança naqueles que apenas o são.

A minha sogra, **Dulce**, pelo carinho manifestado por mim, pelo transbordar de uma alegria que contagia e pelo zelo com que assumiu o cuidado pelo meu lar, minha morada, meu lugar sagrado.

Ao meu esposo, **Caio**, meu amigo, meu amor, meu companheiro, meu maior incentivador, que me possibilitou adentrar no mundo histórico e filosófico quando eu ainda não o via como possibilidade de mudança, que me ensinou a lutar politicamente quando já não via tanta esperança e, acima de tudo, por construir o ser-mulher-mãe na minha completude, no meu possível.

Ao meu filho, **Pedro**, minha vida, meu acalento, meu amor incondicional. Você me possibilitou o amor que jamais se apaga, que jamais adormece. Com você, eu despertei a esperança, a fé, o amor, a fraternidade, a alegria, a humildade, a razão de continuar existindo e lutando.

Eu amarei cada um de vocês, independentemente da temporalidade e da finitude.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela presença sentida em toda a minha trajetória, pela proteção segura durante todas as minhas viagens, pelo zelo de um pai supremo.

À minha família, pela torcida, pelas orações, pela certeza da vitória, pelo amor seguro e, principalmente, pelo orgulho sentido por mim.

À Profª Drª Regina Lúcia Mendonça Lopes, pela condução segura neste trabalho, pelo exemplo de competência com responsabilidade, pelos momentos de cumplicidade e ternura, pelo reconhecimento da relevância desta obra para o ser-mulher-primípara, pelo evoluir desta amizade que ultrapassou o mundo acadêmico. A nossa relação integra os modos de ser de cada uma, na cotidianidade, atrelando nossas vivências tão únicas e tão valorativas, na direção do ser - com, baseado na solicitude positiva.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior - CAPES, pela concessão da bolsa, o que muito contribuiu para a construção deste trabalho.

À Drª Ivis Emília de Oliveira Souza, pela generosidade nas suas contribuições, que enriqueceram esta obra, por se fazer presente mesmo na distância física, pelo respeito demonstrado a mim, pela certeza na simplicidade.

À Drª Mariza Silva Almeida, pelo respeito, pelos conselhos recheados de sabedoria, pela amizade, pela capacidade da mão sempre posta a ajudar, pelas contribuições que engrandeceram este estudo.

À Drª Miriam Santos Paiva, pela disponibilidade sempre presente, pelos momentos de aprendizado profissional e pessoal, pelo carinho sempre terno em minha direção.

À Drª Enilda Rosendo do Nascimento, pela luz que irradia para todos que estão a sua volta, pelo apoio, pela solicitude durante esta trajetória.

À Drª Normélia Maria Freire Diniz, por contribuir com as técnicas do Psicodrama, para o florescer de um novo ser-com, valorativo de suas vivências singulares.

À Coordenação da Pós-Graduação e a todos os demais professores que contribuíram para o meu amadurecimento intelectual e meu des-construir como ser-no-mundo.

A Edivaldina de Sales Borges, secretária aposentada da pós-graduação, pelo carinho, pelas risadas fraternas, pela disponibilidade em ajudar.

A Ana Cláudia Duran e Alzira Dias, secretárias em atividade da pós-graduação, pela confraternização de momentos bons, pelo apoio e estímulo sereno durante todo o curso.

À amiga Bárbara Angélica Gomez Perez, carinhosamente Binha, pela certeza desta amizade, pelo apoio em seu lar durante os últimos meses desta trajetória, pelos choros e sorrisos compartilhados, pela cumplicidade presente desde o primeiro momento deste curso, pelas orações emanadas reciprocamente, pela extensão desta amizade para os nossos familiares, por acreditar na importância desta obra.

À amiga Lucineide Santos Silva, simplesmente Lu, pela amizade verdadeira, pelo desprendimento, pela cumplicidade presente em toda esta jornada, por respeitar minha singularidade, por acreditar no meu potencial, pela solicitude demonstrada a mim e aos meus durante este período, por dividirmos juntas este sonho que agora se torna real.

À amiga Ednir Souza Assis, a mesma Ni, pela amizade sincera, honesta, pelo apoio, por acreditar sempre na minha capacidade intelectual, pela ajuda durante esta trajetória, por compartilharmos momentos difíceis e bons, pelos conselhos recíprocos, adocicados com sabedoria, pela certeza das nossas vitórias.

Ao amigo Renato, pelo apoio em seu lar nos últimos meses desta jornada, pelas noites agradáveis com histórias e risadas compartilhadas, pela concessão de momentos tão seus para me apoiar, pela tranquilidade transmitida a mim, por esta nova amizade.

À Faculdade de Tecnologia e Ciências em Salvador, pela oportunidade e pelo apoio.

À Profª Drª Georgina Lomanto e à Profª Msc Mary Gomes, pelo incentivo, pela ajuda sempre precisa, pelo carinho.

À Profª MSc Mari Saho, pelo carinho, pela humildade, pelas concessões, pela amizade, pelo exemplo de ser-com-os outros.

Ao amigo-irmão Agno José Benício de Almeida Cajueiro, pela amizade verdadeira durante todos estes anos, pelo respeito a mim como ser-no-mundo, pela cumplicidade de todos os momentos, por acreditar no meu potencial durante toda a nossa formação, pela torcida, por vivenciar esta minha realidade com tamanha felicidade. Se existe alma gêmea em amizade, a minha é você.

À amiga Ana Cristina Silva Ramos, Tina, pelo incentivo, pela amizade e confiança.

A Fidélia de Jesus Souza, Anita, pelo cuidado dispensado a mim e ao meu filho durante estes dois anos, pela atenção, pelo carinho, confiança e zelo com nossa morada e família.

À amiga Jaqueline, pelas conversas fraternas e sinceras, pelas risadas, pela nova e boa amizade, pelo carinho e cuidado demonstrado a mim, por dividirmos o mesmo sonho em momentos diferentes.

A todas as colegas de Mestrado da Universidade Federal da Bahia, por compartilharmos de momentos de crescimento profissional, pessoal e pelas novas amizades formadas.

À colega Aldacy Gonçalves Ribeiro, por dividirmos, juntas, momentos de amizade, troca e apoio mútuo.

À prima Eduarda e família, pelo apoio em seu lar nos primeiros meses desta trajetória.

À amiga Karol, pela atenção, pela amizade, pelo apoio, pelas ligações nos momentos mais importantes, pela doçura.

Ao Instituto de Perinatologia da Bahia – IPERBA, pela liberação para a realização desta pesquisa, na pessoa da médica Eliana de Paula Santos.

A todos os funcionários do IPERBA, que contribuíram para a operacionalização deste estudo com tranquilidade.

À Faculdade Jorge Amado, especialmente a Débora Figueiredo e Carolina Pedroza, por acreditarem no meu trabalho, pelo apoio durante esta jornada e pelo florescer de uma nova amizade.

À Universidade Estadual de Santa Cruz, lugar de minha formação e do meu evoluir como ser-no-mundo. Esta “casa” me impulsionou na busca por mais este sucesso.

A todos os colegas da Universidade Estadual de Santa Cruz, pelo incentivo, por acreditarem que este sonho se tornaria uma realidade.

À amiga Aretuza, pela disponibilidade em ajudar, pelo apoio durante esta caminhada, pelo estímulo em todos os momentos, pela cumplicidade.

À Profª Msc Maria Aparecida Santa Fé Borges, ontem professora, hoje colega, pelo exemplo de seriedade, respeito, ética e sabedoria. Obrigada pela sua amizade e torcida pelo meu sucesso!

À Profª MSc Soraia Santiago, pelo incentivo, fé e amizade. Obrigada por confiar na minha capacidade profissional e me impulsionar rumo à docência.

Ao Grupo de Estudos em Saúde da Mulher - GEM, pela acolhida, pelo despertar para a produção científica e para o re-constituir de uma sociedade mais igualitária.

Ao Grupo de Estudos e Pesquisa sobre o Cuidar e o Exercício da Enfermagem nas Organizações e Serviços de Saúde - GECEOS, pela possibilidade de novas experiências, pelas trocas.

A todos os pesquisadores que gentilmente cederam seus trabalhos para aprofundamento desta obra, especialmente ao Profº Drº Antônio Augusto Moura da Silva e à Profª MSc Eremita Val Rafael .

A todos os anjos, pessoas da comunidade, que contribuíram para a chegada segura no domicílio destas entrevistadas.

Às entrevistadas deste estudo, muito obrigada, pela troca de vivências únicas com tamanha sabedoria, simplicidade, acolhimento, por permitirem momentos singulares adocicados por lágrimas, silêncio, tristeza e felicidade.

A todos vocês, eu ofereço...

Sem esforço de nossa parte, jamais atingiremos o alto da montanha. Não desanime no meio da estrada: siga á frente, porque os horizontes se tornarão amplos e maravilhosos à medida que for subindo. Mas não se iluda, pois só atingirá o cimo da montanha se estiver decidido a enfrentar o esforço da caminhada.

(Autor desconhecido)

Todo questionamento é uma procura. Toda procura retira do procurado sua direção prévia. Questionar é procurar cientemente o ente naquilo que ele é e como ele é. A procura ciente pode transformar-se em “investigação” se o que se questiona for determinado de maneira libertadora (HEIDEGGER, 2005a, p.30).

RESUMO

A amamentação é um processo complexo que incorpora valores sociais, culturais, econômicos e políticos, mas se faz necessário considerar o ser-mulher-primípara como ser decisório, valorizando sua vivência. Os programas de Incentivo à Amamentação, no Brasil, enfatizam aspectos biologicistas, apesar das novas estratégias criadas, a exemplo do aconselhamento em amamentação, favorecendo a assistência humanizada, valorizando a mulher como núcleo do processo e, portanto, capaz de optar pela permanência ou substituição da amamentação, na vivência das fissuras. Minha experiência profissional, atrelada à vivência pessoal e singular, no processo do amamentar com fissuras, deu origem a este estudo fenomenológico, momento em que defini como objeto o significado da amamentação para primíparas que vivenciaram fissuras mamárias e que amamentaram, tendo como objetivo compreender o significado que primíparas atribuem à manutenção da amamentação, tendo vivenciado fissuras mamárias. O referencial teórico-filosófico teve como pilar as idéias do filósofo Martin Heidegger, expressas na obra *Ser e Tempo*. A entrevista fenomenológica, ocorrida em janeiro de 2006, foi realizada no domicílio de oito primíparas, que vivenciaram fissuras e que amamentaram. As questões norteadoras foram as seguintes: Como foi para você amamentar, tendo fissuras mamárias? Como você se sentiu amamentando nessa situação? À luz dos conceitos heideggerianos, caminhei para a interpretação compreensiva, momento em que percebi que o significado da amamentação, atribuído pelas primíparas, na vivência das fissuras mamárias, baseado no modo existencial de ser-com, foi desvelado pelos modos de ser da pre-sença, do ser-aí. Assim sendo, surgiram: a facticidade, a ocupação, a transcendência, a de-cadência, o temor, o cuidado, a existência inautêntica, a fuga, a angústia, o falatório, a curiosidade, a ambigüidade, a solicitude e a temporalidade. Percebi a tristeza diante do aparecimento da fissura, demonstrando impotência por parte da mulher em resolver tal patologia, a felicidade pela continuidade na prática do amamentar, apesar da vivência de dor, desconforto, perpetuando o mito do amor materno, a manutenção da amamentação em benefício da (o) filha (o), o apoio ambíguo por parte da família, cônjuge, outras nutrízes e equipe multidisciplinar, o desejo velado pela suspensão de amamentar, decorrente da pressão social, o valor nutricional do leite materno e, conseqüentemente, o adequado desenvolvimento nutricional da (o) filha (o), atuando como compensadores pela manutenção da amamentação, a tentativa de suspensão justificada pela ausência de leite materno e/ ou rejeição do seio pela criança, o desconhecimento dos cuidados com a mama, posição e pega corretas no momento do amamentar. O estudo contribuirá para que familiares e profissionais assistam o ser-mulher-primípara na vivência das fissuras, compreendendo-a como ser único, refletindo sobre as ações executadas, entendendo a mulher no seu possível. O processo do amamentar com fissuras mamárias, vivenciado pelo ser-primípara, constitui-se numa prática que envolve um componente biológico e que ultrapassa as dimensões do físico, em busca do significado atribuído pelo seu ser, baseado no modo existencial do cotidiano.

Palavras-chaves: Amamentação, Fissuras mamárias, Primíparas, Fenomenologia.

ABSTRACT

Breastfeeding is a complex process that became incorporated with social, cultural, economical and politics values, but it's necessary to considerate that the woman being that has its first childbirth as a decisory being, valorizing the experience. Breastfeeding incentive programs, in Brazil, detach biologic aspects, in spite of the new strategy, in the models of breastfeeding advising, supporting humanized assistance, valorizing woman as process nucleus and, so, able to opt by breastfeeding permanence or substitution, cracks endure. My professional experience, together to my personal and individual endure, in the breastfeeding process with cracks, originate this amazing study, in this moment I defined breastfeeding significance for those first childbirth which pass by mammary cracks and that breastfed as object, having as objective to understand the sense of the contribution of primipary attribute to breastfeeding maintenance, had experimented mammary cracks. The Theo-philosophic referential has as support the philosopher Martin Heidegger's ideas, expressed in the opus *Ser e Tempo*. The phenomological interview, in January 2006, was realized in the homes of eight primipary, which experimented cracks and breastfed. The guide questions were the following: How was it for you to breastfed with mammary cracks? How did you feel in the situation? Following the Heidegger conceits, I come to an comprehensive interpretation, moment in which I perceive that the breastfeeding significance, attributed by primipary, in the experiment of mammary cracks, supported on ser-con existential mode, was emphasized by presence being modes, from ser-aí. So, emerged: facticity, occupation, transcendence, decadency, fear, care, unauthentic existence, flight, anguish, gossip, curiosity, ambiguity, solicitude and temporality. I perceive sadness on front of the crack emersion, showing impotence from the woman on to solve this pathology, happiness by the continuity on breast-feed practice, in spite of the pain experiment, discomfort, perpetuating maternal love myth, breast-feed maintenance on labour of the descendants, ambiguous support of family, partner, other person and multidisciplinary staff, hidden desire by suspending breast-feed, elapsing from social pressure, maternal milk nutritional value and, subsequently, the descendants adequate nutritional development acting as compensators by breast-feed maintenance, the trying of suspension justified by maternal milk absence and/or rejection of the breast by the child, to ignore breast cares, position and way corrects to support breast on breastfeeding. The research will contribute to the relative and professional watch the primipary woman being in the experiment of cracks, understanding her as unique being, reflecting about actions made, understanding woman as it possible. Breastfeeding process with mammary cracks, lived by one's first childbirth, is a practice which involves a biological compose and trespass the physical bordering, searching for a significance related its being, based in the existential quotidian mode

Keywords: Breastfeeding, Mammary Cracks, Primipary, Phenomenology.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 INTERCORRÊNCIAS MAMÁRIAS E SUAS IMPLICAÇÕES NO COTIDIANO DE MULHERES QUE AMAMENTAM	21
3 AMAMENTAÇÃO E SEUS MÚLTIPLOS SIGNIFICADOS	28
4 POLÍTICAS PÚBLICAS DE PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E APOIO À AMAMENTAÇÃO NO BRASIL – TRANSITANDO PELO SÉCULO XX	36
5 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-FILOSÓFICA	50
A fenomenologia	50
A Ontologia Existencial de Martin Heidegger	53
A aderência do Método em Heidegger ao objeto de estudo	55
6 TRAJETÓRIA DO ESTUDO	58
A vivência da ambientação e a descrição do locus do estudo	58
Aproximação ao ser-mulher-primípara	60
7 INTERPRETAÇÃO COMPREENSIVA	64
A compreensão vaga e mediana	64
A hermenêutica heideggeriana	75
CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
REFERÊNCIAS	94
APÊNDICE A - Termo de Consentimento	102
APÊNDICE B – Depoimentos	103
ANEXO A - Ofício de encaminhamento para o comitê de ética em pesquisa	115
ANEXO B – Ofício de solicitação de liberação institucional para coleta dos dados	116
ANEXO C – Ofício de aprovação do projeto pelo comitê de ética em pesquisa	117
ANEXO D – Ofício de aprovação institucional para coleta dos dados	119

1 INTRODUÇÃO

A enfermeira, no exercício da prática profissional, deve estar desperta para tais questões. Isso significa apreender que a amamentação ultrapassa a condição biológica de nutriz. Nesse sentido, uma das tarefas mais desafiadoras é fazer com que a enfermeira e demais profissionais da saúde sejam sensibilizados para as questões de gênero, entendendo que a prática da amamentação só será efetiva, se estiver em harmonia com as condições concretas de existência da mulher (NAKANO; MAMEDE, 2000).

A amamentação, temática de meu interesse, tem sido abordada desde os primórdios da civilização sob diferentes enfoques, com destaque para o papel biológico no qual a mulher é visualizada como mãe, portanto, socialmente, sendo esperado o cumprimento de mais um ritual de amor e dedicação para com sua(eu) filha(o).

Vários estudos sustentam os benefícios da amamentação, tanto no que se refere à criança como à família, à mulher e à sociedade. No entanto, é necessário considerar a amamentação como um processo complexo que ultrapassa o aspecto biológico e incorpora valores sociais, culturais, econômicos, políticos, sobressaindo à importância de cada mulher como ser - no - mundo que, atribui significados às experiências e vivências de seu cotidiano (SILVA, 1990; REZENDE et al, 2002).

Os Programas de Incentivo à Amamentação, no Brasil, enfatizam os aspectos técnicos e assistenciais como forma de promover e apoiar o aleitamento materno no binômio mãe-filha(o), sem, contudo, considerar a mulher como núcleo do processo e, portanto, com direitos a decidir pela permanência ou suspensão da amamentação (SILVA, 2000b, p.246).

Segundo Alves (2003), a amamentação envolve fatores fisiológicos, sociais, ambientais, dentre outros, além do significado que lhe foi sendo atribuído ao longo dessa prática, imbricada por comportamentos apreendidos pelas mulheres.

Dentro dessa perspectiva, a Organização Mundial de Saúde - OMS considera aleitamento materno como o processo no qual o lactente recebe leite materno independentemente de consumir outros alimentos e aleitamento materno exclusivo aquele em que o bebê recebe leite de sua mãe diretamente no peito ou ordenhado, ou ainda leite de banco de leite, sem receber nenhum outro líquido ou sólido, exceto vitaminas, minerais ou medicamentos (BRASIL, 2003a).

Nesse sentido, Luft (2004, p.58) afirma que amamentar significa [...] “Dar de mamar, aleitar”. Essa conceituação nos remete ao caráter fisiológico, entendendo que o paradigma da amamentação, como componente da natureza feminina e instintiva, é

tônica nos discursos das(os) profissionais de saúde na orientação às gestantes, puérperas, como também nos depoimentos das nutrízes, demonstrando, nas suas falas, valores cultuados socialmente, arraigando o perfil idealizado de mãe.

O acompanhamento no pré-natal, muitas vezes, corresponde ao primeiro momento em que as mulheres se percebem como mães, sendo este vivenciado de forma única a cada filha(o) e, particularmente, nesse período, as(os) profissionais utilizam-se do discurso higienista para que a amamentação seja consolidada como prática inerente à condição de mulher, independentemente de sua condição física, social, cultural e política.

Silva (1990) aponta que a amamentação é um comportamento mutável no tempo e no espaço e que é significado de forma diferenciada entre os povos por seu componente cultural. Para analisarmos com fidedignidade esse caráter mutável, faremos uma breve recuperação analítica, a partir do século XVI até os dias atuais.

Nos séculos XVI e XVII, a amamentação era difundida como prática repugnante entre as mulheres da nobreza e burguesia, pois estas acreditavam que o aleitamento extrairia dos seus corpos o sulco precioso da beleza, além de que era veiculado que o esperma azedava o leite materno, fazendo com que os parceiros procurassem relações extraconjugais, na tentativa de preservar o desenvolvimento da criança (BADINTER, 1985).

Essa autora afirma ainda que, no século XVIII, a utilização de amas mercenárias torna-se uma prática corriqueira, uma vez que mulheres burguesas mandavam seus filhos para as camponesas, a fim de que estas por serem consideradas economicamente inferiores pudessem aleitar as crianças que lhes eram confiadas. Com isso, as aristocratas utilizavam o sistema de amas de leite, para que mulheres de classe inferior aleitassem seus filhos em troca de benefícios. As crianças, nesse período, eram consideradas estorvos e a amamentação denotava um caráter animalesco e primitivo, sendo considerado deselegante para as nobres.

Devido ao aumento da mortalidade infantil, resultado das péssimas condições de saúde, alimentação e moradia das amas de leite, e como necessidade de perpetuar um exército de reserva que garantisse mão de obra barata para acumulação de capital no país, a Igreja passa a estimular a amamentação como sacerdócio, vocação e devoção das mães para com seus filhos (BADINTER, 1985).

Nesse período, médicos, humanistas e moralistas condenavam o uso das amas-de-leite e denotavam ao ato de amamentar um caráter maternal, ou seja, apenas as mães

biológicas o deveriam fazer, devido às condições inadequadas de higiene e nutrição em que viviam as amas de leite (ABUCHAIM, 2005).

Rafael (2002) salienta que a simbologia da amamentação transformava o ato do amamentar em dever de mãe e aquela que assim não o fizesse era estigmatizada como má, bruxa e maldita, pois todo o cuidado de mãe deveria ser voltado para a(o) filha(o).

Nos séculos XIX e XX, devido à industrialização, a amamentação ganha novo status social com valorização da criança; incremento de leites artificiais e aumento considerável na inserção das mulheres no mercado de trabalho, o que ocasiona a diminuição do aleitamento materno exclusivo (BADINTER, 1985; SILVA, 1996).

Com a adoção da mamadeira, as mulheres que mantinham a amamentação eram vistas como retrógradas, conseqüentemente, o seio passou a ser apenas objeto de cobiça e desejo masculino, ocasionando ciúmes por parte do homem que não entendia o seu valor funcional (ABUCHAIM, 2005).

Silva (1990) pontua que a amamentação surge na tentativa de frear o avanço da mulher no espaço público, ocupando-a dos cuidados com a prole e, dessa maneira, impedindo-a de participar do mundo masculino, ou seja, das discussões políticas e da definição dos rumos sociais.

Assim, a maternidade continua a ser entendida como dever da mãe na capacidade de gerar, parir e amamentar, além da compreensão de que as mulheres eram seres frágeis, dóceis, reafirmando o amor extremado aos filhos como instinto feminino (NAKANO, 2003).

Percebe-se que a mulher, no processo da amamentação, convive com mistos de sentimentos e valores, como prazer, fardo, desejo, dever, risco, benefício tanto com relação a si mesma quanto ao filho (SILVA, 2000a).

Acrescido a esses fatores, observei que profissionais de saúde e nutrízes encontram-se despreparados para lidar com situações desfavoráveis no processo da amamentação, como exemplo, as fissuras mamárias.

Ademais, as(os) profissionais de saúde, durante a formação, são compelidas (os) a abordar a amamentação, preferencialmente, do ponto de vista biológico, enfocando os aspectos técnicos baseados nos manuais e programas verticalizados pelo Ministério da Saúde. A linguagem utilizada, na maioria das vezes, versa sobre os benefícios da amamentação para a criança, mãe, família e sociedade, fazendo com que as nutrízes acreditem que a prática da amamentação se dará de forma natural, sem intercorrências e que dependerá, exclusivamente, do desejo de amamentar. Os

resquícios da formação dessas(es) profissionais de saúde que se encontram baseados no aspecto fisiológico, se refletirão na assistência prestada a essas mulheres, seja no pré-natal, parto e puerpério.

Gusman (2005) salienta que as nutrizes, ao procurarem um serviço de saúde, recebem informações distorcidas e atitudes incoerentes da equipe multidisciplinar, no que diz respeito à amamentação. Portanto, na assistência às primíparas que vivenciaram fissuras mamárias, é fundamental considerar as características fisiológicas e/ou clínicas do processo, como também incorporar a escuta, ou seja, o ouvir atentamente, buscando captar os significados expressos por essas mulheres.

No que se refere às mulheres, percebo que as informações utilizadas pelas(os) profissionais não garantem a continuidade da amamentação. Faz-se necessário visualizar que o processo da amamentação é complexo e envolve, além dos aspectos fisiológicos, sociais, políticos, ideológicos, a valorização da subjetividade das mulheres de forma particular.

Dessa forma, as fissuras mamárias, dentre todas as intercorrências mamárias, constituem a de maior incidência e caracterizam-se por lesões tipo fendas nos mamilos, no período da lactação puerperal, ultrapassando as dimensões do físico e interferindo nos significados atribuídos à amamentação pelas mulheres que o vivenciam (SILVA, 1998; GIUGLIANI, 2004).

No estudo de SALES et al. (2000) sobre fatores predisponentes para mastite puerperal, detectou-se que 47% dos casos eram característicos de fissuras mamárias e que acometiam, preferencialmente, em primíparas, com idade entre 20 e 29 anos.

Embora convivendo com a espoliação do corpo, algumas mulheres continuam amamentando para não romper com o perfil imaginário da mãe perfeita, que deve ser amorosa, doar-se por completo e manifestar felicidade, mesmo na presença de dor física e psicológica. Outras, porém, acreditam que manter a amamentação, vivenciando fissuras mamárias, corresponderia a modificações na relação entre o binômio, família e situação conjugal devido ao desprazer em amamentar, associado à dor e perda da sexualidade, gerada por lesões visíveis na mama (MOREIRA; NAKANO, 2002).

Nesse momento, é fundamental valorizar o significado que a mulher atribui a essa experiência e direcionar as ações em saúde da mulher no tocante à amamentação, atrelando os fatores biológicos com a intersubjetividade daquela que o vivenciou.

O êxito na amamentação dependerá de como a mulher se sente no processo. Portanto, ela deve ser respeitada e valorizada como ser existencial que vivencia uma

alteração na prática da amamentação, mas que atribuirá sentido de acordo com seu sentir e perceber no mundo (ARANTES, 1995).

Dessa forma, na minha vivência como enfermeira sanitária há dois anos e graduada há quatro anos, tive a oportunidade de atender e assistir mulheres nos programas de Pré-Natal e Puericultura, quando acabei despertando para as questões da amamentação numa ótica diferente da transmitida no ensino da graduação em enfermagem no ano de 1997.

No decorrer dos quatro anos de vida acadêmica como aluna regular no curso de enfermagem numa instituição pública estadual, especificamente na disciplina de Enfermagem Obstétrica, o enfoque da amamentação era visivelmente de caráter biológico, e as(os) discentes o percebiam como algo instintivo e de sacerdócio a ser cumprido pelas mães. Posteriormente à conclusão do curso, dediquei-me, durante dois anos, exclusivamente à assistência hospitalar em unidades de clínica cirúrgica e clínica médica na perspectiva curativista sem, contudo, exercer ações voltadas diretamente para a saúde da mulher.

Logo depois, surgiu o convite para atuar em programas públicos em saúde, especificamente, em subprogramas de assistência, como pré-natal, detecção e controle do câncer cérvico-uterino e de mama, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, quando percebi que a amamentação não se consolidava apenas do ponto de vista biológico, mas consistia numa prática social, na qual seria fundamental considerar as vivências da mulher de acordo com os seus valores sociais, culturais, ideológicos, políticos e que o fenômeno da amamentação sofria modificações ao longo do tempo.

Sendo assim, comecei a perceber que os valores levantados na formação acadêmica em relação à amamentação, segundo os quais, a mulher deveria amamentar acima de qualquer problema, não correspondiam à realidade por mim observada. Acrescido a essas experiências, optei por iniciar carreira no ensino superior e realizei seleção pública para a mesma universidade de minha formação profissional onde obtive êxito, atuando nas disciplinas de Saúde Coletiva I, Gerenciamento de Enfermagem em Saúde Pública e Unidade Intermediária, quando se consolidou o interesse em estudar especialmente a saúde das mulheres, preferencialmente aquelas que eram atendidas no pré-natal com alguma intercorrência no processo da amamentação.

No cenário onde se desenvolviam as ações no pré-natal e na puericultura, existiam inúmeras situações que poderiam influenciar a amamentação e ocasionar o

desmame precoce. Então, me questioneei: diante de tantas situações que podem influenciar a amamentação, como posso garantir que, a partir das orientações recebidas, as mulheres continuarão amamentando?

Nesse cotidiano, visualizei que, especialmente no período puerperal, as mulheres, principalmente as primíparas adolescentes, procuravam-me com as intercorrências mamárias, sendo que a maioria o fazia por traumas mamilares, especificamente fissuras e rachaduras, apesar do acompanhamento ter sido realizado com empenho pelas (os) profissionais e seguido o protocolo ministerial. Nesses momentos, detectei que o grupo de enfermeiras da unidade não estava preparado para assistir essas mulheres no puérperio nem tampouco com as intercorrências mamárias instaladas. Assim, essas mulheres peregrinavam por outros especialistas sem, contudo, obter êxito, pois todos consideravam problemas normais na prática da amamentação.

O que me despertou foi o descaso, por parte de alguns profissionais, em ouvir a mulher, desvalorizando suas reais necessidades e, principalmente, os sentimentos que envolviam uma prática que ultrapassa o visível e que está entremeada por aspectos da subjetividade de cada mulher. Cada vez mais, faz-se necessário ouvir e compreender a mulher antes de qualquer ação assistencial, valorizando-a como pessoa, para que possamos possibilitar a continuidade da amamentação.

Em alguns desses atendimentos, captei, nas falas dessas mulheres, que a amamentação era significada de forma individualizada, como de sua inteira responsabilidade, carregado de valores impostos pela sociedade ao longo dos tempos. Essas experiências se traduziam no fenômeno da amamentação e este era visto de forma distinta pelas mulheres.

Algumas achavam que amamentar com intercorrências mamárias seria algo “normal” da natureza feminina e, para não romper com o perfil idealizado de mãe abnegada, a amamentação passava a ser vista como prática prazerosa, independentemente dos sentimentos e desejos maternos. Outras, porém, acreditavam que seria um sacrifício continuar o processo da amamentação, pois se sentiam exploradas como mulher, irritadas, chorosas e sofriam fisicamente e psicologicamente pela pressão social, familiar e dos profissionais de saúde.

O sofrimento físico caracterizava-se pelas lesões tipo fendas nos mamilos, com sangramento visível à palpação, expressão e dor exacerbada, e a angústia, a depressão, a culpa se traduziam em choro, pela pressão familiar e social que lhes era imposta, pois a

construção social da amamentação a caracteriza como prática instintiva, natural e o núcleo familiar o reproduz com fidedignidade, cobrando da mulher a sua manutenção.

Então, comecei novamente a me questionar: por que essas mulheres amamentam mesmo vivenciando intercorrências mamárias? Por que a maioria delas acredita na amamentação como fenômeno instintivo e puramente feminino?

Durante o período de dois anos, acompanhei puérperas no processo da amamentação e, seja na função de enfermeira supervisora do programa de agentes comunitários de saúde, seja como enfermeira assistencial do programa de pré-natal ou, posteriormente, como docente, observei o desenvolvimento de fissuras mamárias em grande parte da clientela. Em todas essas situações profissionais, percebi que, apesar do desenvolvimento das fissuras mamárias durante a amamentação, as primíparas subestimavam a dor e valorizavam o processo da amamentação mediante o que havia sido apreendido e vivenciado.

Paralelo a esses eventos, eu vivenciei a gestação do meu primeiro filho, **Pedro**, em que realizei todo o acompanhamento de pré-natal e, após o parto cesariano, comecei a desenvolver as intercorrências mamárias. No pré-natal, todas as expectativas estavam relacionadas aos benefícios da amamentação para meu filho e, particularmente, acreditava que a amamentação seria um processo tranquilo, natural e efetivamente ocorreria sem intercorrências, devido às orientações recebidas a priori e que supunha suficientes para o sucesso dessa prática.

As orientações no pré-natal versavam, exclusivamente, sobre aspectos biológicos, ressaltando os benefícios para o binômio e, conseqüentemente, incentivando a manutenção da prática da amamentação. Recordo-me, que em nenhum momento, fui orientada sobre as possíveis intercorrências que poderiam surgir no processo da amamentação e, mesmo conhecendo-as em virtude da minha formação, acreditei que seria fácil manter a amamentação até o período preconizado pelo Ministério e que eu, muitas vezes, como profissional, reproduzia no cotidiano do trabalho.

Após o parto cesariano, ainda na sala cirúrgica, sedada e sem condições de me comunicar verbalmente, fui induzida a colocar o bebê para amamentar numa posição desconfortável, momento em que me senti violada na minha liberdade de escolha. Nesse mesmo dia, apresentei, no período noturno, os primeiros sinais e sintomas de fissuras mamilares.

Aliado à espoliação do corpo no período puerperal imediato, eu carregava o “paradigma” de que, como mãe e enfermeira, deveria realizar a amamentação exclusiva,

acima do sofrimento que me era peculiar. Concordo com Rezende (2000) quando esta afirma que mães enfermeiras, vivenciando sua primeira maternidade, experimentam sentimentos angustiantes, pois cobram elevados padrões de desempenho no processo do amamentar.

Passados três dias tentando cumprir um ritual de mãe e de profissional que a família e a sociedade me impunham, percebi que não tinha mais condições físicas nem psicológicas de manter a amamentação e decidi introduzir a alimentação artificial contra todos os argumentos médicos e familiares.

Os médicos insistiam que a amamentação era um processo da natureza de toda mulher e que eu deveria continuar tentando, apesar das dores exarcebadas, ou seja, a responsabilidade com o desenvolvimento da criança recaia sobre mim, ocasionando culpa e frustração. A família, por sua vez, corroborava com o pensamento médico, aumentando a minha desmotivação em amamentar por me sentir oprimida. Com esta experiência pessoal, desenvolvi novas percepções sobre o fenômeno da amamentação à luz das intercorrências mamárias.

Dessa forma, o interesse pela temática decorreu da minha vivência e experiência profissional no atendimento diário a mulheres com essas intercorrências, o que fez com que eu definisse que a concepção sobre o fenômeno amamentação está imbricada com as vivências e/ou experiências de “cada sujeito”. A mulher deve ser percebida como protagonista no processo da amamentação, cabendo à mesma decidir pela continuidade ou substituição dessa prática com base nos valores, desejos e significados cultuados na própria constituição do ser-mulher. Nesse contexto, defini como questão norteadora: **Qual o significado que primíparas atribuem à amamentação tendo vivenciado fissuras mamárias?** Sendo assim, tive como objeto deste estudo **o significado da amamentação para primíparas que vivenciaram fissuras mamárias e que amamentaram** e como objetivo geral **compreender o significado que primíparas atribuem à manutenção da amamentação, tendo vivenciado fissuras mamárias.**

2 INTERCORRÊNCIAS MAMÁRIAS E SUAS IMPLICAÇÕES NO COTIDIANO DE MULHERES QUE AMAMENTAM

As intercorrências mamárias constituem uma das principais causas de desmame precoce, por caracterizarem-se como alterações na(s) mama(s) da nutriz, que ocorrem no período puerperal. Na maioria dos estudos, essas alterações são observadas do ponto de vista biológico e das possíveis implicações para a alimentação da criança.

Nesse sentido, Nakano (2003) salienta que é dada pouca importância às mães, quando estas vivenciam situações de espoliação do corpo, como as fissuras mamárias, que ocasionam dor e que impedem a amamentação, rompendo com o significado social dessa prática, em que a mulher deve estar preocupada com as vantagens do leite materno para o filho e não apenas restrita ao seu benefício próprio.

Segundo Nakano e Mamede (1999) a dor, muitas das vezes, apresentada no processo da amamentação, é percebida como função normal desta prática, ou seja, a mulher continua amamentando com desconforto para não romper com o perfil imaginário da mãe perfeita, feliz e devotada para com seu filho, que foi sendo cultuado histórica e socialmente. Ela teme a opressão social, em virtude da suspensão da amamentação, ocasionada pelo quadro de dor.

Outro fator de extrema relevância se refere ao fato das mulheres, por considerarem a amamentação um processo natural, não conseguirem identificar as intercorrências mamárias como alterações que podem dificultar ou impedir a amamentação, banalizando os seus sintomas e convivendo com mistos de sentimentos, como desprazer, incômodo e satisfação.

A responsabilidade imputada à mãe pela sociedade e pela família no processo da amamentação faz com que os casos de intercorrências mamárias, em que a mãe não consegue aleitar, ocasionem sentimentos de culpa e frustração de forma bastante contundente (PRIMO; CAETANO, 1999).

Abuchaim (2005) salienta que essa opressão advém, em parte, da educação religiosa que as mulheres receberam, fazendo-as incorrer na função puramente maternal, em detrimento dos seus desejos e suas vontades. Percebe-se que algumas mulheres tentam libertar-se da repressão no processo da amamentação, na vivência das intercorrências mamárias, decidindo pela substituição do leite materno pelo leite artificial e, por vezes, são estigmatizadas como mães desnaturadas.

Segundo Valdés, Sánchez e Labbok (1996), as intercorrências são conhecidas como problemas maternos na amamentação e devem constituir-se como urgências que só serão sanadas mediante acompanhamento do binômio de forma eficiente pela equipe multidisciplinar e pela família.

Os programas promotores do aleitamento materno, assim como as cartilhas, os panfletos, as campanhas de estímulo à amamentação, mantêm a figura da mulher numa posição passiva no processo da amamentação, atuando como fonte alimentadora da criança. Isso se verifica na seguinte afirmativa de Murahovschi (1997, p.22) “... essa máquina de produzir leite necessita ser preparada, precisa ser bem manejada e conservada e, às vezes, como toda máquina, exige alguns pequenos reparos”.

Notadamente, percebo que, por trás desse discurso apelativo, o que se apresenta é a preocupação com a manutenção da amamentação e não como a mulher, que se sente, nessa prática, convivendo com alterações que ultrapassam o físico e se configuram no subjetivo de cada uma.

No entanto, faz-se necessário enfocar a influência dos aspectos subjetivos de cada mulher na prática da amamentação e como estes interferem na continuidade ou substituição da amamentação exclusiva, quando as mesmas vivenciam essas alterações. Souza (1993) salienta que devemos considerar a participação das mulheres na amamentação e isto se dará de acordo com seu modo de estar-no-mundo.

Conforme o estudo de Ramos e Almeida (2003a), as intercorrências mamárias correspondem ao segundo fator interventor na amamentação, corroborando com Pereira et al. (2000), e o que nos chama atenção é o fato de que a maioria dessas lesões é evitável, principalmente se forem utilizadas medidas de prevenção no pré-natal, parto e puerpério.

As ações desenvolvidas nos serviços de saúde reproduzem o modelo higienista, segundo o qual, era necessário que as mulheres amamentassem seus filhos acima de qualquer sofrimento, seja físico ou psicológico. Essa reflexão se perpetua em nossa sociedade, quando muitos dos profissionais de saúde, mesmo diante do sofrimento físico das intercorrências, utiliza o discurso de mãe abnegada, amorosa, para evocar o cumprimento do ritual de mãe perfeita.

Atitudes críticas, pouco confiantes, desencorajadoras, por parte da equipe e família, no período da amamentação, podem ocasionar sentimentos de inadequação da mulher frente à nova situação que se apresenta, resultando em opressão (MALDONADO, 1982).

Sales et al. (2000), em seu estudo sobre mastite puerperal, afirma que a intervenção precoce para evitar o desmame se dará a partir da constatação de problemas, como fissura mamilar, ingurgitamento mamário, dentre outros. As autoras detectaram que, das setenta mulheres atendidas em uma maternidade, 57% eram primíparas, 50% não receberam nenhuma orientação sobre aleitamento, 57% não tiveram suas mamas examinadas e 47% das intercorrências eram classificadas como fissuras mamilares.

Dessa forma, descrevo os tipos de intercorrências mamárias e suas implicações para a saúde da mulher, adentrando nas fissuras mamárias, devido a sua maior incidência em nutrízes, especialmente primíparas.

Rego (2001) e King (2001) classificam as alterações da mama, no período da lactação, como problemas mamários que acometem as mulheres precocemente ou tardiamente. Dentre as intercorrências mamárias, temos os traumas mamilares, grupo em que se encontram as fissuras mamárias.

De acordo com esses autores, as intercorrências mamárias classificam-se nos seguintes tipos: alterações mamilares, dutos lactíferos bloqueados, ingurgitamento mamário, mastite, abscessos mamários, galactocele, hipogalactia e fissuras mamárias.

As alterações mamilares podem interferir na amamentação a depender do tipo de mamilo. Existem quatro tipos de mamilos denominados de protuso ou normal¹; plano; comprido e invertido. Dentre eles, o mais propenso a desenvolver fissuras é o mamilo comprido, que a criança não consegue sugar adequadamente a aréola e o mamilo invertido que ocasiona má sucção, devido à dificuldade na protractilidade, desenvolvendo insegurança e desconforto materno (REGO, 2001).

Os ductos lactíferos bloqueados, por sua vez, decorrem do inadequado esvaziamento das mamas, amamentação infrequente, sucção ineficaz da criança e pressão local. Detecta-se pelo aparecimento de nódulos dolorosos, eritema, edema, dor e rubor, o que prejudica a relação mãe e filho e gera, nessas mulheres, conflitos intrínsecos, resultantes do impedimento de manterem uma amamentação de forma freqüente e eficaz (KING, 2001; REGO, 2001; GIUGLIANI, 2004).

Dentro dessa problemática, temos o ingurgitamento mamário que acomete as nutrízes, geralmente do 2º ao 10º dia pós-parto e seu quadro clínico é definido por congestão e vascularização aumentadas, edema secundário por obstrução da drenagem linfática. Os sintomas incluem dor exagerada, edema, febre e distensão tecidual nos

¹ Protuso também conhecido como protruso (VINHA, 1994).

Invertido também conhecido como umbilicado (VINHA, 1994).

casos mais graves. Podem-se apresentar localizados na porção areolar ou periférica. Na porção areolar, ocasionam impossibilidade de pega, dor intensa, não esvaziamento dos seios lactíferos e edema (REGO, 2001; GIUGLIANI, 2004).

O ingurgitamento mamário pode ser evitado pelo início precoce da amamentação, maior frequência das mamadas, manutenção das mamas firmes, utilização de medicamentos (CARVALHO; TAMEZ, 2002).

Por sua vez, a mastite, outro tipo de intercorrência mamária, é definida como processo inflamatório de um ou vários segmentos da mama, em que, na maioria dos casos, conforme Rego (2001), as fissuras constituiriam a principal porta de entrada. Acometem as mulheres na 2ª e 3ª semanas após o parto e seus sintomas incluem dor, ingurgitamento, eritema localizado, febre e mal-estar generalizado.

Os principais fatores da mastite são determinados pelo esvaziamento incompleto das mamas, desmame brusco, aumento de espaçamento entre as mamadas, retenção de leite e esgotamento físico e mental da mãe. Nesse sentido, fica evidente que devemos considerar a percepção, os sentimentos e os significados que as mulheres definem nessas vivências como elementos importantes no estudo do aleitamento materno (VÁLDES; SÁNCHEZ; LABBOK, 1996).

Com base em Giugliani (2004), abscessos mamários ocorrem em consequência de mastites tratadas inadequadamente ou que receberam tratamento demorado. Os sintomas limitam-se a dor intensa, febre, mal-estar e áreas de flutuação à palpação. Ocorre de 5 a 10% das mulheres que desenvolveram mastite e só ocorrerá à cura, mediante o esvaziamento das mamas, uso de medicamentos, repouso e, em alguns casos, drenagem cirúrgica.

Corroborando com Valdés, Sánches e Labbok (1996), é necessário acompanhar a mulher e a criança no processo da amamentação e acompanhar efetivamente, a vivência com intercorrências mamárias, já que estas trazem sérios prejuízos à amamentação, quando percebidas somente de forma clínica e curativa.

A galactocele, intercorrência rara, ocorre quase exclusivamente em nutrízes e se caracteriza por cistos de retenção de leite, devido à obstrução de dutos e sua presença não contra-indica a amamentação. Com o passar do tempo, o material do cisto torna-se oleoso, espesso, podendo ser removido por aspiração, mas com risco de reincidência (REGO, 2001; GIUGLIANI, 2004).

As hipogalactias referem-se à diminuição na produção de leite, podendo atingir a ausência total. É a causa mais freqüente de desmame precoce devido à correlação que

as mães fazem entre baixa produção de leite e leite fraco, introduzindo os leites artificiais. Após o uso dos leites artificiais, com diminuição das mamadas e do estímulo nos mamilos, ocorre a cessação da amamentação (CARVALHO; TAMEZ, 2002).

Os principais fatores geradores das hipogalactias são técnicas inadequadas na amamentação; uso de suplementação alimentar; uso de chupetas e protetores de mamilos; mamadas infrequentes, fadiga ou tensão materna e uso de drogas (CARVALHO; TAMEZ, 2002). As drogas prejudiciais à amamentação, segundo King (2001), são as anticancerígenas, antitireoidianas, substâncias radioativas, doses de ergotamina prolongada, estrógeno, diuréticos, tiazídicos, que podem diminuir a produção do leite materno.

Ademais, as fissuras mamárias se caracterizam por apresentar solução de continuidade nos mamilos e/ou aréola e estão relacionadas à técnica inadequada na amamentação, produzida pela pressão bucal da criança (VÁLDES; SÁNCHEZ; LABBOK, 1996). Consideram, ainda, de suma importância o atendimento precoce para evitar a possibilidade de mastite.

Segundo King (2001), a posição inadequada do lactente, ocasiona tração na região mamilar, resultando nas fissuras, com dor intensa, estresse para o binômio, dificultando a permanência da amamentação.

Giugliani (2004) relata que as intercorrências mamárias, a exemplo das fissuras, decorrem de posicionamento e pega inadequada, como também de mamilo protuso ou normal, plano, comprido e invertido; alterações orais da criança; sucção prolongada; uso de bombas; uso de cremes e óleos e uso de protetores para mamilos.

Os critérios para avaliação do posicionamento e pega inadequados, no processo do amamentar, versam sobre:

[...] cinco parâmetros indicativos de posicionamento inadequado da mãe/bebê: mãe com ombros tensos, não relaxada; bebê distante da mãe; cabeça e tronco do bebê não alinhados; queixo do bebê não tocando o seio; e bebê não apoiado firmemente, somente ombro e cabeça do bebê apoiados. Três parâmetros indicativos de pega inadequada: boca pouco aberta, lábio inferior não virado para fora; e pega não-assimétrica, com mais aréola visível abaixo da boca do bebê [...] (UNICEF, 1993 apud GIUGLIANI et al, 2005).

Em um estudo realizado no Estado de São Paulo, foram detectados que os piores resultados relacionados à amamentação se constituíam na posição corporal da mãe e do recém-nascido, correspondendo a 22% das duplas, 30% das mães

apresentavam algum tipo de lesão no mamilo, a exemplo das fissuras e escoriações e, 6% das crianças apresentavam problemas na pega, o que demonstra que o posicionamento e a pega inadequada contribuem para o quadro de fissuras, bem como para o desmame precoce (CARVALHAES; CORRÊA, 2003).

Rego (2001) salienta que o quadro clínico materno é composto por choro, dor, insegurança, determinando diminuição das mamadas e desmame precoce. Nesse momento, a equipe multidisciplinar deve estar preparada para assistir a essa mulher, não apenas no aspecto biológico, visando à cura, como também valorizando como a mulher se sente vivenciando fissuras e tendo que cumprir um ritual que lhe é imputado pela sociedade.

As fissuras são determinadas pelo nível de acometimento e, ao contrário das rachaduras que acometem a epiderme, as mesmas chegam a atingir a derme. Particularmente, incidem nos primeiros dias de puerpério e podem surgir após o quadro de ingurgitamento mamário.

No estudo de Dalmaso et al. (1998), realizado com 25 puérperas, nota-se que 31,7% das intercorrências são classificadas como fissuras mamárias. Nesse grupo, 64% não tinham experiência anterior com amamentação, o que nos convoca a analisar esses achados em primíparas e como estas significam a amamentação sob a perspectiva de uma intercorrência.

Nessa perspectiva, os estudos de Giugliani et al (2005) afirmam que as frequências do aleitamento materno exclusivo aos 7 e aos 30 dias, período que corresponde ao puerpério, foram de 81,5 e 55,9%, respectivamente, sendo que a incidência das fissuras mamilares atingiu 43,6%, o que nos preocupa quanto à baixa permanência em amamentar, associada a essa intercorrência de grande impacto para as mulheres.

Conforme Carvalho e Tamez (2002, p.108), existem mecanismos que gestantes podem executar a fim de evitar fissuras mamárias, como:

manter mamilos sempre secos, não usar cremes ou pomadas, nem sabonetes adstringentes antes ou após as mamadas; expor as mamas ao sol, ou foco de luz; após as mamadas, ordenhar algumas gotas de leite e passar nos mamilos, deixar secar; não lavar o complexo aréolo-papilar antes ou depois das mamadas, pois pode debilitar a pele quanto à sua integridade e resistência, retirando seus fatores de proteção; evitar o ingurgitamento mamário, incentivando mamadas frequentes e expressão manual ou por meio de bombas de sucção das mamas, quando necessário; introduzir o dedo na boca do recém-nascido quando houver necessidade de interromper a mamada.

Murahovschi et al. (1997), à semelhança de outros estudos, orientam as mães a não se ocuparem com fissuras e rachaduras, pois estas alterações além de não representarem perigo, logo passarão a depender das técnicas utilizadas. Portanto, cabe à mulher manter-se firme e paciente, visando o êxito da amamentação.

Entretanto, como manter-se firme diante de uma situação que afeta drasticamente o estabelecimento do vínculo afetivo entre mãe e filha(o), gerada pelo desconforto das lesões, bem como a continuidade da prática, já que orientações não garantem a continuidade do processo. É necessário avançar em busca do entendimento da mulher de forma subjetividade e individual.

Para Ramos e Almeida (2003a), a inexperiência contribui no aumento do desmame precoce, especialmente em primíparas que vivenciam fissuras, por se deparar com o inesperado, que, na maioria das vezes, não foi abordado nos serviços de saúde.

Percebo que a amamentação como prática natural permanece arraigada na sociedade até o presente momento, através dos meios de comunicação, da formação educacional, dos discursos profissionais, culminando em ações voltadas para o biológico, em detrimento de valores, sentimentos e significados que valorizam o subjetivo das mulheres.

Os estudos que abordam intercorrências mamárias, concentram-se em definir aspectos clínicos, diagnóstico e tratamento, mas efetivamente o que acontece com o sujeito que o vivencia não é contemplado.

Assim, pretendo somar ao saber biológico as vivências de mulheres no processo da amamentação, valorizando sua singularidade e seus múltiplos significados.

3 AMAMENTAÇÃO E SEUS MÚLTIPLOS SIGNIFICADOS

Não existe um padrão pré-determinado para a amamentação. A experiência vai se dar ao mesmo tempo em que a mulher vivencia outras situações de sua vida, e, nesse sentido, a amamentação insere-se nos movimentos de sua existência. (ARANTES, 1995, p.199).

A amamentação é estimulada sob o prisma do benefício para a criança, mãe, família e sociedade, utilizando-se do discurso de prática instintiva, vocacional, inerente à natureza de toda mulher e que transcorre de forma prazerosa, tanto nas orientações dos profissionais de saúde às gestantes, puérperas e nutrizes, como também na veiculação das informações nos programas promotores do incentivo à amamentação.

Essa responsabilização no cuidado com a(o) filha(o) e na amamentação atua como consequência da exclusão social ao longo dos séculos, não oportunizando à mulher adentrar no espaço público e exterior, delimitando-a ao mundo privado, destinada a servir, cuidar, alimentar e criar (EGGERT, 2004).

Segundo Rea (2004), dentre os benefícios comprovados para a mulher, destacam-se a redução na incidência de câncer de mama, ovário e artrite reumatóide; espaçamento intergestacional; retorno do peso pré-gravídico; menor sangramento uterino no pós-parto, fatores que ocasionam, por vezes, ações apelativas para que a mulher continue amamentando.

Dessa forma, essas ações se perpetuam quando se referenciam os benefícios para a criança, como exemplo, diminuição do índice de mortalidade infantil; desenvolvimento maxilofacial; adequado desenvolvimento intelectual, psicossocial e físico, além do aumento no vínculo amoroso entre mãe e filho (VALDÉS; SÁNCHEZ; LABBOK, 1996).

Por sua vez, Fontoura (2004) nos convoca a analisar os benefícios da amamentação numa perspectiva psicológica, destacando que, ao colocar o filho no seio para amamentar, a mãe seria o instrumento que oportuniza calor, aconchego, prazer, para o filho e para si própria. Entretanto, em um dado momento, relata que mecanismos psicossomáticos podem afetar drasticamente a amamentação, como o medo, a tensão, o cansaço, a dor, a fadiga, sintomas presentes no quadro das fissuras mamárias.

Paralelo aos benefícios para a mulher e criança aqui apresentados, surgem aqueles para a família e a sociedade, que são veiculados de forma a sensibilizar as mulheres para a amamentação exclusiva. Dentre eles, destacam-se a diminuição dos

custos hospitalares com internações por pneumonias e problemas gastrointestinais; economia pessoal quanto ao gasto com gás de cozinha para preparação de leites artificiais; diminuição do absenteísmo dos pais por motivo de doença dos filhos e características do leite materno, que não oferece custos, não contém germes, vem pronto e na temperatura adequada (BRASIL, 2003).

Dessa maneira, a partir do final do século XX e início do XXI, percebemos que instituições assistenciais, programas de incentivo à amamentação, órgãos gestores, universidades, população em geral denotam novos significados e rumos para a prática da amamentação no país.

Dentro dessa perspectiva, Silva (1990) afirma que a amamentação é um comportamento social mutável conforme a época, os costumes, hábitos e que se caracteriza como aprendizado baseado na observação e na vivência.

Esse autor afirma que “cada sociedade, em determinada fase de sua história, cria percepções e construções culturais sobre o aleitamento, que se traduzem em saberes próprios” (SILVA, 1990, p.5-6).

As mulheres, ao vivenciarem pela primeira vez o ato de amamentar, acabam por reproduzir informações de suas mães, de outras nutrízes, de profissionais da saúde, baseados na socialização e no experienciar. O marido e a mãe da nutriz são influenciadores diretos para a manutenção da amamentação e os profissionais atuam como incentivadores desse processo (MACHADO et al, 2004).

Segundo Pereira (2003), poucas mulheres continuarão amamentando contra a aceitação de seus parceiros, devido ao desconforto, temor da separação e do desamor. Por outro lado, a suspensão da amamentação pode ocasionar um sentimento de culpa em relação ao filho, devido ao discurso higienista da “boa mãe”.

Sendo assim, a prática da amamentação variará em cada sociedade ao longo do tempo, como também o significado atribuído pelas mulheres, que trarão em seu bojo uma mistura de fatores culturais, sociais, econômicos, dentre outros.

Conforme Almeida e Novak (2004), a prática da amamentação se constitui como uma mistura entre natureza e cultura, ou seja, a mulher tem a possibilidade de gestar, parir e amamentar e todo esse processo biológico vem sendo carregado por uma evolução histórica e social que moldam os comportamentos envolvidos na amamentação.

Ávila (1998) salienta que, ao amamentar ou visualizar alguém amamentando, a mulher experimenta sentimentos diferentes, atribuindo significados múltiplos, conforme

o que apreendeu no próprio ato de amamentar, como também o que experienciou com outras nutrizes.

Especialmente no período gestacional, a mulher pode estar em conflito consigo mesma quanto à decisão em amamentar, decorrente da sua forma de perceber a amamentação em outros contextos que não o seu. Muitas vezes, esse conflito pode ser potencializado mediante o tipo de escolha que se deve seguir, a mulher nutriz experimentando sentimentos de dúvida e angústia, pois ela quer acertar na decisão, ou seja, não admite falhas com relação aos cuidados com a(o) filha(o) (BUENO; TERUYA, 2004).

No pós-parto, a equipe multidisciplinar deve estar atenta quanto ao aconselhamento dessa mulher e da família, utilizando a empatia como mecanismo de aproximação e entendimento dos sentimentos vivenciados (BUENO; TERUYA, 2004).

Nesse período, a mulher experimenta sentimentos de solidão, desamparo, medo, dentre outros, pois se percebe sozinha e absolutamente responsável pela amamentação (RAMOS; ALMEIDA, 2003a).

Nessa compreensão, os momentos conflituosos para as primíparas, na fase da amamentação, são conseqüências das orientações recebidas pela equipe nos serviços assistenciais, que não correspondem à prática vivida por elas. As mulheres têm a sensação de que toda a orientação recebida está na contramão do que é vivenciado (RAMOS; ALMEIDA, 2003b).

Soifer (1980) analisa os sentimentos das primíparas, correlacionando-os às situações que envolvem o psicológico, como a ansiedade, depressão, despersonalização, resultantes do afastamento hospitalar que gera insegurança no lidar com a(o) filha(o), devido a inexperiência no manejo ao amamentar.

Para compreendermos o ser-mulher-primípara, na vivência das fissuras mamárias, precisamos nos libertar dos pré-conceitos, pré-julgamentos, no sentido de captar o significado que permanece encoberto pelo cotidiano. Nós, profissionais de saúde, não temos apenas algo a dizer para ajudar as nutrizes, mas devemos, acima de tudo, ouvi-las, valorizando a subjetividade de cada uma (GUSMAN, 2005).

Esta autora afirma ainda que o cuidado para ser efetivado necessita de uma relação familiar, geradora de confiança e respeito, pois, a partir desse momento, as mulheres se sentirão seguras e protegidas, permitindo-lhes o desvelamento do significado da amamentação.

Percebo que, a ocupação, preocupação, responsabilização e o envolvimento afetivo com o outro, neste caso, as primíparas que vivenciaram fissuras e que amamentaram, diferenciam o cuidado positivo, atencioso do cuidado frio e mecânico.

Por sua vez, Souza (1993) afirma que atividades educativas para amamentação direcionadas no pré-natal e no puerpério não são suficientes para garantir o sucesso na amamentação, ou seja, devem considerar as exceções dentro dos grupos de mulheres, percebendo-as de forma única e trabalhando com as mesmas desde a infância.

Souza e Lopes (1995) salientam a importância de considerar o conhecimento das puérperas sobre aleitamento materno, quer na experiência com outras nutrizes, quer na vivência única e singular.

Desta forma, a vivência da amamentação se dará de forma diferenciada a cada filho e se faz necessário um novo olhar sobre essa prática, valorizando a mulher independente, quer seja múltipara ou primípara (ARANTES, 1995).

Esse olhar atento em direção as vivências do outro, neste caso, o ser-mulher-primípara, evidencia o cuidar, entendendo-o na sua individualidade.

Conforme Simões e Souza (1997, p.54) ajudar o outro significa:

[...] perceber sua singularidade, seu modo de ser e este não está distante, ao contrário, este sentido se revela nos pensamentos, expressões e comportamentos de cada cliente. O cliente não é apenas um ente-doente, ele existe em suas outras possibilidades de ser, como ente-mulher, ente-mãe, ente-profissional, etc, e parece oportuno que lembremos disto [...].

A primípara, mulher que pari e nutre seu filho pela primeira vez, traz resquícios de informações dos profissionais de saúde, das avós, de outras nutrizes, das campanhas informativas nos canais de televisão, da sua estimulação na infância, da influência do parceiro, o que, por vezes, atrapalha a prática da amamentação, devido à consolidação dos benefícios nutricionais para a criança. O medo do desconhecido e do novo ocasiona-lhe insegurança, por ainda não ter vivenciado a amamentação (MACHADO; NAKANO; SHIMO, 1999).

No momento em que essa primípara vivencia uma intercorrência mamária no processo da amamentação, ela passa a se questionar como mãe e a se sentir culpada por ter comprometido o ato de amamentar, quebrando esse perfil de boa nutriz cultuado socialmente e que se mantém forte no inconsciente de muitas mulheres.

Conforme Ichisato e Shimo (2002), a mulher permanece presa ao papel de mãe, sendo responsabilizada pelo sucesso ou insucesso da amamentação. É importante

considerar o parceiro como co-responsável no processo da amamentação, apoiando a mulher e tornando a amamentação mais efetiva.

A mulher costuma analisar as manifestações e o comportamento do parceiro em relação à amamentação e ao corpo, no período puerperal, optando pela substituição do leite *in natura* pelo leite artificial, quando percebe o comprometimento na relação sexual, devido ao culto à beleza e à erotização do seio feminino pelos homens (ABUCHAIM, 2005).

Concordo com Neuenfeldt (2004) quando afirma que, [...] “o corpo, é o lugar onde são produzidos os significados. Palavras e significações construídas e constituídas no corpo, num processo cultural sobre realidades biológicas [...]”.

Entretanto, o corpo feminino passou por um processo de medicalização social, onde a condição orgânica para a amamentação era determinada pela natureza biológica e esta dominava a condição da mulher. Essa determinação biológica impera, em grande parte, nas ações à saúde da mulher, fazendo com que as idéias de instinto e maternidade se consolidem como atividades inerentes a sua condição, causando sentimentos contraditórios na prática do amamentar (GIFFIN, 1999).

Arantes (1995) verifica que a amamentação é percebida pelas mulheres com momentos de ambigüidades, ou seja, algumas a definem como prática prazerosa e outras como estressante. Inicialmente, as mulheres atribuem significado prazeroso à amamentação porque foram condicionadas a agir como mães abnegadas. No entanto, permanece velado o significado negativo da amamentação, o que se verificará nas atitudes, na comunicação verbal e não verbal das mulheres.

A comunicação não-verbal nos convoca a retomar a percepção da mulher, buscando captar, através de gestos, postura, toque, as reais dificuldades enfrentadas na prática da amamentação, num processo interacional entre mulher e equipe multidisciplinar, correlacionando seus sentimentos e significados com o mundo social (LEITE; SILVA; SCOCHI, 2004).

As autoras relatam que as mães verificam, como aspecto positivo, o contato corpo a corpo com seu filho como estimulador do vínculo materno. Os momentos negativos são identificados pelas mulheres como resultantes do cansaço físico decorrente da prática da amamentação, fato não percebido por nós profissionais que insistimos que o melhor para a mãe e o filho é a manutenção da amamentação, acima dos desejos e valores dessas mulheres.

A amamentação associada ao trabalho é outra problemática vivenciada por algumas mulheres que se sentem tolidas na sua liberdade, ao terem dificuldades ou mesmo impedimento em buscarem ascensão profissional com medo de serem consideradas mães “desnaturadas” para a sociedade e para a família.

Nesse caminhar, a desatenção consigo mesma em benefício da(o) filha(o) no processo do amamentar, faz com que essas mulheres percam a identidade própria, sendo vistas pela sociedade como mãe de alguém e não, como sujeito (ABUCHAIM, 2005).

Nessa problemática, Alves (2003) afirma que a amamentação deve ser entendida como uma questão humana, logo, existencial e as condições de vida de cada mulher irão interferir na continuidade dessa prática por se constituírem relações que ultrapassam o físico e se conformam com o subjetivo.

Ávila (1998) refere que nenhuma mulher é obrigada a amamentar, mas aquela que assim o desejar deve ser ajudada em todo o processo da amamentação e deve ser informada sobre as dificuldades que poderão surgir no decorrer da prática, respeitando-a como sujeito que possui o direito a recusar-se a amamentar.

Giugliani et al. (1995), em estudo realizado com mães de primogênitos que amamentaram, concluíram que metade das mães (47%) não recebeu orientação sobre aleitamento materno seja no pré-natal, parto e puerpério e que esse achado foi decisivo para que as mães não amamentassem ou desmamassem precocemente seus filhos.

Corroborando com o pensamento de Rea (2004), um fator relevante nesse estudo foi que embora não soubessem como prevenir fissuras mamárias (52%) a maioria das mulheres além de conhecerem as vantagens do leite materno a escolaridade não interferiu na continuidade da amamentação, ou seja, mães com escolaridade maior desmamavam no período similar de mães com baixa escolaridade.

Silva (1997) analisa o desenvolvimento de práticas educativas dirigidas às mulheres que aleitam, com ênfase no componente biológico e sem orientação sobre as intercorrências mamárias, comuns no puerpério. Cabe ressaltar que, muitas das vezes, embora o período de internação pós-parto normal tenha sido bastante reduzido, tais intercorrências podem se fazer presentes ainda no hospital.

Embora a amamentação tenha um componente biológico e natural fortemente determinado na sociedade, o enfoque vem se modificando, incorporando não somente os benefícios dessa prática para o binômio mãe e filho, como valorizando as vivências e as experiências de cada mulher de forma singular que podem influenciar na continuidade do aleitamento e na superação das intercorrências mamárias.

As(os) profissionais de saúde devem estar preparadas(os) para perceber as dificuldades no processo da amamentação e como estas interferem no comportamento das mulheres, incorporando as vivências de cada uma destas, buscando colaborar para que a amamentação seja prazerosa sem julgá-la, reduzindo a culpa introjetada pelas mesmas e, conseqüentemente, a opressão social (ARANTES, 1995).

As(os) enfermeiras(os) são formadores de opinião junto às mulheres, cabendo as(os) mesmas(os) fornecer orientações educativas e preventivas no que se refere à amamentação, alertando essas mulheres sobre as possíveis dificuldades no decorrer da prática, para que elas possam aleitar seus filhos com mais tranquilidade e certas de contarem com o apoio profissional (OSCAR et al, 2001).

Em um estudo realizado por Silva (1998) com estudantes de graduação em enfermagem na disciplina que enfocava a saúde da mulher, verificou-se que as intercorrências mamárias de ordem fisiológica identificadas, especificamente fissuras mamárias, eram caracterizadas pelos discentes como causadoras de insegurança materna, o que ocasionava o desmame precoce.

Nesse sentido, acredito que, ao vivenciar fissuras mamárias, as mulheres não somente se sentem inseguras, como também violadas no direito a optar pela substituição da amamentação por leites artificiais. Trata-se portanto, de um processo complexo que ultrapassa o percebido e que requer uma abordagem diferenciada e não generalizável.

Assim, os modelos assistenciais que salientam aspectos biológicos acabam por prejudicar a prática da amamentação, pois não abarcam na sua integralidade, os aspectos sociais, culturais, políticos e ideológicos que compõem a amamentação.

Diante disso, devemos ouvir a mulher no processo da amamentação, incorporando suas vivências e dificuldades nas ações que serão direcionadas para a promoção, proteção e recuperação da prática da amamentação.

Investir na relação de acolhimento ao assistir o ser-mulher-primípara, na vivência das fissuras, implica em desenvolver maior autonomia nas mulheres para que estas possam falar livremente sobre suas frustrações, seus medos, suas angústias, seus temores e, dessa maneira, optar ou não pela continuidade em amamentar (FRACOLLI et al, 2003).

Por sua vez, Silva (2000a, p. 364) afirma que:

a prática da amamentação é uma experiência que implica no envolvimento de uma série de fatores maternos e outros relacionados ao recém-nascido, a qual não está na dependência exclusiva de uma decisão prévia de amamentar

ou não. Também não depende de conhecimentos sobre técnicas de manejo da amamentação.

Neste momento, reitero esta afirmativa, salientando que a continuidade e o êxito na amamentação estão na dependência do significado que a mulher atribui a essa prática e ao apoio que recebe de familiares, profissionais de saúde, cônjuge e outras nutrizes.

4 POLÍTICAS PÚBLICAS DE PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E APOIO À AMAMENTAÇÃO NO BRASIL - TRANSITANDO PELO SÉCULO XX.

[...] as ações dirigidas à mulher na amamentação devem buscar elevá-la à condição de sujeito do processo, favorecer a aquisição de autoconfiança e o aprimoramento de suas habilidades e capacidades, conduzindo-a para maior liberdade em relação às decisões que afetam o uso do corpo [...] (NAKANO; MAMEDE, 2000).

As políticas públicas no Brasil, em relação à amamentação, ora estimulam a hegemonia do aleitamento misto através da propaganda, seja na mídia televisionada ou na comercialização dos produtos no mercado consumidor, elevando em muito o desmame precoce e, conseqüentemente, os índices de mortalidade infantil, ora estimulando o aleitamento materno exclusivo com enfoque nos benefícios para a criança, no qual a mulher desempenha o papel de fonte alimentadora e mantenedora do filho.

A utilização dos leites artificiais, em grande escala, é caracterizada como fator resultante do processo emancipatório da mulher, da industrialização impulsionadora de uma sociedade consumista, da urbanização, da simbologia da mamadeira como artefato da modernidade, além de uma necessidade social percebida ao longo do tempo (GUSMAN, 2005; MALDONADO, 1982).

Destaco fatos que contribuíram para o seu incremento, como a distribuição de kits e brindes pelas maternidades, cursos oferecidos para profissionais pelas empresas que o comercializam, a criação de berçários, dificultando o vínculo precoce entre mãe e filha(o) e, conseqüentemente, a amamentação (GOLDENBERG, 1988 apud GUSMAN, 2005).

Em 1912, chegaram ao Brasil as primeiras remessas de leite condensado e farinha Láctea, contribuindo para a fase do desmame precoce devido ao seu alto poder de conservação na alimentação das crianças (RAFAEL, 2002). Dez anos depois, empresas que comercializavam os leites Ninho e Lactogênio instalaram-se no país, confirmando a cultura do leite artificial como garantia de uma boa nutrição infantil (REA, 1990).

Com o intuito de diminuir os altos índices de mortalidade infantil, decorrentes da disseminação dos leites artificiais em menores de um ano, associados a alguns fatores, como desnutrição, infecções respiratórias, doenças diarréicas, foram sendo

implantadas e/ou implementadas ações públicas com vistas à redução do desmame precoce.

No Brasil, um dos primeiros estímulos à amamentação surgiu com a Constituição Brasileira em 1934, que faz referência à maternidade e à infância, preconizando uma situação que foi consolidada com as leis trabalhistas, passando a vigorar em estabelecimentos laborais, a partir de algumas deliberações jurídicas, que possibilitam as nutrizes amamentarem sem que ocorram prejuízos para as empresas e para o crescimento e desenvolvimento das crianças.

Nota-se que empregadores que respeitam tais leis trabalhistas e que facilitam a amamentação contam com funcionárias cada vez mais interessadas, aumentando, assim, a produtividade (OLIVEIRA; SILVA, 2003).

Em 1966, o governo brasileiro define o período de licença-maternidade como de doze semanas, o que é resultante da Convenção de Proteção à Maternidade. Tal período, por um lado, aumenta o tempo de permanência das mães com seus filhos e, por outro, desperta em algumas a necessidade de introduzir leites artificiais, quando vencida a licença, como forma de garantir e proteger a alimentação láctea da criança (BRASIL, 1991).

Em 1972, o Ministério da Saúde propôs uma Política Nacional instituindo, como subárea, o setor Materno-Infantil, oficialmente regulamentado em 1974 através do Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil. O Programa possuía, como uma de suas funções principais, o estímulo ao aleitamento materno exclusivo, pois, nesse período preponderava o mito de que o leite artificial mantinha o bom desenvolvimento da criança, conceito reforçado pelo *marketing* das empresas e, inclusive, muitas das vezes, com ações diretivas de alguns profissionais de saúde (SILVA, 1990; ALMEIDA, 1996).

Neste mesmo período, foi criado o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição - INAN, com a função de formular e implantar algumas das políticas de alimentação e nutrição para a população, especificamente a de baixa renda (SOUZA, 2000).

Na 27ª Assembléia da Organização Mundial de Saúde, ocorrida em 1974, os países membros, dentre eles o Brasil, foram conclamados a analisar os fatores que interferiam no declínio do aleitamento materno exclusivo e, principalmente, atentar para a liberação indiscriminada dos leites artificiais, elaborando políticas públicas que impedissem o desmame precoce com vistas a diminuir a mortalidade infantil e manter um exército de reserva que, futuramente, traria lucros aos países, reafirmando a visão

mercadológica do modelo neoliberal ainda hegemônico. Entretanto, apenas em 1980, na 33ª Assembléia Mundial de Saúde, discutiu-se a necessidade não somente do estímulo às ações para incentivo à amamentação, como também o enfoque na saúde da mulher trabalhadora nutriz, além do controle sobre os produtos industrializados² (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1981).

O INAN, em parceria com a Organização Pan Americana da Saúde - OPAS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF, elabora, ainda nesse período, material educativo sobre amamentação, com o intuito de sensibilizar comunidades, nutrizes, profissionais e gestores da saúde e de áreas afins, valorizando o aleitamento “in natura”, ou seja, o aleitamento materno exclusivo (REA, 2003).

Com isso, elaborou-se o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno, divulgado na 34ª Assembléia Mundial de Saúde, em 1981. Esse documento tinha por função controlar a comercialização e distribuição dos alimentos artificiais substitutos do leite materno e de utensílios como mamadeiras e chupetas, considerados como propiciadores de situações prejudiciais à amamentação. Nesse sentido, os países deveriam adaptá-lo às suas reais necessidades no intuito de melhorar a situação do aleitamento materno (SILVA, 1997; REA, 1990).

É fato que as políticas públicas do Brasil de incentivo ao aleitamento materno se intensificaram a partir de 1981, quando o Governo Federal implantou o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno – PNIAM, sob a coordenação do INAN e com o apoio do UNICEF. No entanto, esse programa instituía a amamentação como ato instintivo, vocacional, correspondendo à natureza de toda mulher e que ratificava o interesse nos benefícios dessa prática para a criança. Nesse entendimento, os papéis da mulher se restringiam a gestar, parir e amamentar (CARVALHO; TAMEZ, 2002; ALMEIDA; NOVAK, 2004).

Também em 1981, surge, no cenário brasileiro, o Grupo Técnico Executivo Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno - GTENIAM, desenvolvendo ações multidisciplinares e interinstitucionais para promover o aleitamento materno nas diferentes instâncias do poder. Os órgãos representativos eram o Ministério da Saúde, o Ministério da Previdência e Assistência Social, o Ministério da Educação e Cultura, o Ministério do Interior, o Ministério do Trabalho, a Sociedade Brasileira de Nutrição, a

² Interpretação após tradução livre de minha autoria

Sociedade Brasileira de Pediatria, a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, o UNICEF, a OMS e a OPS (BRASIL, 1991).

Analizando-se as políticas públicas brasileiras na área de atenção à Saúde da Mulher, notadamente percebi que o enfoque restringia-se ao Grupo Materno-Infantil, até o surgimento do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM, que traz, em seu bojo, o atendimento integral à mulher em qualquer fase da vida, da adolescência até a terceira idade (OSIS, 1998).

Alguns críticos questionavam o caráter desse programa na atenção integral, pois o mesmo concentrava-se nas questões reprodutivas, reafirmando, assim, a visão social de que a mulher é responsável absoluta por essa função em detrimento dos seus anseios políticos e de ascensão profissional (OSIS, 1998).

Por sua vez, os grupos organizados das mulheres expressaram satisfação por colocar, na arena política, naquele momento, discussões sobre suas necessidades, garantindo a efetivação da cidadania e um novo olhar social com a valorização da mulher. Deslocaram as reflexões de assuntos do privado para o público, incluindo as práticas cotidianas vividas por elas (FERREIRA, 1997).

O PAISM propõe o rompimento do determinismo biológico da mulher, quando a retira do mundo privado, ou seja, dos cuidados com o lar, com as(os) filhas(os) e com o marido, inserindo-a nas discussões de âmbito público, exercendo a liberdade de escolha, o exercício efetivo da cidadania e incorporando significados novos no cotidiano (ÀVILA; GOUVEIA, 1996).

Toda mobilização voltada para as questões da mulher primava pela luta contra qualquer forma de discriminação, pelo respeito aos direitos de cidadã e por uma legislação mais igualitária.

Atentando para as suas ações, o PAISM define o atendimento para as Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST, câncer cérvico – uterino e de mama, planejamento familiar, parto e puerpério, gravidez de baixo, médio e alto risco e assistência à adolescente e à mulher no climatério. A intenção é ampliar a visão, partindo dos níveis de menor complexidade para os de maior complexidade, compreendendo a mulher nos seus significados (FERREIRA, 1997).

Desse modo, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM, criado em 1984, é decorrente de um processo de democratização do País e da organização dos movimentos sociais, a exemplo do movimento feminista. As reivindicações dos grupos ativos concentravam-se, no que tange às mulheres, no direito

á saúde, a condições dignas de trabalho, ao direito do controle do próprio corpo, da sexualidade, fecundidade, dentre outros. Esse programa norteava suas ações, considerando a mulher como sujeito, o que não corresponde à realidade que vivenciamos (FERREIRA, 2001).

Nesse programa, as mulheres deixaram de ser vistas como reprodutoras, e o cuidado não se restringiu mais aos grupos considerados prioritários para o Ministério da Saúde, que seriam as gestantes, os idosos e as crianças. A mulher passou a ser o alvo do cuidado, formulado nas políticas públicas brasileiras, bem como no atendimento pela equipe multidisciplinar nos serviços de atenção primária, secundária e terciária.

Nesse cenário, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança – PAISC concentrava todos os seus esforços no sentido de promover, apoiar e avaliar ações em amamentação com benefícios exclusivos para a criança. Nesse programa, a mulher sequer era percebida como ser ativo na prática da amamentação.

Ambos preconizavam a amamentação natural e estimulavam a formulação e implantação de atividades educativas periódicas nos serviços de saúde, realizadas por profissionais capacitadas(os), como mecanismo de conscientizar as mães para aleitar seus filhos, reforçando a noção dos benefícios da amamentação para a criança, família e sociedade, impondo sutilmente à mulher o papel de mãe abnegada.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde também investiram na criação da Rede Nacional de Bancos de Leite Humano com apoio do INAN, da Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ e do Instituto Fernandes Figueira - IFF para assistir recém-nascidos prematuros e/ou de baixo peso bem como lactentes internados em unidades hospitalares, oferecendo leite materno em quantidade e qualidade suficientes na tentativa de perpetuar a prática da amamentação exclusiva, como uma das estratégias principais para a diminuição da mortalidade infantil. Tem por função promover e incentivar o aleitamento materno, atentando para o controle de qualidade do leite (ASSUNÇÃO; LUZ, 2001).

Essa parceria contou com a ajuda do Corpo de Bombeiros em algumas capitais brasileiras, a exemplo do Rio de Janeiro, na coleta do leite no domicílio das nutrizes que se dispunham a oferecê-lo com posterior estocagem e distribuição nos bancos de leite credenciados, beneficiando inúmeras crianças, especialmente os prematuros (CARVALHO; TAMEZ, 2002). O Brasil, atualmente, conta com 186 bancos de leite credenciados, uma das maiores estruturas do mundo nesse tipo de serviço, distribuídos

em cinco regiões, das quais a Sudeste ganha especial destaque por conter 85 dos serviços (BRASIL, 2005).

Na Região Nordeste, concentram-se 34 bancos de leite, sendo 3 na Bahia, especificamente no Hospital da Mulher, Hospital Clériston Andrade, ambos em Feira de Santana e no Hospital Manoel Novaes localizado no município de Itabuna (BRASIL, 2005). Afora isso, dispomos de um Banco de Leite Credenciado, no Hospital Climério de Oliveira em Salvador, que se encontra na fase inicial de implantação das atividades exigidas pelo Ministério da Saúde.

No ano de 1985, ocorreu o I Congresso Pan-Americano de Aleitamento Materno, que amplia a licença-maternidade de 12 semanas para um período mínimo de cento e vinte dias com o propósito de beneficiar o processo da amamentação, aumentando a permanência da mãe com seu filho, diminuindo o absenteísmo e reduzindo os custos do País com internações hospitalares provenientes de doenças na primeira infância (BRASIL, 1991).

A Constituição da República Federativa do Brasil, em 1988 (p.12), atua como estimuladora da política de amamentação, definindo [...] Licença à gestante, sem prejuízo do emprego e do salário, com duração de cento e vinte dias [...]. Conseqüentemente, o avanço na Consolidação das Leis Trabalhistas (p.262) que institui: [...] Para amamentar o próprio filho, até que este complete seis meses de idade, a mulher terá direito, durante a jornada de trabalho, a dois descansos especiais de meia hora cada um [...], além das outras deliberações, como a obrigatoriedade para os estabelecimentos onde trabalhem mais de 30 mulheres com mais de dezesesseis anos de ter local para guardar filhos de suas funcionárias sob vigilância e assistência durante o período de amamentação (MANNRICH, 2002; OLIVEIRA e SILVA, 2003).

Fica evidente que as políticas públicas, especificamente na década de 70 e 80, se preocupavam, sobremaneira, com a alimentação da criança como forma de diminuir os índices de mortalidade infantil e não com a mulher, desconsiderada como ser decisório na prática da amamentação.

Dados levantados pelo INAN/ IBGE, em 1989, comprovam que 43% das crianças de 3 meses e 61% das crianças com 6 meses permaneciam parcialmente desmamadas. Nesta compreensão, a duração do aleitamento exclusivo, entre 1990 a 1991, demonstra que a Bahia mantinha uma média de 6,2% e 2,3% no primeiro e terceiro mês respectivamente. Neste momento, passo a me questionar sobre o quadro de baixa permanência do aleitamento exclusivo no país, já que algumas políticas

contundentes foram iniciadas há algum tempo. Será que o alto índice de desmame não estaria relacionado ao enfoque puramente biologicista e tecnológico da amamentação? Teria ocorrido alguma mudança social e cultural nesse período que fizessem com que as mulheres não desejassem ou pudessem amamentar?

Em 1990, o Brasil assinou um acordo em Florença, Itália, com quarenta países, chamado Declaração de Innocenti, no qual ficou estabelecido que as mulheres deveriam estar capacitadas para amamentar seus filhos exclusivamente dos quatro aos seis meses de vida, podendo ampliar para dois anos, associando com alimentação complementar, ou seja, esta era mais uma iniciativa que visava à promoção da amamentação no país. Todos os países envolvidos nesse pacto deveriam nomear um coordenador nacional para amamentação e instituir um comitê nacional sobre aleitamento com participação do governo e organizações não governamentais; assegurar que as maternidades utilizassem os “dez passos para o sucesso na amamentação”; implantar o código internacional de substitutos do leite materno e elaborar uma legislação de proteção ao direito da mulher trabalhadora implementando-a com êxito (DECLARAÇÃO, 2005).

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança, idealizada pelo UNICEF e pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1991 e consolidada em 1992, visa promover, proteger e apoiar o aleitamento para diminuir os índices de mortalidade infantil e de desmame precoce.

Devido aos alarmantes índices de desmame precoce, faz-se necessário intervir e apoiar as gestantes e nutrízes, especialmente no pré-natal, parto e puerpério, pois, nesse período, a mulher decide pela substituição ou permanência do leite materno, baseada na ajuda e orientação oferecidas, seja pela equipe multidisciplinar, pelos familiares ou pelo cônjuge (ARAÚJO; OTTO; SCHMITZ, 2003a).

Nessa perspectiva, a iniciativa, até junho de 2003, contava com 271 hospitais credenciados, sendo 125 na Região Nordeste e, destes, apenas 7 na Bahia (BRASIL, 2003b).

O credenciamento de um hospital para receber o título de “Hospital Amigo da Criança” se processa primeiramente enviando-se um questionário de auto-avaliação preenchido pelo próprio hospital que será encaminhado para as Secretarias Estaduais de Saúde para uma pré-avaliação. Caso o hospital seja aprovado, a Secretaria solicitará ao Ministério da Saúde a avaliação total da unidade. A avaliação será baseada nos critérios de elegibilidade, tais como: o hospital só será credenciado se cumprir os dez passos para o sucesso na amamentação, além de não estar respondendo a sindicância do SUS e sob

condenação de processo na assistência ao binômio mãe e filho nos últimos dois anos; deverá dispor de responsável habilitado para assistência à mulher e criança na maternidade e sala de parto; possuir comitê de estudo para morbimortalidade materna e neonatal; apresentar baixas taxas de cesariana conforme Ministério da Saúde; apresentar tempo mínimo de permanência hospitalar para parto (BRASIL, 1993).

Após um ano de credenciamento como “Hospital Amigo da Criança”, a instituição se submeterá a nova avaliação para ser averiguado se continua a promover, proteger ou recuperar a prática da amamentação através dos dez passos preconizados pelo programa. Caso não tenha cumprido a normatização exigida pelo Ministério da Saúde, será dado um prazo para reajustes com risco de perder o título de “Amigo da Criança”.

Esse projeto assegura os “Dez Passos para o Sucesso na Amamentação” em estabelecimentos de saúde como maternidades, promovendo mobilização dos funcionários e profissionais de saúde, gerando mudanças nas condutas e rotinas existentes. Foram finalmente normatizados os dez passos, a saber:

ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, o que deverá ser rotineiramente transmitida a toda equipe; treinar toda a equipe de saúde, capacitando-a para implementar a norma; informar todas as gestantes sobre as vantagens e manejo do aleitamento; ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia-hora pós-parto; mostrar as mães como amamentar e manter a lactação, mesmo se separadas do filho; não dar ao recém-nascido nenhum alimento que não seja o leite materno a não ser por orientação médica; praticar alojamento conjunto 24 horas por dia, encorajar o aleitamento sobre livre demanda; não dar bicos e chupetas a crianças amamentadas ao seio; encorajar a formação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães após a alta (BRASIL, 1993, p. 12).

No ano de 1992, consolida-se a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 31/92, denominada Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes - NBCAL, que é fiscalizada pelo Ministério da Saúde em parceria com o IBFAN - Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar, o Ministério Público, o Órgão de Proteção e Defesa do Consumidor - PROCON e a Vigilância Sanitária, contribuindo para a adequada nutrição dos lactentes e das crianças na primeira infância, controlando o uso de leites artificiais como forma de aumentar a inserção da amamentação exclusiva (CARVALHO; TAMEZ, 2002).

A Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes define, como alguns dos seus critérios, a proibição de promoção comercial de leites infantis

artificiais e produtos acessórios na alimentação da criança, além de reforçar a responsabilidade dos órgãos públicos de saúde e de educação em transmitir informações fidedignas e claras sobre o processo da amamentação para a população (BRASIL, 1993).

Essa norma veda qualquer tipo de divulgação que estimule pais, familiares e a sociedade em geral a adquirir, de forma gratuita ou promocional, leites infantis modificados, mamadeiras, chupetas e copos com canudos que substituem a mama e que prejudicam o desenvolvimento da criança, diminuindo o período de aleitamento materno exclusivo. Com relação ao leite em pó, pasteurizado e esterilizado, assim como alimentos complementares, todos devem vir com identificação no rótulo, de forma clara, visível, orientando os pais sobre os riscos para a criança do uso indiscriminado desses produtos sem nenhuma conduta médica *a priori* (BRASIL, 1993).

Ademais, no que se refere às informações, sejam elas contidas em manuais ou rótulos, não deve haver frases tendenciosas nem figuras de bebês saudáveis associados ao uso de produtos artificiais, pois resultaria no estímulo dessa prática pela sociedade de modo corriqueiro, o que, por vezes, se verifica na atual conjuntura.

Como forma de garantir o aleitamento materno nas primeiras horas pós-parto, o Ministério da Saúde juntamente com o UNICEF e OMS, em 1993, estabeleceu e definiu as “Normas Básicas para Alojamento Conjunto” segundo as quais a mãe e a criança deveriam estar em boas condições físicas e psicológicas para permanecerem em contato 24 horas por dia. O alojamento conjunto tem sua importância por facilitar o vínculo entre mãe e filho, aumentando as chances da amamentação exclusiva e permitindo a integração equipe e binômio (BRASIL, 1993).

Dentre as inúmeras vantagens do alojamento conjunto tem destaque o estímulo ao aleitamento materno exclusivo; fortalecimento dos laços afetivos entre mãe e filho; diminuição do risco de infecções hospitalares; ampliação da relação com a equipe multidisciplinar e família; possibilidade de treinamento com as mães para o cuidado com seu filho (BRASIL, 1993).

Outra ação fundamental na promoção do aleitamento materno foi o “Projeto Carteiro Amigo da Amamentação”, que surge no cenário nacional, em 1996, de uma parceria entre sistema de saúde e empresa de correios e telégrafos, inicialmente no Estado do Ceará, com apoio dos carteiros, divulgando informações de casa em casa para gestantes e nutrízes, com entrega de material educativo e enfoque nos “dez passos para o sucesso na amamentação”. E, nesse processo, os carteiros são capacitados nos

serviços de saúde como forma de socializar o conhecimento e se tornarem mensageiros dos benefícios da amamentação.

O surgimento dessa iniciativa no estado do Ceará foi justificada pelos índices alarmantes de mortalidade infantil, chegando a 106 mortes por cada 1000 nascidos vivos no ano de 1987. Em julho de 1999, o Projeto se amplia no Nordeste devido à melhora na permanência do aleitamento exclusivo nessas regiões (ARAÚJO et al., 2003b).

A Semana Mundial da Amamentação é outra iniciativa do governo comemorada desde 1992, como uma das estratégias de mobilização dos profissionais de saúde e comunidade pela importância na manutenção do aleitamento natural, embora a perspectiva de benefícios se mantenha voltada para a criança. Percebe-se que essa iniciativa de âmbito nacional atinge, com fervor, os municípios que procuram durante a semana da amamentação desenvolver atividades para a comunidade local com dramatizações, entrega de folders, panfletos, realização de palestras na tentativa de estimular a amamentação como prática biológica e vocacional, apelando para os sentimentos maternos (VENÂNCIO; MONTEIRO, 1998).

Nessa perspectiva, o Método Mãe Canguru - MMC, criado em Bogotá, Colômbia, no ano de 1979, no Instituto Materno Infantil e apoiado pelo UNICEF, tem como objetivos dar ao recém-nascido amor, calor e leite materno. A posição canguru promove o contato precoce da mãe com seu filho prematuro, de baixo peso no sentido de ofertar carinho, proteção e estabilidade térmica, além de estimular o aleitamento materno (VENANCIO; ALMEIDA, 2004).

Segundo Toma (2003), no Método Mãe Canguru, a mãe substitui a incubadora, progressivamente, mantendo o aquecimento do bebê no contato com sua pele. É um tipo de cuidado que se inicia no hospital e que se estende para o domicílio, contando com o apoio do pai, assim como das avós e de familiares próximos.

Esta autora salienta ainda que a prática do MMC contribui positivamente para aumentar o senso de auto-estima, competência das mães, pois estas verificam que, através do método, o bebê ganha peso mais rápido, podendo ir para casa mais precocemente, ficam mais tranquilas por poderem acompanhar toda a assistência que é prestada à criança pela equipe multidisciplinar e têm a oportunidade de ofertar carinho, mantendo o bebê mais calmo e esperto, mobilizando toda a família para o cuidado.

No Brasil, esse método avançou após as primeiras instalações que ocorreram nas cidades de Santos e Recife, nos anos de 1992 e 1993 respectivamente, ocasionando

sua regulamentação no ano de 2000 com a Portaria nº. 693 de 05/07/00, definindo a Norma de Atenção Humanizada do Recém-nascido de Baixo Peso. Esse programa conta com a ajuda financeira do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social – BNDES, no sentido de capacitação de recursos humanos, criação de centros de excelência e divulgação de informações para a comunidade em geral, orientando sobre a importância desse método para o recém-nascido de baixo peso, pais e sociedade (OLIVEIRA, 2005).

O Método Mãe-Canguru, como política social, visa à humanização do atendimento ao bebê prematuro, melhorando o vínculo entre mãe e filho, diminuindo os índices de internações e, conseqüentemente, de mortalidade infantil, além de favorecer o contato pele a pele, os cuidados com o bebê pela família e, principalmente, a amamentação exclusiva como forma eficiente no bom desenvolvimento da criança.

Por certo, uma das iniciativas de maior impacto na valorização da mulher, no processo do amamentar, tenha decorrido do Programa de Treinamento “Aconselhamento em Amamentação”, idealizado em 1995, pelo UNICEF, em parceria com a OMS, dirigido a profissionais que assistem a mulher nesse período (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1994 apud LEITE; SILVA, 2000).

Esse curso tem como pretensão capacitar profissionais para o manejo da amamentação, baseado nas técnicas de comunicação interpessoal, ajudando as mães a superarem os obstáculos, que porventura vierem a acontecer no transcurso da amamentação. Desenvolve algumas habilidades importantes, como ouvir e aprender, dar confiança e apoio à mulher.

A comunicação é a base para que possamos desenvolver uma interação com o outro, valorizando suas vivências, seus significados e, assim, considerar sua individualidade.

As habilidades desenvolvidas no curso de Aconselhamento em Amamentação, baseadas no ouvir e aprender, são assim expressas:

[...] “Use comunicação não verbal útil” (que se referem a postura do profissional, contato visual, exclusão de barreiras, dedicar tempo, toque); “Faça perguntas abertas”; “Use expressões e gestos que demonstrem interesse”; “Devolva com suas palavras o que a mãe disse”; “Empatia: Mostre à mãe que você entende como ela se sente”; “Evite palavras que soam como julgamento” [...] (STEFANELLI, 1993 apud LEITE; SILVA, 2000).

Por sua vez, a referida autora salienta que a confiança e o apoio se referem a alguns procedimentos, como: [...] “Aceite o que a mãe pensa e sente”; “Reconheça e elogie o que a mãe e o bebê estão fazendo certo”; “Dê ajuda prática; “Dê pouca e relevante informação”; “Use linguagem simples”; “Dê uma ou duas sugestões, não ordens” [...].

Dessa maneira, o profissional que estabelece uma interação interpessoal eficiente valorizará a mulher como pessoa, desenvolvendo na mesma auto-confiança, de forma a contribuir para que esta tome suas próprias decisões acerca da amamentação e redefina seu cuidado.

Embora a orientação no pré-natal e pós-parto imediato sejam fundamentais para o sucesso da amamentação, o apoio às mães deve ocorrer no domicílio, não apenas incentivando, como também alertando sobre os cuidados com a mama, técnica correta para amamentar, para que, ao vivenciar qualquer intercorrência no percurso da amamentação, a mulher saiba como deve proceder (ALBERNAZ; VICTORA, 2003).

Na tentativa de incorporar e estimular ações voltadas para a promoção, proteção e o apoio à amamentação, surgiu em 1999, de forma pioneira, a iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação – IUBAAM na cidade do Rio de Janeiro, oportunizando a profissionais desenvolverem técnicas no manejo e apoio à nutriz, bem como essas mulheres serem atendidas de forma digna a nível primário de atenção, evitando o desmame precoce (OLIVEIRA; CAMACHO; SOUZA, 2005).

Estes autores pontuam que, para a implantação dessa iniciativa, são realizadas verificações de observação do serviço, questionários são aplicados com profissionais, gestantes e mães, no intuito de averiguar as orientações recebidas, assim como o apoio prestado. Outro fator observado é a prevalência do aleitamento exclusivo entre crianças de 6 meses, assistidas na unidade.

É notável o avanço que o governo brasileiro obteve na promoção, proteção e recuperação do aleitamento materno ao longo do tempo, embora as ações estejam ainda voltadas preferencialmente para a Saúde da Criança, já se considera a mulher como integrante do processo e, principalmente, há uma redução na supervalorização dos aspectos biológicos em detrimento das questões sociais, políticas, culturais e ideológicas.

Em um estudo realizado na cidade de Porto Alegre, com crianças nascidas em épocas distintas, percebe-se que a ausência no aumento das taxas de amamentação

exclusiva eram explicadas pela falta de políticas incisivas no que tange ao estímulo do aleitamento, a partir do olhar sobre a nutriz, equipe e família (KUMMER et al, 2000).

As políticas públicas desenvolvidas e aprimoradas no Brasil, com relação à amamentação, trazem resquícios de normas e resoluções que, muitas vezes, condizem com as de países desenvolvidos e não se aplicam, integralmente, aos países em desenvolvimento, estes mergulhados em situações de contrastes de raça, classe social, gênero, dentre outras questões específicas.

É fundamental considerar os valores imputados à amamentação no âmbito social, econômico e cultural para podermos implantar ações que resultem em benefícios não apenas para a criança, mas para a mulher como sujeito que vivencia o processo da amamentação de forma incisiva.

As campanhas em prol da amamentação, desde a década de 70 até os dias atuais, insistem em abordar os aspectos biológicos da prática, sendo consideradas irrelevantes as vivências e experiências de cada mulher como ser singular que atribuirá sentido à amamentação a partir do que foi aprendido e interiorizado como verdade.

Esse fato é percebido na crítica abaixo:

[...] através dos cartazes das campanhas de amamentação, o recorte que se dá a cena, em que se focaliza bem o bebê sugando o peito de sua mãe, descaracterizando a mulher deste contexto, uma vez que seu rosto é dispensado da cena, reduzindo-a a uma simples produtora e provedora do sustento de seu filho [...] (RAFAEL, 2002, p.25).

Outro fator extremamente prejudicial nas campanhas sobre amamentação é a recusa em abordar as intercorrências mamárias que, na maioria dos casos, comprometem o processo. Esta negligência velada e, muitas das vezes, despercebida pelas mulheres nos faz refletir que a sociedade, os órgãos gestores e os executores das políticas públicas relacionadas a esta temática continuam a perpetuar a amamentação do ponto de vista do instinto maternal.

A propósito, Assunção e Luz (2001) destacam que considerar o ato da amamentação puramente instintivo é desqualificá-lo, retirando sua característica humana, logo, desvalorizando quem o realiza.

Sonego e Sand (2002) salientam a importância da abordagem humanizada às mulheres, para que estas não se sintam oprimidas em relação à manutenção da amamentação, ou seja, não denotem uma prática consolidada a partir da idéia de que

apenas o leite materno será garantia de sustento e saúde do bebê, assim como estabelecimento do vínculo amoroso entre o binômio.

De certa maneira, as orientações oferecidas pela equipe multiprofissional, ainda abordam a prática da amamentação como responsabilidade da mulher, ou seja, aquela que assim o fizer será parabenizada e aquela que não desejar ou tiver algum impedimento, no decorrer do processo, será culpabilizada.

Dessa forma, compreendo que, no processo da amamentação, faz-se necessário atrelar aspectos biológicos, sociais, culturais, políticos, ideológicos no sentido de formular e implantar políticas públicas que valorizem o binômio mãe e filha(o) sem descaracterizar a mulher, e nem colocá-la como responsável absoluta pelo sucesso ou não da amamentação.

5 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-FILOSÓFICA

A ciência não começa quando articula uma teoria, resultante de suas investigações; ela tem início com a intenção do cientista ao desejar esclarecer um problema que surgiu em sua vivência cotidiana (FORGHIERI, 1993, p.18).

A Fenomenologia

A fenomenologia surgiu no final do século XIX e início do século XX, na tentativa de conceber um conhecimento pautado na valorização do sujeito e romper com os princípios do Positivismo que concebia a ciência através da matematização, da objetividade e da comprovação, para que houvesse “rigor” científico (BICUDO, 1994).

A palavra fenomenologia foi empregada pela primeira vez em 1764, por J. H. Lambert, num estudo sobre o problema do conhecimento. A fenomenologia foi compreendida, *a priori*, como teoria da aparência. Somente em 1807, passa a ser interpretada como filosofia e como método, devido às contribuições de G.W.F.Hegel com sua obra intitulada *Fenomenologia do Espírito* (CAPALBO, 1973). Entretanto, apenas no início do século XIX se consolida como ciência, através dos estudos de Edmund Husserl.

Husserl, o pai da fenomenologia, nasceu em 1859, em Proznitz, Tchecoslováquia, sendo um dos filósofos que impulsionou a fenomenologia como ciência e proporcionou a outras correntes de pensamento se beneficiarem com seus princípios fundamentais. Acreditava que verdade e ciência andavam de mãos dadas para sustentar as vivências dos sujeitos e garantir o rigor científico (GILES, 1989).

Ao final do século XIX, este filósofo criticava três movimentos, ou seja, o naturalismo, o psicologismo e o *Weltanschauung*³. O naturalismo pregava que somente o empírico representava o real, ou seja, desejava naturalizar as idéias tornando-as reais. O psicologismo só considerava verdade o que brotasse das experiências psíquicas do sujeito e o *Weltanschauung* tinha como objetivo a sabedoria, baseada nos mais altos valores da vida, para resolver os problemas numa época e lugar específicos (GILES, 1989).

³ Significa Welt (mundo) e Anschauung (visão, intuição), ou seja, visão de mundo (INWOOD, 2002).

Nesta abordagem fenomenológica, existiam filósofos como Martin Heidegger, Jean Paul Sartre, Maurice Merleau-Ponty que representavam o existencialismo ateu e outros, como, Van Breda, Marcel e Jaspers que enfocavam a crença em Deus e consideravam o homem como ser existencial (TRIVIÑOS, 1987).

De acordo com Dartigues (1973, p.14), “a fenomenologia representa um rio de múltiplos braços que se cruzam sem se reunir e sem desembocar no mesmo estuário.” Na perspectiva etimológica⁴, a fenomenologia é o estudo ou ciência dos fenômenos. Fenômeno surgiu da palavra grega *phainomenon* que deriva do verbo *phainestai* e significa o que se mostra, se manifesta, se desvela para uma consciência que lhe significa (BICUDO, 1994).

A fenomenologia é uma ciência eidética⁵, pois se propõe a descrever as essências das vivências dos sujeitos no cotidiano.

Neste sentido, optei por este referencial teórico por entender que o mesmo busca a descrição dos fenômenos que são vivenciados pelos sujeitos de forma singular, livre de preconceitos ou julgamentos prévios, na tentativa de captar a sua essência (*eidotes*), utilizando o rigor científico.

A fenomenologia é uma ciência rigorosa por não afirmar nada que não esteja justificado e fundamentado sem pressuposições aceitas (MOURA, 1989 apud GARNICA, 1997, p.118). Para tanto, utilizei dos seus conceitos fundamentais, buscando compreender o significado da amamentação para primíparas que vivenciaram fissuras mamárias.

Dessa forma, busquei através dos depoimentos de primíparas que vivenciaram fissuras e que amamentaram o significado desta prática valorizando a subjetividade e desvelando o oculto na consciência destes sujeitos.

Segundo Bicudo (1994), a realidade para a fenomenologia não é o objetivo, o explicável, e sim é o que emerge da consciência do sujeito, ou seja, o subjetivo, o compreendido, o interpretado.

Merighi (2003) afirma que o objetivo central da fenomenologia é descrever as experiências vivenciadas no cotidiano, desvelando o significado atribuído pelos sujeitos, na busca da essência do fenômeno. Portanto, a fenomenologia estuda os significados, as essências valorizadas nos depoimentos.

⁴ Etimologia significa tratado da origem das palavras (LUFT, 2004).

⁵ Ciência descritiva das essências da vivência (FORGHIERI, 1993).

Conforme Triviños (1987), a fenomenologia é o estudo das essências, ou seja, na compreensão do homem e do mundo circundante, é necessário mergulhar na sua subjetividade para entender o mundo vivido.

Por sua vez, Forghieri (1993) nos convoca a refletir sobre o cotidiano, de forma a revelar nossa consciência sobre tudo o que se mostra, a fim de entendermos o que há por trás de cada fenômeno aparentemente objetivo, mas comportando no seu interior aspectos subjetivos.

Corroborando com Merighi (2003), o percurso fenomenológico ocorrerá, através de três momentos: a *époché*, que consiste em colocar em suspensão os pré-conceitos, os pré-julgamentos, o conhecimento científico anterior, bem como o advindo do saber popular, para perceber o fenômeno em toda sua pureza e expressão dada pelo sujeito. A redução, segunda etapa, é o momento no qual selecionamos as partes da descrição essenciais ao fenômeno. Finalizando, temos a compreensão fenomenológica que significa o momento de interpretação do fenômeno, ou hermenêutica, especificando o seu sentido.

O pensar fenomenológico, não prescinde da experiência vivida no mundo, ou seja, a essência que se encontra na consciência é percebida durante o processo de reflexão (BICUDO, 1994).

A fenomenologia não procura o ser atrás do fenômeno, e sim a essência deste nos discursos exteriorizados. De acordo com Bruyne; Herman; Schoutheete (1977, p.79), “a fenomenologia se preocupa com os fundamentos da significação, com o solo originário do sentido, com o não formulado que sustenta a formulação, com o implícito que prepara a explicitação”.

Dentre as idéias principais da fenomenologia, destacam-se além do rigor, situação em que haverá a preocupação em mostrar e não demonstrar os fenômenos vividos na consciência dos sujeitos; a intencionalidade; a essência; o ego transcendental. A intencionalidade considera que por trás de todo sentido atribuído, existe uma consciência que o interroga. A essência se caracteriza como algo intuitivo que põe o sujeito em contato com o objeto e o mundo. O ego transcendental é a fonte dos sentidos, momento em que o sujeito entra em comunicação com sua subjetividade (CAPALBO, 1973).

Nesta perspectiva, a fenomenologia como método que busca a compreensão do humano encontrou como seguidor o filósofo Martin Heidegger, discípulo de Husserl, que incorpora alguns dos seus conceitos e institui a ontologia existencial.

A Ontologia Existencial de Martin Heidegger

Martin Heidegger nasceu em Messkirch, em Baden, no sul da Alemanha, no dia 26 de setembro de 1889. O pensamento filosófico heideggeriano surge no desenrolar da Primeira Guerra Mundial, na tentativa de refletir sobre o Ser e, conseqüentemente, sobre o Ocidente (GILES, 1989).

A obra que o despertou para a filosofia intitulava-se *Os diversos sentidos do ente segundo Aristóteles*, de Franz Brentano que lhe foi presenteada por um arcebispo amigo e conterrâneo (GILES, 1989).

Giles (1989) relata que, após a conclusão dos estudos humanísticos, Heidegger matricula-se na Faculdade de Teologia onde começa a aproximar-se do pensamento filosófico de Husserl e começa a ter como referência os filósofos Aristóteles e Husserl, o primeiro, por ser o formulador da teoria do ser e o segundo, por desenvolver o método fenomenológico. No entanto, aquele que inicialmente se identificara com alguns pressupostos de Husserl, vem a discordar do mestre no que diz respeito ao caminho transcendental das idéias.

Afirma ainda que, em 1923, Heidegger se torna catedrático na Universidade de Marburg e dez anos depois, Reitor da Universidade de Freiburg, dedicando-se ao estudo da ontologia⁶.

Enquanto para Husserl, o objetivo era tornar visível as estruturas da consciência, para Heidegger o que importava era o ser na sua existência, ou seja, a ontologia existencial (BICUDO, 1994).

Com este novo olhar sobre a existência do ser, em 1927, Heidegger publica uma obra de extrema relevância para a ciência, denominada *Ser e Tempo* demonstrando o caminho a ser percorrido na busca do entendimento do sujeito (LOPES; SOUZA, 1997).

Nesta obra, Heidegger (2001, p.32) busca o sentido do Ser que é entendido como “ser de um ente, ou seja, ente é tudo de que falamos, tudo que entendemos, com que nos comportamos dessa ou daquela maneira, ente é também o que e como nós mesmos somos”.

Sendo a fenomenologia o mecanismo para se determinar elementos da ontologia a mesma só se efetivará com o pensamento fenomenológico. Heidegger

⁶ Ciência que busca a essência ou o ser do ente (DARTIGUES, 1973).

(2001, p.66) afirma que “o conceito fenomenológico de fenômeno propõe, como o que se mostra, o ser dos entes, o seu sentido, suas modificações e derivados”.

A partir de *Ser e Tempo*, Heidegger coloca como objetivo central, não o conhecimento em si, mas o ser em toda sua existência (BICUDO, 1994). O homem é compreendido como ser-no-mundo, ou seja, ele é pre-sença, modo de ser, ser-aí, *Dasein*. Em seus escritos, o pensador se utiliza da hifenação, buscando o fundante das palavras, possibilitando que o sentido das mesmas se revele, desvelando a essência (LOPES; SOUZA, 1997).

Para Heidegger (2001), todo questionamento possui em sua estrutura, um questionado (ser), o interrogado (ente) e o perguntado (sentido do ser), sem o qual seria impossível a compreensão do sujeito como ser existencial.

A ontologia construída por Heidegger é hermenêutica, pois a interpretação do ser está baseada na compreensão, captando os modos de ser do sujeito na cotidianidade (LOPES; SOUZA, 1997).

Heidegger compreende o mundo sob três aspectos: as situações vivenciadas no cotidiano, ou seja, o mundo circundante, a convivência com outros sujeitos, que constitui o mundo humano, e a relação do indivíduo consigo mesmo, qual seja, o mundo próprio.

Nessa compreensão, reitero que a fenomenologia é uma possibilidade na pesquisa em enfermagem, por permitir a compreensão dos fenômenos vivenciados pelo ser humano, valorizando-o como ser-no-mundo, possuidor de características singulares que o diferencia. Nesse movimento, permite o surgimento de um olhar reflexivo e o emergir de mudanças de atitudes naquele que a apreende como possibilidade.

Diante do relato de Heidegger, afirmando só ter compreendido o sentido completo da fenomenologia quando passou a ver fenomenologicamente, é que busquei compreender o significado da amamentação para primíparas que vivenciaram fissuras mamárias e que amamentaram com êxito, compreendendo suas vivências, como ser-aí.

Aderência do Método em Heidegger ao objeto de estudo

[...] Qualquer conhecimento se realiza já sempre na base do modo de ser do estar-aí, modo de ser que denominamos “ser-em”, isto é, o já-sempre-estar-junto-de-um-mundo. Conhecimento não é um comportamento que começa num ente que ainda não “tem” mundo, que estivesse livre de qualquer relação com o seu mundo [...] (STEIN, 2005, p.29-30).

A aproximação com a fenomenologia foi desencadeada a partir da perspectiva de desvelar o fenômeno da amamentação para a primípara que o vivenciou com fissuras mamárias, ou seja, a busca pela compreensão do significado preponderou em relação ao caráter biológico e tecnicista que, por vezes, o quadro de fissuras impõe na questão assistencial.

Esta escolha pela fenomenologia como método e teoria foi possibilitada, ao adentrar no mundo acadêmico, pela oportunidade oferecida no processo de orientação de mergulhar no referencial heideggeriano de forma gradual e contínua, através de inúmeros estudiosos. Heidegger coloca que a fenomenologia só é percebida como caminho para o entendimento do ser, a partir do momento em que a vejo como possibilidade de significar o vivido, o esquecido pelo mundo circundante, o oculto, velado na cotidianidade.

Dessa maneira, Stein (2005) reafirma que o significado dos fenômenos pode apresentar-se encoberto pelo óbvio, pela separação entre consciência e mundo e pela dicotomia entre sujeito e objeto.

Assim, a partir da vivência das primíparas no processo do amamentar com fissuras, tornou-se inevitável a compreensão do mundo circundante e do mundo próprio de cada uma, determinados pelo modo de ser da pre-sença ou ser-aí.

A esse respeito, Damasceno (1997) salienta a importância de considerarmos o método fenomenológico como mecanismo de compreensão e posterior interpretação do mundo próprio do ente, na busca pelo entendimento do ser, na sua completude.

Por sua vez, Capalbo (1996) pontua que a fenomenologia, enquanto hermenêutica, pretende compreender a existência mediante a reflexão atual, de forma a captar suas significações, baseada na historicidade.

Segundo Silva (1974), o método fenomenológico atua na interpretação dos significados ocultos, na investigação dos fenômenos de forma singular, individualizada, na tentativa de apreender o fenômeno tal como se apresenta e é vivenciado.

Este autor esclarece ainda que a fenomenologia é a busca às coisas mesmas, frente a todas as construções superficiais, a todos os descobrimentos casuais, frente à adoção de conceitos só aparentemente rigorosos, frente a questões aparentes que se propagam através das gerações como “problemas”.

Para Huisman (2001), o vivido condensa muito mais a existência do que uma reflexão a seu respeito, em que se perde algo da existência, ou seja, sua intensidade. A própria existência ensina como e o quê podemos aprender.

Heidegger (1995) refere que o ser é o mais próximo e que este se torna, para o homem, um ente privilegiado, a cada dia mais distante, pois o ser humano costuma se prender ao mundo das coisas, ao mundo objetivo, mensurável e palpável. Nesse sentido, compreender o significado da amamentação para a primípara que vivencia fissuras mamárias e que mantém a amamentação é apreender seu ser no mundo subjetivo, ou seja, no mundo próprio das significações.

Neste enfoque, o método fenomenológico visa a dimensão anterior da relação sujeito-objeto, ou seja, utiliza a dimensão da hermenêutica como forma de compreender o ser-no-mundo (STEIN, 2005). Este tem por finalidade des-construir, des-fazer conceitos anteriormente definidos para, em seguida, construir, refazer novas maneiras de ser - com ou de ser-aí, baseado nos sentidos e significados velados no mundo cotidiano.

A questão do sentido do ser é algo retomado em toda a obra heideggeriana, a partir dos modos de ser como explicitação de si mesmo, mediante o modo de ser-no-mundo (STEIN, 2004).

Na tentativa de desvelar o ser-mulher-primípara na vivência das fissuras e, conseqüentemente, o significado desta prática para a mesma, se fez necessário a compreensão dos modos de ser, pautada nos conceitos heideggerianos em direção ao desencobrimento do ser em questão.

Esse referencial filosófico consiste em adentrar na realidade vivida mas que, muitas vezes, permanece encoberta e nela manifestar aquilo que está oculto à reflexão, atuando no ente em busca do ser como desvelamento (STEIN, 2001).

Assim, a fenomenologia atuaria como possibilidade de abertura do ser no ser-aí, diante da esfera de esquecimento do sentido do ser, desvelando-o. Mediante a interrogação pelo sentido, significado, pela verdade é que o ser se manifesta.

Concordo com Stein (2001, p.179) quando afirma:

[...] Aquilo que faz o homem pensar é o ser, o ser no estranho modo de entrar em relação com ele, pois seu desvelamento próprio é ocultar-se. É por isso que o método fenomenológico que se aplica ao fenômeno no sentido fenomenológico, justamente, consiste em mostrar aquilo que, em seu próprio ato de manifestação, se vela [...].

Portanto, trata-se de um estudo de natureza compreensiva, de abordagem fenomenológica, por apreender que este referencial possibilita a compreensão da presença, entendendo que o ser se desvela e se retrai no ente. Segundo Forghieri (1993), a Fenomenologia tem a capacidade de ir do constituído, ou seja, da realidade concreta ao constituinte ou à essência, buscando, na vivência de cada sujeito, a “coisa mesma”, unindo o objeto à consciência, o sujeito ao mundo, atribuindo significações.

Sendo assim, compreender o significado da amamentação, para primíparas que vivenciaram fissuras mamárias e que amamentaram, constitui a busca ao vivido na elucidação do sentido do ser, baseado nos modos de ser da presença.

6 TRAJETÓRIA DO ESTUDO

A vivência da ambientação e a descrição do *locus* do estudo

Vivenciar as etapas que envolvem o método fenomenológico exige que coloquemos em suspensão nossos valores, julgamentos, na tentativa de compreender o ser, no processo interativo, com momentos únicos, onde o conhecimento passa pelo processo de des-construção.

Nessa tentativa, busquei adentrar no mundo assistencial oferecido ao ser-mulher-primípara, projetando-me na direção da compreensão pelo significado da amamentação para essas mulheres, na vivência das fissuras mamárias.

Assim, o locus para o levantamento destas primíparas que vivenciaram fissuras mamárias e que amamentaram definiu-se por um serviço público estadual com fluxo de clientela definido por demanda espontânea e referenciada, denominado Instituto de Perinatologia da Bahia-IPERBA, no município de Salvador.

A capital baiana encontra-se habilitada na Gestão Plena da Atenção Básica desde 1996 e possui, como base econômica, o turismo, o comércio e a indústria. Conta com uma área territorial de 707 km² e uma população estimada, no ano de 2005, de 2.673.560 habitantes (IBGE, 2006).

O IPERBA disponibiliza 122 leitos para atendimento à clientela do Sistema Único de Saúde - SUS e oferece assistência especializada em: planejamento familiar, acompanhamento pré-natal, preventivo do câncer cérvico-uterino, atendimento às vítimas de violência sexual e interrupção da gestação nos casos previstos em lei, neonatologia e estimulação precoce.

Desde 2003, a Instituição foi credenciada como Hospital Amigo da Criança, mediante o cumprimento dos dez passos para o sucesso na amamentação. Possui projetos implantados, dentre eles: Parto e Aborto humanizado; Incentivo ao Aleitamento Materno e Método Mãe Canguru; Interrupção da Transmissão do HIV e da Sífilis; Assistência às Mulheres Vítimas de Violência; Interrupção da gestação nos casos regulamentados pela lei e Maternidade Segura.

Com relação à estrutura física, o serviço apresenta consultório de atendimento feminino, consultórios clínicos e não médicos, sala de cirurgia ambulatorial, sala de enfermagem, sala de recuperação, sala de curetagem, sala de parto, sala de parto normal, sala de pré-parto, central de esterilização, farmácia, lactário, lavanderia, necrotério,

nutrição, Serviço de Arquivo Médico e Estatístico-SAME, serviço de manutenção de equipamentos e serviço social (DATASUS, 2006).

No momento da captação das depoentes, encontravam-se em tramitação a implantação de 5 leitos de UTI neonatal, o Banco de leite Humano e a Casa da Mãe Nutriz.

A escolha por este serviço se deu em virtude do mesmo possuir o registro de mulheres que vivenciaram fissuras e que amamentaram, no livro ata denominado *Acompanhamento das não-conformidades relacionadas ao aleitamento materno*, mesmo que de forma incipiente, constando o nome da mulher, o tipo de intercorrência e a data de admissão na unidade assistencial.

A equipe multidisciplinar é composta por enfermeiras(os), técnicas(os) de enfermagem, obstetras, neonatologistas, assistentes sociais, psicólogas e realiza trabalhos educativos contínuos com gestantes e puérperas, sobre os benefícios da amamentação para a (o) filha(o), cuidados com a mama, técnicas de manejo na amamentação, sensibilizando essas mulheres para a continuidade da amamentação, seguindo a normatização do Ministério da Saúde.

A *priori*, foi realizado um levantamento em 3 (três) unidades de saúde, momento em que percebi a inexistência de registro sobre mulheres que amamentaram com fissuras mamárias, especialmente primíparas, o que dificultaria a realização da pesquisa. Durante esse achado, percebi, na fala dos profissionais que prestavam assistência em Saúde da Mulher, principalmente daqueles que a assistiam na fase da amamentação, sentimentos ambíguos.

Por vezes, deixavam escapar a necessidade e a importância de um controle dos dados sobre as mulheres que vivenciaram fissuras mamárias, a fim de facilitar o campo para possíveis pesquisas que beneficiassem a assistência, através de novas discussões e de novas proposições para o assistir, baseado na valorização dessas mulheres, mas a inexistência do registro era fundamentada pela sobrecarga de trabalho, número reduzido de profissionais, abordagens diferenciadas no que se refere à amamentação.

Outros, porém, demonstravam que o acompanhamento era eficaz, apesar da inexistência dos dados, ou seja, a assistência era tão eficiente que não se fazia oportuno o registro.

Sendo assim, portando todas as informações necessárias sobre o IPERBA, percebi que era chegada a hora de realizar o levantamento das depoentes, ou seja, das primíparas que vivenciaram fissuras mamárias e que amamentaram, iniciando a etapa

mais importante deste estudo, compreender o significado da amamentação a partir dos modos de ser de cada uma, de forma vivencial, logo existencial.

Aproximação ao ser-mulher-primípara

Os aspectos éticos da pesquisa permearam toda a elaboração do projeto, bem como as etapas que se seguiram, a coleta dos dados e a análise compreensiva, sempre respeitando as depoentes que se constituíam em primíparas que vivenciaram fissuras e que amamentaram.

Nessa perspectiva, encaminhei o projeto para avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, pautado nos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, definidos na Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e, simultaneamente, realizei visitas periódicas ao Instituto de Perinatologia da Bahia, na tentativa de conhecer a equipe multiprofissional ali inserida, bem como a estrutura física e, conseqüentemente, efetuar o levantamento das primíparas que vivenciaram fissuras e que amamentaram (BRASIL, 1996).

Anteriormente ao levantamento dessas mulheres no referido instituto, tive a oportunidade de discutir com a direção da unidade como aconteceria a operacionalização da pesquisa, de forma a não alterar as normas institucionais e facilitar a realização da mesma. Assim, a relação transcorreu de forma empática, colaborativa e amigável durante toda a fase de captação das depoentes.

Após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa e liberação pela Instituição escolhida, iniciei o levantamento das primíparas através do livro de *acompanhamento das não conformidades relacionadas ao aleitamento materno*, fornecido pela equipe e que permanecia nas enfermarias de atendimento a essas mulheres.

Em virtude das informações encontrarem-se incompletas, no que tange aos dados pessoais das primíparas, fez-se necessário o levantamento através do prontuário, momento em que observei o descompasso entre a assistência e o registro das ações assistenciais, ou seja, o quadro de fissuras era citado, mas não detalhado.

Nessa etapa, foram identificadas 32 depoentes, sendo que 03 prontuários não foram localizados no instituto, fato comunicado à enfermeira auditora para possíveis averiguações e tomada de decisões.

Assim, após ter acesso aos dados pessoais, contactei com as depoentes, inicialmente por telefone, fase em que percebi que, das 29 depoentes, 02 estavam fora dos critérios, 19 não se encontravam no telefone identificado no prontuário e 08 foram localizadas.

Impulsionada pela relevância social da pesquisa, não me dei por satisfeita e percorri subúrbios da cidade de Salvador na tentativa de encontrar as depoentes, mas, infelizmente, os dados referentes ao endereço e telefone estavam desconexos.

Enfim, a etapa subsequente envolveu a minha identificação a essas mulheres, relatando, de forma clara, o objeto, o objetivo e a relevância da pesquisa para outras primíparas, bem como para as instituições que as assistem. Esse contato inicial foi marcado pela curiosidade, motivação e surpresa, sentimentos apresentados em ambas, pesquisadora e depoente. Posso afirmar que esse primeiro processo interativo foi decisivo para a aceitação de todas as depoentes na realização da pesquisa. Senti que ter atuado em Saúde Coletiva, utilizando uma linguagem fácil e de senso comum, contribuiu na abordagem a essas mulheres, que possuíam um nível sócio-econômico e cultural deficientes.

Sendo assim, após contactar com as 08 depoentes por telefone e de ter explicado sobre a pesquisa, agendamos um encontro em conformidade com o dia e horário que fossem mais agradáveis e mais oportunos a cada uma, considerando suas particularidades, seu individualismo.

As visitas domiciliares foram iniciadas e finalizadas em janeiro de 2006, fase em que me senti motivada e disposta a adentrar no mundo próprio de cada uma dessas mulheres, livre de pré-conceitos e de pré-julgamentos. Dessa forma, percorri a periferia baiana, apesar de não conhecê-la, com a certeza de que esta seria uma experiência singular, afinal entraria no movimento de ser-com, entendendo o ser-mulher-primípara de forma subjetiva.

Ao buscar cada endereço, cada localização referenciada pelas primíparas, ia guardando na memória cada gesto, cada palavra no momento do encontro, as características do lar de cada uma, o cuidado dispensado a(o) filha(o) que faziam questão de demonstrar, cada cantinho da casa humilde que partilhavam com orgulho, cada familiar que insistia em compartilhar esse momento novo e inesperado, como se fosse uma vivência que pudesse ser grupal.

Ao adentrar no lar de cada uma dessas primíparas, me senti como se fosse um membro daquela família. Afinal, em tão pouco tempo, já partilhavam comigo momentos

tão seus, como se eu já fizesse parte da família, como se eu fosse uma amiga próxima, aquela com quem se pode desabafar e contar fatos tão íntimos. Nesse momento, fiquei tomada de emoção e tive a certeza que a interação tinha acontecido da forma mais natural e empática possível. Enfim, certa desta relação harmoniosa, li e expliquei com detalhes, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), enfocando a participação voluntária, o sigilo, o anonimato com linguagem apropriada e solicitando a gravação dos depoimentos em fita cassete, posteriormente a assinatura do documento de pesquisa.

Mediante a participação voluntária de todas as depoentes, cada qual a seu momento e a seu modo de ser-com, fui conduzida a um cômodo da casa, preservando o silêncio e a privacidade, oportunizando a realização da entrevista fenomenológica.

Dessa forma, foi utilizada, como técnica de coleta dos dados, a entrevista fenomenológica, pois esta permite captar o sentido ou significado da vivência dos fenômenos para as pessoas, baseado no existir cotidiano (FORGHIERI, 1993). As questões norteadoras foram as seguintes: *Como foi para você amamentar, tendo fissuras mamárias? Como você se sentiu amamentando nessa situação?*

Esse momento foi marcado por profunda emoção pelas depoentes e por mim, enquanto pesquisadora. Sentia-me tão próxima da vivência daquelas mulheres, que, por vezes, silenciava, permanecia com os olhos marejados, sorria, apresentando sentimentos compartilhados.

Em determinados trechos desses depoimentos, tornavam-se claros os sentimentos das primíparas, ao amamentar, na vivência das fissuras mamárias. Suas expressões eram como faróis, anunciavam o significado da amamentação, mas era necessário ultrapassar a luz em direção ao caminho, ou seja, às vivências existenciais.

Lembro-me da comunicação verbal e não-verbal de cada mulher, da minha postura de estar aberta para o vivenciar do outro, permitindo que o ser-primípara se abrisse nos modos de ser do *Dasein*, sem tempo cronológico definido. O tempo, como Heidegger pondera, é definido pela própria pre-sença.

Ao findar das entrevistas, ouvimos juntas os depoimentos, oportunizando a cada uma, novas informações que, porventura, não tivessem sido lembradas naquele momento. Era chegada a hora de dizer adeus e agradecer pela oportunidade singular. Essa trajetória se tornava difícil, quando por vezes, sentia que aquela entrevista tinha ultrapassado as dimensões de uma pesquisa, tornado-se a chance daquela primípara expressar seus sentimentos, significados de forma privativa, o que lhe causava alívio,

simplesmente, por exteriorizar seus desejos, vontades, sofrimentos, sem julgamento e sem opressão.

Posteriormente, as entrevistas foram transcritas na íntegra, preservando a fala originária das mulheres, sendo identificadas por nomes fictícios de Deusas, ou seja, deusas gregas e egípcias. A escolha por esses nomes se deve à valorização do ser-mulher-primípara, pois, assim como as deusas têm algo sobrenatural e de grande importância para a humanidade, essas mulheres, entes privilegiados, têm algo a mais, definido pela vivência como ser-no-mundo.

Os depoimentos foram analisados sob a perspectiva do referencial filosófico heideggeriano, destacando seus conceitos expressos na obra *Ser e Tempo*, caracterizando as primíparas que vivenciaram fissuras mamárias e que amamentaram, extraíndo o significado da amamentação para as mesmas.

7 INTERPRETAÇÃO COMPREENSIVA

A compreensão vaga e mediana

Ser, no sentido de existir, é permanecer engajado numa possibilidade de si mesmo, quer a tenhamos ou não escolhido, de tal modo que esta possibilidade, nós a temos precisamente - a ela nos relacionado - com o ser no sentido verbal e transitivo (DUBOIS, 2004, p.18).

Heidegger (2005a) salienta que estamos constantemente na busca pelo sentido do ser e isto se verifica quando questionamos o que nós mesmos somos. O homem, como ente envolvente, questiona o ser durante toda sua existência e esse questionamento é sempre uma procura.

Huisman (2001) discorre que o fato de Heidegger não considerar o homem um ser, ou seja, sua existência não poder preceder sua essência é o que o diferencia de outros filósofos existencialistas, dando ao mesmo um caráter inovador e mutável nas idéias do pensamento.

Por sua vez, Stein (2001) coloca o método fenomenológico como possibilidade para que o oculto se desvele a partir do que se manifesta. Assim, a manifestação do ser se dará de forma explícita com o apoio da ontologia.

Segundo Inwood (2002), ontologia é o estudo dos entes em busca do conhecimento profundo do ser e esta nos proporciona o retorno do esquecido, daquilo que permanece embotado pela evolução cultural, política e econômica da sociedade.

Dessa forma, a compreensão do ser não será definida *a priori*, pois somente a partir da clarificação, do desvelamento, do desocultamento dos seus conceitos é que obteremos o esclarecimento explícito da questão do sentido do ser.

Dubois (2004, p.16) afirma que a questão do sentido do ser advém do questionamento do ente, aquele que questiona o seu ser. Para este autor, a maneira para se esclarecer a questão do ser, está expresso na seguinte afirmativa:

[...] é em primeiro lugar tornar transparente o ser da questão, ou melhor, daquele que questiona. O interrogado é aquele que interroga. A questão do sentido do ser parece se curvar sobre si mesma, propor-se a princípio como explicitação do ser do ente para o qual a questão do ser faz questão, para o qual o ser está em questão [...].

Corroborando com as idéias do filósofo Martin Heidegger, que define o ser como a maneira pela qual algo se torna presente, manifesto, entendido, percebido, compreendido e finalmente conhecido para o ser humano, para o ser-aí ou *Dasein* é que mergulhei nos depoimentos de primíparas que vivenciaram fissuras mamárias e que amamentaram, buscando o significado que as mesmas atribuíam ao fenômeno da amamentação, valorizando a subjetividade, a singularidade e permitindo o desencobrimento do seu ser.

Neste sentido, realizei leituras sucessivas das entrevistas, recordando cada palavra, gesto, silêncio dessas mulheres, de forma a reviver e rememorar todos os momentos dos depoimentos, captando o significado que, por vezes, se mantinha velado na cotidianidade.

Sendo assim, pautada no método fenomenológico, construí 5 (cinco) unidades de significado, objetivando a expressão do significado da amamentação pelas primíparas que vivenciaram fissuras, as quais apresento a seguir:

- A manutenção da amamentação manifestou-se como um ato permeado pela dor, pelo desconforto e pelo desconhecimento. Foi um ato de amor, sacrifício e obrigação.
- A continuidade da amamentação, apesar da vivência de dor, foi atribuída às necessidades da criança.
- O processo de amamentar, apesar das fissuras, contou com o apoio do cônjuge, dos familiares, da equipe multidisciplinar e de outras nutrízes.
- O valor nutricional do leite materno revelou-se como compensador na manutenção da amamentação.
- A amamentação com fissuras revelou-se como momentos de incapacidade que se apresentam na vivência materna.

Em seguida, apresento as referidas unidades, explicitando trechos dos depoimentos que me conduziram na compreensão do sentido velado por essas primíparas.

**A MANUTENÇÃO DA AMAMENTAÇÃO MANIFESTOU-SE COMO UM ATO
PERMEADO PELA DOR, PELO DESCONFORTO E PELO
DESCONHECIMENTO. FOI UM ATO DE AMOR, SACRÍFICIO E
OBRIGAÇÃO.**

[...] Eu queria desistir porque dói, dói muito e, como enchia, então... e o peito, eu tirava fraldas e mais fraldas e botava na roupa suja da menina, encheu demais [...] E o outro chega, tava de carne viva mesmo, aquele negócio carne viva, mas doe, viu... doe tanto... de vez em quando eu chorava [...] Esse daqui (*seio direito*), vez em quando, como enche, ainda fica assim... parecendo que tem umas glândulas, é... parece que é uma veia grossa e doe como quê, por enquanto tenho que esvaziar ele, não sossega. Fora disso. Aí ficou, de vez em quando eu tiro e jogo fora. De vez em quando, doe só esse aqui (*seio esquerdo*) o que ficou mais ferido, o que ficou carne viva. Esse aqui não doe muito não! (*apontando para o seio direito*) [...] Doe demais, mas teve que amamentar [...] Eu continuei amamentando ela e amamento até hoje. Ela já vai fazer já 6 meses [...] Eu me senti que assim, né. A obrigação de dar mama à criança, mesmo assim doendo ou não, [...] porque é obrigação de mãe. Já desde a barriga, o amor que eu tenho por ela e tudo... e ver minha filha chorando, com fome e não amamentar... Caso que tá doendo, não! Tem que dar, eu peguei e dei e ela mama até hoje [...] **Afrodite**

[...] Chorava ele e chorava eu, de dor. Sangrava muito... meu peito [...] Doía muito... sem tirar que eu só via sangue [...] Porque era muita dor... muita dor. Eu acho que ele não se alimentava direito porque praticamente saia só sangue, que ele não puxava. Quando ele botava a boca, saia sangue, sangue, sangue [...] Teve uma época que eu cheguei a desmaiar de dor, que eu não agüentava mais [...] Primeiro, porque no parto foi horrível. A gravidez toda foi horrível. O parto nem se fala e, depois, o peito. Aí, pó, não teve (*risos*) experiência nenhuma boa. Olhando por esse lado, não teve nenhuma. Agora, olhando por outro lado, não! Você teve uma criança, teve um filho, aquela coisa toda... tá tudo bem, mas o meu sofrimento e o sofrimento dele..., porque sofria eu e sofria ele, aí eu não quero mais ter filho nenhum [...] **Ártemis**

[...] Doía muito meu seio, muito mesmo. Quase toda hora, eu tava lá na nutricionista incomodando ela, mostrando que tava doendo muito. Eu, eu pensava até que era algo por dentro do seio, que doía tanto que eu pensava era algum ferimento por dentro do seio [...] Eu dei mama, mas ali eu realmente nunca tinha passado o que eu passei ali, nunca. Desde a hora do parto, nunca passei aquela dor que eu tava sentindo. Nunca tinha sentido [...] Não tinha motivo maior do que aquela dor que eu sentia [...] Então, pra mim, foi difícil, doía muito, eu chorava, pra falar a verdade, eu chorava de dor, mas eu continuei dando [...] Então, eu agüentava a dor e dava mama a ele, mas doía muito... muito mesmo. Foi difícil, mas eu continuei dando e hoje eu não sinto nada. E ficou só 15 dias e pronto [...] É... uma sofredora, pra falar a verdade, né (*risos*). Isso é um sofrimento. Eu me senti uma sofredora, ali chorando, mas, vendo aquela coisa pequenininha no meu colo, pedindo mama, e eu tendo que dar, chorando com lágrimas no coração já que doía muito. Eu me senti, na verdade, uma sofredora naquele momento, mas eu vendo meu filho chorando e pedindo mama eu não ia rejeitar meu

seio pro meu filho, claro [...] Eu não, eu me sentia uma sofredora, mas, ao mesmo tempo, uma vencedora, porque eu consegui até hoje amamentar ele só no seio e chegava em casa meu marido morria de pena de mim, que eu chorava, chorava de dor, mas, ao mesmo tempo que eu fui uma sofredora eu fui uma vencedora que agüentei amamentar ele, apesar de toda dor e ele tá aqui hoje com 3 meses só dou mama, mais nada [...]

Démeter

[...] Ah... foi horrível! Eu tinha vontade de parar de dar mama porque doía muito e eu ficava, ficava me espremendo toda. Aí eu dizia: Ah, não vou dá mais não! Ah... eu vou parar, vou parar, mas eu ficava com pena, que ela queria mamar, ela chega parava assim..., quando eu pegava no peito que eu gritava, ela parava e ficava me olhando. Aí eu tinha vontade de parar de dar mama porque doe muito [...] Porque era a única alimentação dela e tem tantas mães aí que quer dar mama a seus filhos e não pode porque não tem leite e eu tendo vou parar... aí eu tentei suportar a dor [...] **Perséfone**

[...] No começo foi... eu fiquei com medo de dar mama a ele porque ia sangrar muito, né. Sangrar... Aí, eu fiquei com medo também pra passar nada pra boca dele, também... porque disse que passa, né?, mas aí eu consegui [...] Quando eu coçava, agitava mais e ficava vermelhão os dois peito. Aí eu ficava queimando, mas aí eu consegui dar mama a ele [...] **Isís**

[...] Bom... foi horrível, viu... Doe, doe, doe, mas eu ainda pensava... Meu Deus eu vou parar de amamentar... se bem que meu filho só tinha 2 meses [...] Doe, doe, doe muito, sangrou bastante, passei pomada e não gosto nem de lembrar da dor (*olhos marejados*) que eu senti, mas tive que parar de dar porque eu não ia misturar o leite com sangue. [...] Uma dor horrorosa... De noite, eu chegava a chorar... de dor [...] Aí, fora essa dor esquisita assim do começo, não tive nada. Agora, no 3º dia em diante, foi que começou aquele negócio no peito. O peito chegava a ficar torto, o bico. Ficava torto, bem assim... todo pra cima que eu achava que a língua dele, sei lá o que era que fazia alguma coisa com o bico e ainda tentava botar certo o bico, mas nada! Ele pegava o bico todinho, mas só sugava pra cima e machucando [...] Eu tomei (*decisão pela suspensão da amamentação*)... por causa dos cortes, mas sem orientação médica nenhuma. E, quando na verdade, eu tirei, já não tava, não tinha tanto leite. E eu chorava por causa disso. Às vezes eu ficava... Meu Deus do céu, olha pra isso... meu filho tá chupando o quê aqui. Não tá saindo nada. É como se eu tivesse dando bico pra tapiar... a ele. Entendeu? Então, eu botava, aí ele ficava, ficava e eu sabia se a qualquer momento que ele soltasse ali ou que eu tentasse tirar pra atender um telefone ou beber uma água, alguma coisa assim... ele ia chorar. Foi difícil, eu acho que pra qualquer mãe... tirar nessa situação, é difícil [...] **Renenet**

[...] Era ruim, dolorido. Muito ruim... pra eu dar mama assim. Tanto que eu nem dei muito leite no começo, não dei assim... muito, não! [...] A médica disse que não tinha, não prejudicava. Eu dei a mama com leite, como é que diz... com sangue [...] Aí, eu dizia: Gostar? Eu ainda acho um sufoco na hora da amamentação, um sufoco... Mas eu quero que chegue logo essa época que eu teja sentindo prazer de dar mama a minha filha [...] Aí, eu comecei dar mama, eu pegava, fechava os olhos e tinha até uma música

porque eu sou cristã, tinha até uma música que eu cantava na hora de dar mama que eu pegava, botava Júlia no peito e começava a me torcer ali de dor. Aí, a lágrima escorrendo e eu dando mama, tanto que ela chegou até a beber sangue [...] e aí eu fui aguentando, mesmo pelo amor mesmo que eu senti, que eu sinto pela minha filha fui dando a mama assim, o peito ferido [...] eu fui me acostumando mais, doendo mas dava, fui acostumando até... quando chegou o ponto que sarou, que não fazia mais tanta dor. Tava ferido ainda porque levou um tempo assim, meu peito, aí eu não sentia tanta dor e continuei dando. Não larguei não, não deixei de dar, não! [...] Silêncio (*olhos marejados*)... Eu me senti, eu me senti assim... que eu era a mãe, que eu tinha aquela responsabilidade de dar, que minha filha não ia poder ficar sem tomar o leite, sem mamar, como eu já vi casos de mães que deixou de amamentar porque o peito feriu e aí eu me senti que eu era a mãe, que eu tinha aquela responsabilidade de passar... é de dar mama. Aquela obrigação. Eu deixei o meu lado, eu deixei Oya um pouquinho de lado e quis ser aquela mãe protetora, cuidar de minha filha e só isso... que eu senti [...] **Oya**

[...] Era um sofrimento tão grande que até a água do chuveiro ao cair em cima que as médicas mandavam colocar debaixo do chuveiro de água quente, colocando, que ajudava. Não ajudava em nada. Era dor pior. O seio, se colocava sutiã doía, se colocava... que manda abrir pra deixar o bico do lado de fora doía mais ainda, entendeu? Então, tudo era dor. Tudo, tudo era dor... pra qualquer jeito, enchia demais que ela não conseguia sugar, que era muito, aí doía mais ainda, mas valeu a pena, que é tanto que, até hoje, até hoje ela só quer mamar [...] Ainda comprei NAN, só que depois desisti e não quis dar. Porque dei uma vez e ela sentiu cólica, então eu preferi mesmo sofrer do que deixar minha filha sofrer [...] Eu falo: por ela, eu mato, morro! Se for de sofrer, se for de cair o peito todo, vai cair até o dia que ela quiser mamar. Ela agora mesmo, já tá apertando já... a gengiva. O daqui já tá todo dolorido, vermelho. Aí, eu fico brincando com ela que eu vou tirar, vou tirar! Eu não! Ela mama até o dia que ela quiser. Foi tanto que eu mamei até 3 anos de idade [...] **Hebat**

**A CONTINUIDADE DA AMAMENTAÇÃO, APESAR DA VIVÊNCIA DE DOR,
FOI ATRIBUÍDA ÀS NECESSIDADES DA CRIANÇA.**

[...] e, vez em quando, ela não queria só pegar naquele que tava bem ferido, não! Ela queria pegar só mais em um em que no outro [...] Então, mas só que ela não quer nesse... (*risos*) ela quer nesse aqui (*apontando para o seio esquerdo*) [...] mas ela só quer nesse, só quer nesse...tanto que eu tenho um maior e outro menor. Esse aqui é maior (*seio esquerdo*) e esse aqui é menor (*seio direito*). E ela só mama mais nesse (*seio esquerdo*). Nesse aqui, não! Nesse aqui pra ela pegar eu tenho que forçar pra ela pegar (*apontando para o seio direito*) [...] **Afrodite**

[...] Minha mãe pegava chá e dava pra ele. Mesmo assim, ele queria ficar no peito. Tanto que, até hoje, ele é viciado no peito, ele come outras coisas, mas ele só quer o peito [...] **Ártemis**

[...] Porque me dava pena dela, tinha pena... ela percebia quando ela mamava ela olhava logo pra mim, ficava olhando eu gritar. Aí eu suspendia até o rosto pra ela não ver, por isso... eu tinha pena dela [...] **Perséfone**

[...] Ele tava nem querendo tentar pegar mas, aí eu tentei até pra ele pegar [...] **Isís**

[...] Mas até então minha filha, ele só ficava no peito, não fazia nada, não dava água, não dava nada, só peito [...] Porque ele quer comer mais do que eu tinha... (*risos*), aí eu fiquei triste. É isso. Com fé em Deus, o próximo eu vou amamentar até os 6 [...] **Renenet**

O PROCESSO DE AMAMENTAR, APESAR DAS FISSURAS, CONTOU COM O APOIO DO CÔNJUGE, DOS FAMILIARES, DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR E DE OUTRAS NUTRIZES.

[...] Aí, minha irmã ainda falava assim: Afrodite, você tem que dar nos dois, porque você vai ficar com um peito maior e outro menor [...] e as enfermeiras: Mãe, tire ela desse peito e bote ela nesse daqui que tá mais ou menos [...] Bom... eu me senti que ela (*a enfermeira*) tava com a razão dela e ela me ajudou bastante. Me dava compressas de água quente, vez em quando , quando não era quente, era água gelada. Mandava eu botar. Teve um dia que eu botei muito e ficou aquele peito vermelhão com as manchas vermelhonas, que eu disse oh tô com febre no... no seio. Ela, né febre não... é porque você deixou muito aí, então Afrodite deu... (*me esqueci o nome que ela falou que tinha dado*). Aí, eu disse, bem a enfermeira disse, então pera aí que vou pegar uma compressa de água gelada. Aí eu botei, aí passou as manchas vermelhas. Aí o leite começou a sair que tava mesmo aquelas pedronas. Parecendo que era um bocado de caroços. No mais, que eu dava mama, porque o que ficou de carne viva, o outro nem tanto [...] **Afrodite**

[...] Aí, minha mãe mesmo e todo mundo dizendo... Ah... pode dar que alimenta, que vai passar... Foram dois meses de sofrimento... Então, pra mim, dependendo disso para eu ter outro filho, eu não tenho nunca! porque feriu demais... (*olhos marejados durante esta fala*)[...] Aí, no hospital o médico quando eu me internei da segunda vez, ele ficava: Dê mama, dê mama. Eu dava. Eu tive hemorragia, aí eu subi pro... pra parte de cima, né. Aí, quando eu subi eles mandaram Davi subir pra que o resto do parto descesse e ele tinha que ficar na mama, enquanto os outros ficavam na minha barriga apertando pra sair, mas ele tinha que mamar pra que o útero, eliminasse, né... as coisas ruins que tavam dentro de mim. Então foi uma situação muito... deprimente [...] As enfermeiras e os médicos... ai têm que dar, empurrava ele no peito e me seguravam. Seguravam minha mão, botavam ele no peito [...] **Artémis**

[...] Ela (*a enfermeira*) disse que não tinha nada a ver, que só era no bico mesmo, que era porque ele tava aprendendo a puxar ainda e eu nunca tinha tido filho... né [...] É tanto que ela (*a enfermeira*) falou: se você continuar, você vai ver que vai passar [...] Eu conversava lá com as mulheres que estavam lá internadas comigo. Elas diziam que, se eu não tivesse güentando mesmo, era pra eu parar. Ficar fazendo massagem e depois, quando eu viesse pra casa ou então no dia seguinte que eu tivesse me sentindo melhor, era pra eu dar mama a ele, mas eu não queria [...] Ah... foi... foi... foi legal. Todo mundo me ajudava. Meu marido segurava na minha mão na hora de dar mama. Guenta, amor, guenta! Minha mãe vinha pra cá ficar comigo porque eu ficava sozinha aqui. E na hora que ele mamava, era só choro pra mim... porque doía mesmo. Minha mãe ficava aqui comigo, meu pai vinha, ficava comigo, minhas irmãs. Todo mundo me apoiou. Todo mundo também dizia que não era pra eu parar de dar mama. Então, todo mundo tava sempre do meu lado. Minha família sempre do meu lado, mas sempre incentivando eu continuar e não desistir [...]

Démeter

[...] Minha tia falou que não passa, que era pra eu tentar dar mama a ele em todos os dois que às vezes têm, como é o nome? (*referindo-se a monilíase oral*) Em criança nova assim. Aí eu consegui dar mama a ele. Mesmo assim, eu sentindo dor que doía assim pra caramba [...] Eu deixei porque eu passei por uma médica que tem lá em cima que eu conheço e ela falou que era bom eu dava a ele porque como assim... eu não tenho dinheiro pra ficar comprando remédio direito, direto: diarréia, esses negócios, têm [...] Porque lá, eu ficava com vergonha de todo mundo. Aqui não! Eu conheço todo mundo. Aí, eu consegui dá. Lá, os pessoal falava que era pra eu tentar dar, as enfermeiras também, mas eu não conseguia. Aí, ela mandou eu comprar o bico do peito pra eu botar, mesmo assim não consegui. Só aqui em casa que eu tentei botar ele, aí ele mamou [...] A enfermeira, ela ia lá ver se eu tava conseguindo, até que ela tentaram me ajudar. Me levantaram meus peitos pra tentar botar na boca dele. Mesmo assim, eu ficava com vergonha, porque eu não queria dar no hospital. Ele tomou leite do hospital. Só em casa que eu consegui [...]

Isís

[...] Aí, quando eu fui, ele (*o médico*) disse isso que meu peito não tinha nada, tava assim do jeito que tá ó... vazio, vazio, vazio... Minha filha, seu filho tá morrendo de fome, aí foi que passou o NAN pra ele [...]

Renenet

[...] Veio um monte de gente de... Botei ali, aquele IPERBA (*Instituto de Perinatologia da Bahia*) de cabeça pra baixo (*risos*), porque eu sou muito... assim, não aguento sentir dor, vou falar mermo e essa dor é uma dor mesmo que é horrível mesmo. Aí eu peguei, aí vinha um monte de gente me olhar, pegava, bulia, aí começou eu ficar sem dar mama. Aí vinha uma e dizia assim: Não, mãe, sê tem que dar mama. Aí eu tentava, aquela coisa, aquela... Eu ficava tentando botar ela pra dar mama, pra mamar [...] Aí veio a enfermeira botou compressa de água quente no meu peito e fez massagem, botou o leite pra sair. Aquela confusão... foi uma confusão mesmo que eu espero nunca mais passar[...] Vim dá mais, quando cheguei em casa e lá na maternidade ela começou a tomar o NAN. Me deram (*sussurando*). Aí todo dia, toda... porque ela ficou lá 3 dias. Vinha de manhã, de noite e de tarde o leitinho pra ela que eu dava, mas não dei muita mama lá, não! [...] Ô, eu comecei a dar. Aí, eu comecei a vir as pessoas e via como é que eu tava. Olha, Oya! eu também já passei por isso, é assim mesmo. Você tem que ter

força, eu chamava por Deus porque é... é muita dor [...] Foi, foi, vinha um dizia uma coisa, dizia outro. Me ensinaram a botar o seio no sol pra ir melhorando, usei pomada, essas coisas... foi [...] **Oya**

[...] Todo mundo mandava passar isso, passar aquilo, mas aí, com o tempo, com 20 dias depois melhorou [...] As enfermeiras... bota do lado de fora, pode deixar, mãe, pode deixar, mas eu via que era minha filha que tava precisando [...] Bem, eu decidi eu mesmo dar a mama porque eu, todo mundo... vem todo mundo, vem avó, vem tio, vem parente, vem todo mundo, não dá mingau! Todo mundo! Todo mundo! não é pra dar peito, suspende, pára de dá... dá leite. Ninguém morre, não vai morrer. Tem um que viveu até hoje [...] **Hebat**

**O VALOR NUTRICIONAL DO LEITE MATERNO REVELOU-SE COMO
COMPENSADOR NA MANUTENÇÃO DA AMAMENTAÇÃO.**

[...] Porque ela precisa do leite materno e que eu procurei (*risos*), eu tive que cumprir, (*risos*). Que não procurasse eu não tava passando por isso que eu passei [...] **Afrodite**

[...] Quando eu via tanto sangue na boca da criança, eu achava que não tava sustentando, que só tava saindo sangue. Aí, eu não queria só isso ainda não [...] **Ártemis**

[...] Ah... pra mim foi difícil. Primeiro filho, eu sempre pensei assim e até hoje faço. Quando eu tiver meu filho, eu vou amamentar ele até 6 meses que é o recomendado pelos médicos e é o melhor pra ele, mas pra mim foi muito difícil [...] Porque se ele só comia, eu não ia dar mingau a meu filho recém-nascido [...] **Démeter**

[...] E a melhor coisa é o leite materno até os 6 meses. Aí eu dei [...] Ò... ela, uma moça falou que era pra eu continuar dando porque ...é isso, é isso,... pra ele não ter doenças, esses negócios, assim... mas eu fiquei com medo de dar a ele porque- *como o nome?*- ficava véia cedo, esses negócios. Aí, eu não... eu não vou dar porque eu não quero ficar véia, com peito caído, mas eu pensei assim: é melhor dá porque ele é novinho e eu não quero ter preocupação com ele no hospital e tudo e foi até bom eu dá a ele, porque ele nunca foi pro hospital assim... grave. Só uma vez que foi internado por causa do imbigio. Saiu grande, mas aí nunca foi internado, nunca teve febre, só por causa da vacina, só isso e...também, pelo menos- *como é o nome?*- engordei mais porque disse que emagrece, mas eu engordei, fiquei mais madura, esses negócio de mãe. Tenho o carinho dele assim, porque parece que quando a gente dá peito, a gente sente o carinho da criança e tudo. Só isso [...] **Isís**

[...] Porque eu via todo mundo falar que dar o peito era a melhor coisa pra criança. Melhor do que água, do que qualquer outra coisa, apesar de eu já dar um chazinho e dar água pra ele [...] **Renenet**

[...] Aí de noite ainda tentava dar NAN, aí que eu vi que não tava dando certo o leite artificial e eu via quando eu via a minha bichinha só olhando pra minha cara, eu não sabia se eu chorava por causa da dor ou se chorava por causa dela [...] Eu falava assim: só que eu, quando eu engravidei, eu fiz a promessa pra mim mesmo que minha filha ia mamar até os 6 meses. Se depois ela quisesse largar por si próprio, ela largaria. É tanto, que até hoje, eu nunca, eu fui tentar dar mingau, ela tem o quê... vai fazer 1 mês que eu tou tentando dar mingau a ela e dar outras coisas, frutas, verduras, porque eu tenho medo dela largar a mama e a última coisa que eu quero é que ela largue de mamar, entendeu? Eu quero complementar, mas eu nunca... nunca...nunca. Ela só pára de mamar, quando ela quiser [...] **Hebat**

A AMAMENTAÇÃO COM FISSURAS REVELOU-SE COMO MOMENTOS DE INCAPACIDADE QUE SE APRESENTAM NA VIVÊNCIA MATERNA.

[...] Horrível! A sensação que eu consegui dar mama só 2 meses, porque ficou 2 meses ferido. O bico do peito parecia que ia cair, tão ferido que ficou. Passava remédio, passava pomada, mas não adiantava, nada. E eu não consegui e comecei a dar NAN para ele, né. Porque eu não botava no peito. [...] Aí, eu parei por isso [...] Aí, eu acho que eu me senti a pior pessoa do mundo. Primeiro, porque meu filho chorava porque eu não dava mama direito. Ele chorava e eu corria. Capaz até de partir os pontos, porque eu saia correndo a Avenida toda aqui. Não vou dar, não vou dar, porque tava doendo [...] Aí... eu me senti a pior pessoa, porque meu filho chorava, meu filho tava perdendo peso porque eu não tava dando mama direito [...]

Por um lado, antes de eu ter neném, eu sempre quis dar mama. Eu sempre dizia vou dar mama até..., só mama até um ano. Seis meses dá outras coisas, mas besteiras, mas eu ia dar só mama. Quando eu tive neném, que eu vi que não poderia dar mama, aí, eu acho... me senti a pior pessoa do mundo. A pessoa mais fraca do mundo. Porque não era aquela coisa, de, pô... quando eu via outras pessoas dando mama eu achava lindo e quando eu tive meu filho eu não pude dar mama. Era horrível... era uma sensação que não dá nem pra explicar [...] **Artémis**

[...] E eu continuei e passou [...]. Ele mama até hoje. Só faz mamar, até hoje [...] **Démeter**

[...] Fui dando sempre a ele chorando até... mas consegui dar a ele [...] Lá no IPERBA, eu não consegui dar a ele, mas, quando eu cheguei aqui em casa, eu consegui dar [...] **Isís**

[...] Até hoje eu fico... hoje eu podia amamentar até agora, tá amamentando [...] Aí, quando fizeram um exame nele, que ele tava com baixa taxa de açúcar no sangue, foi aí que vieram tentar botar ele pra poder sugar o peito. Disse que ele tava puxando e não tava saindo nada. Aí, quando começaram a botar, disseram que ele não ia poder, eu não ia poder amamentar naquele momento. Aí, subiu com ele pra o berçário, ele passou a noite lá, quando ele desceu... foi que elas começaram a botar no peito [...] Aí eu fiquei sentida porque... ah! porque eu fui mãe e dei não sei... amamentei não sei lá quanto tempo... Aí eu dizia: só amamentei 3 meses! E eu ficava triste por não ter amamentado ele mais tempo [...] **Renenet**

[...] Aí, eu não conseguia mais dar mama e eu dei mama no 1º dia... a noite que eu fui pra sala já de noitinha [...] **Oya**

[...] Eu me senti uma mulher incapaz, entendeu? Por ter a mama e tá daquele jeito e mas eu tinha que dar, né isso? Mas eu, pelo menos, eu me senti mal. Por isso, eu parei até de dar porque eu tava entrando já numa fase que eu me sentia muito mal mesmo. Eu dava, de tanto que eu chorava e gritava... ela parava de mamar pra ficar olhando pra mim. Eu me senti muito péssima, foi muito ruim, foi um momento muito ruim [...] **Hebat**

No momento das entrevistas, as depoentes expressavam mistos de sentimentos, dentre os quais, a tristeza pelo aparecimento da fissura, o que dificultava, em muito, a prática da amamentação, assim como, a felicidade pela permanência da amamentação, o que se constituía como benefício para a(o) filha(o).

Em alguns destes depoimentos, as primíparas demonstraram, através da comunicação verbal e/ou não-verbal, que a continuidade da amamentação, mesmo diante da vivência da fissura mamária, se caracterizava como um ato de obrigatoriedade materna cultuado de forma histórica, social, cultural, econômica e política e, portanto, se sobrepunha ao desejo ou à vontade dessas mulheres.

A decisão pela suspensão da amamentação apresenta-se para essas mulheres como a quebra do perfil idealizado de mãe, ou seja, aquela que deve dispensar amor, devoção, benevolência e se sacrificar em benefício do seu filho. Se, por um lado, essas primíparas desejavam a suspensão da amamentação, por outro, temiam a opressão por parte da família e da sociedade.

Mediante a cobrança social, as primíparas justificavam a suspensão da amamentação, atribuindo-a à insuficiente produção de leite materno, à rejeição ao seio por parte da criança, o que terminava por transferir a responsabilidade pelo desmame à criança e não a si mesma como sujeito decisório.

Por vezes, o sentimento de dever cumprido, a verificação do bem-estar nutricional do filho, a valorização da família, cônjuge e outras nutrizes, atuavam como mecanismos compensatórios, diante do sofrimento físico e psicológico que a fissura desencadeava nas mulheres durante a prática do amamentar.

No que se refere à amamentação atrelada ao quadro de fissuras mamárias, nota-se desconhecimento por parte das primíparas no que tange aos cuidados com a mama, a continuidade ou substituição do leite *in natura* pelo leite artificial, bem como, sobre o quadro clínico dessa intercorrência mamária, colocando em questionamento o tipo de assistência prestada durante o pré-natal, parto e puerpério.

Assim, estas primíparas recorriam às forças superiores como forma de superação das dificuldades maternas, a exemplo das fissuras, para perpetuarem a amamentação como prática prazerosa e, acima de tudo, afetiva. A amamentação era justificada como um ato que gerava afetividade e unia os laços de amor e carinho, ampliando as relações interpessoais.

Dessa forma, as primíparas vivenciavam o processo de dor com as fissuras mamárias, significando-o como quadro normal do cotidiano feminino na amamentação. A responsabilização do ser-mãe no cuidado a(o) filha(o) se sobrepõe ao ser-mulher, demonstrado nas falas como motivo de orgulho materno, reafirmando a negligência da mulher no período da amamentação com os seus desejos, vontades, sentimentos singulares, únicos.

Com relação ao apoio familiar, do parceiro, da equipe multiprofissional e de outras nutrizes, desvelamos que o mesmo apresentava-se de forma ambígua para a primípara. Em determinados depoimentos, esse apoio, através do toque, da palavra, do silêncio, atuava como estímulo, mas contribuía para a opressão discreta e gradual sobre a primípara, fazendo com que esta amamentasse, mesmo não desejando.

Em outros momentos, uma opinião mais diretiva contribuiu decisivamente para que essas mulheres suspendessem a amamentação por período curto, o que caracterizaria o apoio, independentemente da cobrança social.

Marcantes e definitivos foram as palavras, os gestos corporais, as lágrimas, o silêncio, definidores essenciais dessas unidades de significado, que contribuíram para esta análise, baseada no significado que essas primíparas atribuíam à amamentação na vivência das fissuras mamárias.

A hermenêutica heideggeriana

É o homem que faz advir o ser. Assim, o estudo do ser necessita de um estudo prévio do próprio homem, em que o homem não é mais a parte de um sistema, mas aquilo a partir do quê um sistema pode estabelecer-se (HUISMAN, 2001, p.102-103).

A compreensão vaga e mediana nos possibilita apreender a pre-sença como o ser que se manifesta a partir do ente. Dessa maneira, ao compreender o fenômeno amamentação, com fissuras mamárias, vivenciado pelo ser-mulher-primípara, possibilito que este ente se desvele e se desoculte por meio do seu modo existencial de ser-com.

Neste enfoque, Heidegger (2005a, p.39) pontua:

A presença sempre se compreende a si mesma a partir de sua existência, de uma possibilidade própria de ser ou não ser ela mesma. Essas possibilidades são escolhidas pela própria pre-sença ou um meio em que ela caiu ou já sempre nasceu e cresceu. No modo de assumir-se ou perder-se, a existência só se decide a partir de cada pre-sença em si mesma. A questão da existência sempre só poderá ser esclarecida pelo próprio existir.

Assim, a interpretação fenomenológica possibilitará o mostrar-se do ser-mulher-primípara diante da vivência das fissuras mamárias, fazendo-as significar a amamentação baseada na sua cotidianidade, valorizando questionamentos de experiências passadas, presentes e futuras, constituindo a interrogação sobre o próprio ser.

Heidegger (2005b) analisa que os mecanismos de acesso e interpretação do ser devem ser baseados na cotidianidade da pre-sença, como fator decisivo para mostrar-se antes de tudo e na maioria das vezes.

Nesse movimento de entendimento do ser, o *Dasein* ou ser-aí, constitui a forma pela qual o homem interroga o próprio ser e isto se verifica através do questionamento sobre o vivido, ou seja, a primípara significará o fenômeno amamentação de forma única, singular, mediante o que vivenciou.

Dubois (2004) salienta que o *Dasein* se relaciona com seu próprio ser, compreendendo-se e comunicando-se com outros entes. Ainda segundo este autor, *Dasein* não é outra coisa senão o homem, um outro ente, nós mesmos, como questionadores do ser.

Capalbo (1996) reforça a idéia de que a fenomenologia, associada à hermenêutica, tem o objetivo de permitir que o homem interprete sua existência, atribuindo sentido e significações, mediante seu auto-conhecimento, conhecimento dos outros e do mundo circundante.

Dubois (2004) reflete que, na explicitação de uma coisa, ocorre o fenômeno da compreensão e isto se efetivará no momento de encontro dessa coisa consigo mesma. Dessa forma, compreenderemos o fenômeno da amamentação com fissuras sob a perspectiva das primíparas quando as mesmas permitirem o encontro com o mundo próprio revelado nos depoimentos.

Seguindo essa mesma linha de pensamento, Huisman (2001) acredita que, para entendermos o ser, é necessário interrogá-lo e esse questionamento deve basear-se na existencialidade. Nessa compreensão do ser, percebo que Heidegger opera com três características: facticidade, transcendência e de-cadência.

Lopes (1999) ressalta a **facticidade** como o momento em que a pre-sença se acha lançada no mundo, sem escolha e conhecimento anterior, ou seja, permanecendo um ser em situação, muitas vezes, determinada pelo mundo circundante em detrimento do mundo próprio.

Por sua vez, Heidegger (2005a, p.94) a define como “[...] um ser-no-mundo de um ente “intramundano”, de maneira que este ente possa ser compreendido como algo que, em seu “destino”, está ligado ao ser daquele ente que lhe vem ao encontro dentro de seu próprio mundo [...]”.

Este autor afirma ainda que o ser-no-mundo da presença possui modos de ser, dentre os quais, destaco a **ocupação** como elemento essencial nas primíparas deste estudo, através das quais pude perceber que o descuido, a renúncia e o cumprimento de determinadas ações no que se refere à amamentação com fissuras mamárias, justificam-se em benefício de outrem, ou seja, da(do) filha(o), o que se verifica na fala a seguir:

[...] Doeu demais, mas teve que amamentar [...] Eu continuei amamentando ela e amamento até hoje. Ela já vai fazer já 6 meses [...] Eu me senti que assim. A obrigação de dar mama à criança, mesmo assim doendo ou não [...] porque é obrigação de mãe. Já desde a barriga, o amor que eu tenho por ela e tudo... e ver minha filha chorando com fome e não amamentar, caso que tá doendo, não! Tem que dar, eu peguei e dei e ela mama até hoje [...] **Afrodite**

Nesta reflexão, a **transcendência** defendida por Heidegger é permitir a presença como possibilidade de abertura do ser nos entes. Portanto, significaria estar na

verdade do ser em busca da sua compreensão que, na maioria das vezes, não se encontra de forma explícita no mundo (INWOOD, 2002).

Lopes (1999) destaca o aspecto da **de-cadência, queda ou de-caimento** do homem como o desviar-se do seu projeto de ser, recaindo no esquecimento do seu ser e, portanto, no anonimato, perdendo sua singularidade e constituindo o caráter da impessoalidade.

Inwood (2002) pondera que o decair no mundo significaria o homem ser absorvido no mundo das ocupações, estar perdido no impessoal, realizando atividades que estão definidas *a priori* e/ou estar absorvido pelo falatório, pela curiosidade e ambigüidade.

Objetivando a compreensão do significado que as primíparas atribuem ao fenômeno amamentação, na vivência das fissuras mamárias, utilizei a hermenêutica heideggeriana, buscando desvelar o que permanece velado na cotidianidade, na impessoalidade, na ocupação, valorizando a subjetividade, a singularidade e o ser-mulher-primípara.

Nesta fase interpretativa, utilizei os conceitos heideggerianos, definidos na obra *Ser e Tempo*, os quais apresento a seguir, como condutores para a compreensão do dito e do não dito, do velado e do desvelado, do objetivo e do subjetivo, na busca pelo significado da amamentação com fissuras mamárias, vivenciado pelas primíparas, emergindo nos modos de ser da pre-sença.

O temor, modo da disposição, identificado por Heidegger (2005a, p.195) é analisado sob três possibilidades: **o que se teme, o temer e pelo que se teme**. Nesta perspectiva, o que se teme é [...] sempre um ente que vem ao encontro dentro do mundo e que possui o modo de ser do manual, ou do ser simplesmente dado ou ainda da co-presença [...] O que se teme tem sempre o caráter de uma ameaça [...].

A partir dessa compreensão, percebi que **o que se teme**, na vivência do amamentar com fissuras mamárias pelas primíparas, é a impossibilidade da continuidade do processo do amamentar, diante das fissuras e, conseqüentemente, o inadequado desenvolvimento nutricional e psicológico da(o) filha(o), o que se verifica no depoimento a seguir:

[...] Eu tinha vontade de parar de dar mama porque doía muito e eu ficava, ficava me espremendo toda. Aí eu dizia: Ah, não vou dar mais não! Ah... eu vou parar, vou parar, mas eu ficava com pena, que ela queria mamar, ela chega, parava assim..., quando eu pegava no peito que eu gritava, ela parava e ficava me olhando. Aí eu tinha vontade de

parar de dar mama porque doe muito [...] Porque era a única alimentação dela e tem tantas mães aí que quer dar mama a seus filhos e não pode porque não tem leite e eu, tendo, vou parar? Aí eu tentei suportar a dor [...] **Perséfone**

[...] Eu me senti uma mulher incapaz, entendeu? Por ter a mama e tá daquele jeito e mais eu tinha que dar, né isso? Mas eu, pelo menos, eu me senti mal. Por isso, eu parei até de dar porque eu tava entrando já numa fase que eu me sentia muito mal mesmo. Eu dava, de tanto que eu chorava e gritava... ela parava de mamar pra ficar olhando pra mim. Eu me senti muito péssima, foi muito ruim, foi um momento muito ruim [...] **Hebat**

Por outro lado, **o próprio temer**, na concepção heideggeriana (2005a, p.196), tem a seguinte finalidade:

[...] libera a ameaça que assim caracterizada se deixa e faz tocar a si mesma. Não se constata um mal futuro (*malum futurum*) para a seguir temer. O temer também não constata primeiro o que se aproxima mas, em sua temeridade, já o descobriu previamente. É temendo que o temor pode ter claro para si o temível, esclarecendo-o [...]

Nesta dimensão, evidenciei que o temer é a vivência materna de dor, desconforto, desprazer e desconhecimento no processo de amamentar, que libera a ameaça da impossibilidade na manutenção dessa prática, percebido na fala de **Afrodite**:

[...] Eu queria desistir porque dói, dói muito e, como enchia, então... e o peito, eu tirava fraldas e mais fraldas e botava na roupa suja da menina, encheu demais [...] E o outro chega tava de carne viva mesmo, aquele negócio carne viva, mas doe, viu... Doe tanto... De vez em quando, eu chorava [...] Esse daqui (*seio direito*), vez em quando, como enche, ainda fica assim... parecendo que tem umas glândulas, é... parece que é uma veia grossa e doe como quê, por enquanto tenho que esvaziar ele, não sossega. Fora disso. Aí ficou, de vez em quando, eu tiro e jogo fora. De vez em quando, doe só esse aqui (*seio esquerdo*), o que ficou mais ferido, o que ficou carne viva. Esse aqui não doe muito não! (*apontando para o seio direito*) [...] Eu pensei que tava dando um nó. Assim, que tinha um bocado de... de caroço, que tava dando um nó, aquela dor bem forte mesmo, fina. Mas, quando esvaziava mais, passava. Quando o peito enchia, aí começava de novo. Aí, aparecia aquelas bolinhas pequenininhas. Quando tava cheio, não dava para ver [...]

Com relação ao **pelo que se teme**, o filósofo Heidegger (2005a, p.196) salienta que “[...] o próprio ente que teme, a pre-sença, é aquilo pelo que o temor teme. Apenas o ente em que, sendo, está em jogo seu próprio ser, pode temer. O temer abre esse ente no conjunto de seus perigos, no abandono a si mesmo [...]”.

Assim, compreendi que as primíparas temem a opressão familiar e social, diante do fato da suspensão da amamentação, na vivência das fissuras mamárias, bem

como a ambivalência de sentimentos no processo do amamentar, ou seja, misto de desejo e obrigação, prazer e desprazer, angústia e alívio, punição e recompensa, situações percebidas nos depoimentos abaixo:

[...] Aí, eu dizia: Gostar? Eu ainda acho um sufoco na hora da amamentação, um sufoco... Mas eu quero que chegue logo essa época que eu teja sentindo prazer de dar mama a minha filha [...] **Oya**

[...] Eu não, eu me sentia uma sofredora, mas, ao mesmo tempo, uma vencedora porque eu consegui até hoje amamentar ele só no seio e chegava em casa, meu marido morria de pena de mim que eu chorava, chorava de dor, mas, ao mesmo tempo que eu fui uma sofredora, eu fui uma vencedora que agüentei amamentar ele, apesar de toda dor e ele tá aqui hoje com 3 meses só dou mama, mais nada [...] **Démeter**

Heidegger nos convida a analisar os momentos constitutivos do temor a partir do pavor, horror e terror. O **pavor** estaria relacionado a algo conhecido e familiar, à possibilidade da suspensão da amamentação na confrontação do sofrimento físico e psicológico das fissuras imputado às primíparas. O **horror** se caracterizaria por algo não familiar, desconhecido, ou seja, as lesões tipificadas das fissuras, sua durabilidade e sua manifestação no corpo feminino. O **terror**, por sua vez, seria o medo de algo súbito e desconhecido, a vivência de um desenvolvimento nutricional inadequado à(ao) filha(o), o que poderia ocasionar complicações.

Em contrapartida, o ser-mulher-primípara, na vivência das fissuras, acredita que a esperança está baseada na continuidade da amamentação por um período mínimo de seis meses, fato verificado no falatório, como também a cicatrização das fissuras na maior brevidade possível e com o mínimo de desconforto, apresentado na fala de **Démeter**:

[...] E eu continuei e passou [...] Ele mama até hoje. Só faz mamar, até hoje [...].

Huisman (2001) considera que o homem é um ente que necessita do mundo para se realizar, denotando um caráter de utilidade e tecnicidade. Dessa maneira, este homem precisa lidar com um mundo que ele não escolheu *a priori*, mas que terá que conviver e findar-se na questão da morte, o que definiria o **cuidado** em Heidegger.

Ao permanecermos mergulhados no mundo cotidiano e circundante, onde, por vezes, nos debruçamos sobre os entes e as coisas, sem significá-las ou atribuir-lhes

sentido, é o que define a **existência inautêntica**. Isto pode ser verificado no momento em que a primípara esquece do ser-aí e se ocupa no cuidado com a(o) filha(o).

Concordo com Dartigues (1973, p.130), quando afirma:

[...] o homem tende a reduzir a sua temporalidade ao presente, pois, no presente, ele domina as significações do mundo, assegura-as, tem-nas “a mão”; mas, cintile o clarão da angústia e ele é levado até o extremo de si próprio, até o último horizonte de suas possibilidades que é também a suprema impossibilidade: a morte. O homem não está no tempo, ele é o tempo, de quem o cuidado era apenas um outro nome[...]

Apoiada no discurso de Souza (2000), acredito que o ser-mulher-primípara, ao expressar sua vivência de fissuras mamárias no processo da amamentação, comparando-a com a de outras nutrizes, relatando as principais dificuldades físicas da prática, permanecem no movimento de **fuga**, não se desvelando como ser único, singular, autêntico, representando, assim, o comportamento inautêntico da pre-sença, o que pode ser analisado na fala a seguir:

[...] Eu tenho até uma colega que teve filho recentemente, ela teve que parar, que ela não güentava. Eu chegava na casa dela, até eu dava risada, mas, quando eu passei pelo meu momento, eu também vi que era sério. Eu chegava lá e ela tava chorando e eu não entendia porque ela tava chorando tanto daquele jeito. Mas ela teve que parar, porque não güentava de dor [...] **Démeter**

A primípara, ao temer pelo desenvolvimento inadequado da(o) filha(o), pela quebra do perfil idealizado de mãe na suspensão da amamentação, em virtude do despreparo físico e psicológico no lidar com a prática da amamentação com fissuras mamárias, atribui isso a outros fatores externos e torna extensiva essa responsabilidade, acreditando na ajuda de uma força transcendental, Deus, o que destaco nos depoimentos abaixo:

[...] Com fé em Deus, o próximo eu vou amamentar até os 6 [...] Bom... foi horrível, viu... Doe, doe, doe, mas eu ainda pensava: Meu Deus, eu vou parar de amamentar? [...] Às vezes, eu ficava... Meu Deus do céu, olha pra isso... meu filho tá chupando o quê aqui? Não tá saindo nada [...] **Renenet**

[...] Doía muito meu seio, muito mesmo. Quase toda hora eu tava lá na nutricionista incomodando ela, mostrando que tava doendo muito [...] **Démeter**

[...] Aí, eu comecei dar mama, eu pegava, fechava os olhos e tinha até uma música porque eu sou cristã, tinha até uma música que eu cantava na hora de dar mama que eu pegava, botava Júlia no peito e começava a me torcer ali de dor [...] Aí, eu comecei a vir as pessoas e via como é que eu tava. Olha, Oya, eu também já passei por isso, é assim mesmo, você tem que ter força, eu chamava por Deus porque é... é muita dor [...]

Oya

Nesse entendimento, Lopes e Souza (1997) revelam que a pre-sença no mundo existencial tende a preocupar-se com os outros e cuidar e ocupar-se das coisas, resultando no estado habitual do Dasein, o qual busca a autenticidade. E essa autenticidade é o reconhecimento do ser-para-a morte, ou seja, a morte como única certeza possível.

Dartigues (1973) salienta que este Cuidado (*Sorge*) é sempre o ser-no-mundo e que este é captado a partir do sentimento de situação, compreensão e decaimento. Esse cuidado será iniciado mediante a **angústia**, momento em que a existência compreende a si mesma e, portanto, o ser.

Este autor afirma ainda que “[...] a angústia descobre ao Dasein que ele é o lugar onde o ser está em questão; com o que ela não inaugura de novo, mas traz à luz o verdadeiro destino do homem, no qual também se joga o destino do Ser [...]” (DARTIGUES, 1973, p.129).

O período de aparecimento das fissuras mamárias, os momentos vivenciados na rede hospitalar e no domicílio, a precária orientação educacional por parte dos serviços de assistência à mulher no período gestacional, no parto e puerpério, permanecem como sucessão de vivências que constituem a contemporaneidade do passado, presente e futuro, definindo as esferas da **temporalidade**.

O Dasein é tempo, diferentemente do cronológico, devido à necessidade de envolver-se no mundo. A compreensão, que é o projeto, constitui o futuro. A situação representa o passado e o decaimento significaria o presente (DARTIGUES, 1973).

Partindo da temporalidade heideggeriana, destaco os depoimentos a seguir:

[...] Ele mamou e nasceu quarta-feira. Mamou quarta-feira e eu não senti nada, mas quinta-feira a médica disse que ele tava aprendendo a puxar. Quinta-feira, assim que ele aprendeu a puxar, feriu logo. Foi difícil, mas eu continuei dando e hoje eu não sinto nada. E ficou só 15 dias e pronto [...]

Démeter

[...] Antes, de eu ir no pediatra dele, depois que eu fui no pediatra, foi que eles disseram. Henrique já tava de 3 meses porque eu já não agüentava ver o bichinho chorando, que

eu não sabia o que era... Era de 5 em 5 minutos, Henrique pedindo comida, 5 em 5 minutos, peito, no caso [...] Uma dor horrorosa... de noite, eu chegava a chorar... de dor [...] Aí, fora essa dor esquisita assim do começo, não tive nada. Agora, no 3º dia em diante, foi que começou aquele negócio no peito. O peito chegava a ficar torto, o bico. Ficava torto, bem assim... todo pra cima que eu achava que a língua dele, sei lá o que era, que fazia alguma coisa com o bico e ainda tentava botar certo o bico, mas nada! Ele pegava o bico todinho, mas só sugava pra cima e machucando. Parecia até que ele tinha dente, que era um negócio estranho, machucava mesmo, ele ainda mordida com a gengiva. Fazia assim com a gengiva (*tenta expressar com o rosto*), puxava o peito. Aí que eu chorava mais ainda [...] Mal, viu... Porque dar o peito sentindo dor é a mesma coisa de fazer uma cirurgia sem anestesia. Entendeu? É horrível, uma dor! Eu nem sei assim dizer, uma dor horrível, viu..., muito horrível. Nem sei dizer assim. Só sei que tirar o peito foi mais difícil [...] Aí, depois que eu vim pra casa, que na verdade, eu não vim pra cá, eu fui ficar direto com meu marido... ex-marido. Aí, foi mais difícil, porque eu tava sozinha, ele não sabia como ajudar e só eu pra poder, só podia eu... dar meu leite (*risos*). Então, foi difícil, foi muito difícil. Mesmo com essas dificuldades todas, eu pretendo ter outro... (*risos*) [...] **Renenet**

[...] Foi enchendo, enchendo, chegou uma noite lá no IPERBA (*Instituto de Perinatologia da Bahia*) que eu fiquei com o peito, eu me deitei assim... o peito tava assim... bom! bom, não, mas não tava tão ruim assim. Aí fui dormir. Quando acordei, foi com os dois peitos assim durão, parecendo que eram duas pedras no lugar, assim... Aí eu comecei a chorar [...] Era ruim, dolorido. Muito ruim... pra eu dar mama assim. Tanto que eu nem dei muito leite no começo, não dei assim... muito, não! [...] Botei ali, aquele IPERBA (*Instituto de Perinatologia da Bahia*) de cabeça pra baixo (*risos*), porque eu sou muito... assim, não aguento sentir dor, vou falar mermo e essa dor é uma dor mesmo que é horrível mesmo [...] Aí, eu não conseguia mais dar mama e eu dei mama no 1º dia... a noite que eu fui pra sala já de noitinha [...] **Oya**

[...] Foi um dia, um dia mais ou menos. 24 horas depois que ela nasceu que foi começando a rachar, foi começando a sugar, aí foi começando a rachar. Nessas 24 horas em diante, minha filha... foi 20 dias de terror... (*risos*) [...] Aí de noite, ainda tentava dar NAN, aí que eu vi que não tava dando certo o leite artificial e eu via quando eu via a minha bichinha só olhando pra minha cara, eu não sabia se eu chorava por causa da dor ou se chorava por causa dela [...] **Hebat**

[...] Fui dando sempre a ele, chorando até... mas consegui dar a ele [...] Lá no IPERBA, eu não consegui dar a ele, mas, quando eu cheguei aqui em casa, eu consegui dar [...] **Isís**

Na compreensão do significado que as primíparas atribuem à amamentação, na vivência das fissuras mamárias, pude perceber que as mesmas convivem na cotidianidade com co-presenças, o que, por vezes, determina maneiras de ser e comportamentos apreendidos, baseados nos três existenciais do ser - aí, a exemplo do falatório, curiosidade e ambigüidade.

Na perspectiva heideggeriana (2005a, p.228), o **falatório** representa “[...] o falado no falatório arrasta consigo círculos cada vez mais amplos, assumindo um caráter

autoritário. As coisas são assim como são porque delas se fala assim. Repetindo e passando adiante a fala, potencia-se a falta de solidez [...]”.

E acrescenta que [...] o falatório é a possibilidade de compreender tudo sem se ter apropriado previamente da coisa. O falatório se previne do perigo de fracassar na apropriação. O falatório que qualquer um pode sorver sofregamente não apenas dispensa a tarefa de uma compreensão autêntica como também elabora uma compreensibilidade indiferente, da qual nada é excluído [...] (HEIDEGGER, 2005a, p.229).

O homem age de forma descompromissada com o ser e, dessa maneira, passa a adiante o que se diz. Acredita que, nesse processo, ocorre a compreensão, quando verificamos que não há interesse com o ser da coisa, não há envolvimento com a possibilidade de erro (LOPES e SOUZA, 1997).

Esse constituinte da de-cadência, é demonstrado nas falas abaixo:

[...] A médica disse que não tinha, não prejudicava. Eu dei a mama com leite, como é que diz... com sangue [...] Foi, foi, vinha um dizia uma coisa, dizia outro. Me ensinaram a botar o seio no sol pra ir melhorando, usei pomada, essas coisas... Foi [...] **Oya**

[...] Era um sofrimento tão grande que até a água do chuveiro, ao cair em cima, que as médicas mandavam colocar debaixo do chuveiro de água quente, colocando que ajudava. Não ajudava em nada. Era dor pior. O seio, se colocava sutiã doía, se colocava... que manda abrir pra deixar o bico do lado de fora doía mais ainda, entendeu? Então, tudo era dor. Tudo, tudo era dor... pra qualquer jeito, enchia demais, que ela não conseguia sugar que era muito, aí doía mais ainda, Mas valeu a pena, que é tanto que, até hoje, até hoje, ela só quer mamar. [...] É tanto que até hoje eu nunca, eu fui tentar dar mingau, ela tem o quê... vai fazer 1 mês que eu tou tentando dar mingau a ela e dá outras coisas, frutas, verduras, porque eu tenho medo dela largar a mama e a última coisa que eu quero é que ela largue de mamar, entendeu? Eu quero complementar, mas eu nunca... nunca...nunca. Ela só pára de mamar, quando ela quiser [...] **Hebat**

[...] Ela (*a enfermeira*) disse que não tinha nada a ver, que só era no bico mesmo, que era porque ele tava aprendendo a puxar ainda e eu nunca tinha tido filho [...] É tanto que ela (*a enfermeira*) falou: se você continuar, você vai ver que vai passar [...] Eu conversava lá com as mulheres que estavam lá internadas comigo. Elas diziam que, se eu não tivesse güentando mesmo, era pra eu parar. Ficar fazendo massagem e depois, quando eu viesse pra casa ou então no dia seguinte, que eu tivesse me sentindo melhor, era pra eu dar mama a ele, mas eu não queria [...] Ah... pra mim, foi difícil. Primeiro filho, eu sempre pensei assim e até hoje faço: quando eu tiver meu filho, eu vou amamentar ele até 6 meses, que é o recomendado pelos médicos e é o melhor pra ele, mas, pra mim, foi muito difícil [...] Porque, se ele só comia isso, eu não ia dar mingau a meu filho recém-nascido [...] **Démeter**

[...] Minha tia falou que não passa, que era pra eu tentar dar mama a ele em todos os dois que às vezes têm, como é o nome? (*referindo-se a monília oral*) Em criança nova assim. Aí eu consegui dar mama a ele. Mesmo assim, eu sentindo dor que doía assim pra caramba [...] Eu deixei porque eu passei por uma médica que tem lá em cima que eu conheço e ela falou que era bom eu dava a ele porque, como assim... eu não tenho dinheiro pra ficar comprando remédio direito, direto. Diarréia, esses negócios têm [...] Porque lá, eu ficava com vergonha de todo mundo. Aqui, não! Eu conheço todo mundo. Aí, eu consegui dar [...] E a melhor coisa é o leite materno até os 6 meses. Aí eu dei [...] Ô... ela, uma moça falou que era pra eu continuar dando porque ...é isso, é isso... pra ele não ter doenças, esses negócios, assim... mas eu fiquei com medo de dar a ele porque- *como o nome?*- ficava véia cedo, esses negócios. Aí, eu não... eu não vou dar porque eu não quero ficar véia, com peito caído, mas eu pensei assim, é melhor dar, porque ele é novinho e eu não quero ter preocupação com ele no hospital e tudo e foi até bom eu dar a ele, porque ele nunca foi pro hospital assim... grave. Só, uma vez, que foi internado por causa do imbigio. Saiu grande, mas aí nunca foi internado, nunca teve febre, só por causa da vacina, só isso e...também, pelo menos- *como é o nome*- engordei mais porque disse que emagrece, mas eu engordei, fiquei mais madura, esses negócio de mãe. Tenho o carinho dele assim, porque parece que, quando a gente dá peito, a gente sente o carinho da criança e tudo. Só isso [...]

Isís

[...] Quando eu via tanto sangue na boca da criança, eu achava que não tava sustentando, que só tava saindo sangue. Aí, eu não queria só isso ainda não [...] Por um lado, antes de eu ter neném, eu sempre quis dar mama. Eu sempre dizia: vou dar mama até..., só mama até um ano. Seis meses dá outras coisas, mais besteiras, mas eu ia dar só mama. Quando eu tive neném, que eu vi que não poderia dar mama, aí, eu acho... me senti a pior pessoa do mundo. A pessoa mais fraca do mundo. Porque não era aquela coisa, de, pó, quando eu via outras pessoas dando mama, eu achava lindo e, quando eu tive meu filho, eu não pude dar mama. Era horrível... era uma sensação que não dá nem pra explicar [...]

Ártemis

[...] Porque eu via todo mundo falar que dar o peito era a melhor coisa pra criança. Melhor do que água, do que qualquer outra coisa, apesar de eu já dar um chazinho e dar água pra ele [...]

Renenet

Impulsionada pelo falatório, a **curiosidade** é a maneira de ver o cotidiano, sem, contudo, tentar esclarecê-lo. A circunvisão interessa pelo simples fato de ver por ver, interessando-se pelo aspecto.

Heidegger (2005a, p.233) afirma o seu conteúdo, da seguinte forma:

[...] a curiosidade liberada, porém, ocupa-se em ver, não para compreender o que vê, ou seja, para chegar a ele num ser, mas *apenas* para ver. Ela busca apenas o novo a fim de, por ele renovada, pular para uma outra novidade. Esse ver não cuida em apreender nem em ser e estar na verdade, através do saber, mas sim das possibilidades de abandonar-se ao mundo [...].

Este fenômeno da curiosidade é percebido nos depoimentos abaixo:

[...] Porque doe muito, doe de... Eu não sei nem explicar direito isso (*risos*)... deixa eu ver[...] Me senti angustiada, desesperada. Feliz não me senti, porque doe muito. Só cada um mesmo, só cada pessoa passando por isso pra saber como é. Porque assim falando, falando, não é a mesma coisa de... da pessoa tá acontecendo com a pessoa [...] Porque a gente fica, não dá pra ficar certa, dando mama como assim... tá fazendo como se não tivesse acontecendo nada. Porque não tem como tá dando mama direito, eu ficava me espremendo toda pro lado pra ver se aliviava a dor, é isso [...] Ah... foi horrível! [...] **Perséfone**

[...] No começo, foi... eu fiquei com medo de dar mama a ele porque ia sangrar muito. Sangrar... Aí, eu fiquei com medo também pra passar nada pra boca dele, também... porque disse que passa. Mas aí eu consegui [...] Quando eu coçava, agitava mais e ficava vermelhão os dois peito. Aí eu ficava queimando, mas aí eu consegui dar mama a ele [...] **Isis**

[...] Então, eu botava, aí ele ficava, ficava e eu sabia, se a qualquer momento que ele soltasse ali ou que eu tentasse tirar pra atender um telefone ou beber uma água, alguma coisa assim, ele ia chorar. Então, eu falei: vamô, vou começar logo a puxar logo, tirar na bomba o resto que tem, botar na chuquinha, que ele vai se acostumar com a chuquinha e, cada vez que eu fazia isso, eu chorava (*lágrimas nos olhos*). Foi difícil, eu acho que pra qualquer mãe... tirar, nessa situação é difícil [...] **Renenet**

[...] Aí eu comecei a me desesperar, chorava... O peito começou a inchar de leite, enchendo de leite e sem poder a menina sugar, mamar, porque não conseguia mesmo. Era muita dor e eu tentava [...] Aí tinha vez que eu conseguia, mas era aquela dor, era chorando... e um sufoco. Aí, foi enchendo, piorando, que o peito ficou lotado mesmo de leite e ela sem mamar direito, não mamava e, quando acontecia que eu deixava mamar, era um pouquinho, porque eu não aguentava muito tempo, aí foi piorando [...] **Oya**

[...] e, vez em quando, ela não queria só pegar naquele que tava bem ferido, não! Ela queria pegar só mais em um em que no outro [...] Então, mas só que ela não quer nesse... (*risos*), ela quer nesse aqui (*apontando para o seio esquerdo*) [...] mas ela só quer nesse, só quer nesse...tanto que eu tenho um maior e outro menor. Esse aqui é maior (*seio esquerdo*) e esse aqui é menor (*seio direito*). E ela só mama mais nesse (*seio esquerdo*). Nesse aqui, não! Nesse aqui, pra ela pegar, eu tenho que forçar pra ela pegar (*apontando para o seio direito*) [...] **Afrodite**

A pre-sença, no modo impessoal, não vê a si mesma em seus projetos, em suas possibilidades autênticas. Com isso, a pre-sença se encontra presa ao falatório e à curiosidade, situação em que no cotidiano, nada acontece verdadeiramente, caracterizando a **ambigüidade** (HEIDEGGER, 2005a). Esse modo de ser pode ser encontrado nas falas a seguir:

[...] Teve uma época que eu cheguei a desmaiar de dor, que eu não agüentava mais [...] Primeiro, porque no parto foi horrível. A gravidez toda foi horrível. O parto nem se fala e, depois, o peito. Aí, pó, não teve (*risos*) experiência nenhuma boa. Olhando por esse lado, não teve nenhuma. Agora, olhando por outro lado, não! Você teve uma criança, teve um filho, aquela coisa toda... tá tudo bem, mas o meu sofrimento e o sofrimento dele..., porque sofria eu e sofria ele, aí eu não quero mais ter filho nenhum [...]

Ártemis

[...] Ë... uma sofredora, pra falar a verdade, (*risos*). Isso é um sofrimento. Eu me senti uma sofredora, ali chorando, mas vendo aquela coisa pequenininha no meu colo, pedindo mama e eu tendo que dar, chorando com lágrimas no coração, já que doía muito. Eu me senti, na verdade, uma sofredora naquele momento, mas, eu vendo meu filho chorando e pedindo mama, eu não ia rejeitar meu seio pro meu filho, claro! [...] Eu não, eu me sentia uma sofredora, mas, ao mesmo tempo, uma vencedora porque eu consegui até hoje amamentar ele só no seio e chegava em casa, meu marido morria de pena de mim que eu chorava, chorava de dor, mas, ao mesmo tempo que eu fui uma sofredora, eu fui uma vencedora que agüentei amamentar ele, apesar de toda dor e ele tá aqui hoje com 3 meses, só dou mama, mais nada [...]

Démeter

[...] Aí, a lágrima escorrendo e eu dando mama, tanto que ela chegou até a beber sangue e aí eu fui aguentando, mesmo pelo amor mesmo que eu senti, que eu sinto pela minha filha, fui dando a mama assim, o peito ferido [...] eu fui me acostumando mais, doendo mais dava, fui acostumando até... quando chegou o ponto que sarou, que não fazia mais tanta dor. Tava ferido ainda porque levou um tempo assim, meu peito, aí eu não sentia tanta dor e continuei dando. Não larguei não, não deixei de dar, não! (*Silêncio*) - *olhos marejados*... Eu me senti, eu me senti assim... que eu era a mãe, que eu tinha aquela responsabilidade de dar, que minha filha não ia poder ficar sem tomar o leite, sem mamar, como eu já vi casos de mães que deixou de amamentar porque o peito feriu. E aí eu me senti que eu era a mãe, que eu tinha aquela responsabilidade de passar... é, de dar mama. Aquela obrigação. Eu deixei o meu lado, eu deixei Oya um pouquinho de lado e quis ser aquela mãe protetora, cuidar de minha filha e só isso... que eu senti. Eu me senti assim...

Oya

Percebi, durante os depoimentos, o modo como as primíparas se relacionavam, sentiam, pensavam, agiam consigo e com-os-outros. Partindo-se dessa análise, Heidegger define a maneira como me relaciono com os outros quanto à **solicitude**. Assim, este modo de ser da pre-sença se distingue por “[...] ter consideração para com o outro e de ter paciência com o outro. Ter consideração e paciência com os outros não são princípios morais, mas encarnam a maneira como se vive com os outros, através das experiências e expectativas [...]” (HEIDEGGER, 1981, p. 19).

Este autor salienta, ainda, que existem duas formas de solicitude. A **solicitude negativa**, momento no qual, cuida-se do outro fazendo tudo pelo mesmo, dominando,

manipulando, oprimindo, mesmo que de maneira sutil, o que pude observar nas falas a seguir:

[...] Minha mãe pegava chá e dava pra ele. Mesmo assim, ele queria ficar no peito. Tanto que, até hoje, ele é viciado no peito, ele come outras coisas, mas ele só quer o peito [...] Então, foi uma situação muito... deprimente [...] As enfermeiras e os médicos... aí tem que dar, empurrava ele no peito e me seguravam. Seguravam minha mão, botavam ele no peito [...] **Artémis**

[...] Na maternidade, sim, eu me senti só, mas em casa, não! [...] Não! Só (*sozinha*) eu digo assim... Minha família, essas pessoas que são íntimas pra mim. Sem minhas amigas pra conversar. Ali, eu tinha pessoas ali nos... nos leitos comigo, só que não eram amigas íntimas, a gente se conhecia naquele momento ali, mas não de tempo. Não, eu falo sozinha assim, nesse sentido. De ter aquela amiga pra desabafar, falar com ela: Ai, que dor... não tou agüentando e chorar no colo dela, dela me dar aquela força... A minha família também, o meu esposo não tava ali direto. A hora da visita é uma hora de relógio, duas horas, ninguém merece... (*risos*). Então, ele (*o marido*) ia naquela hora ali, ficava comigo, conversava com ele, chorava ali no colo dele, enquanto ele (*o filho*) tava mamando, ele me apoiava. Então, eu me sentia só assim sem a minha família, os meus amigos, as pessoas íntimas a mim [...] Então, você se vê assim... sem ninguém pra você conversar, desabafar, sem pessoas chegadas a você. Eu me sentia só, assim [...]

Démeter

[...] Aí, quando fizeram um exame nele, que ele tava com baixa taxa de açúcar no sangue, foi aí que vieram tentar botar ele pra poder sugar o peito. Disse que ele tava puxando e não tava saindo nada. Aí, quando começaram a botar, disseram que ele não ia poder, eu não ia poder amamentar naquele momento. Aí, subiu com ele pra o berçário, ele passou a noite lá. Quando ele desceu... foi que elas começaram a botar no peito [...] Aí eu fiquei sentida porque... ah, porque eu fui mãe e dei não sei... amamentei não sei lá quanto tempo... Aí eu dizia: só amamentei 3 meses! E eu ficava triste por não ter amamentado ele mais tempo [...] **Renenet**

Entretanto, emergiu nas falas a seguir, a **solicitude positiva**, modo de ser que possibilita ao outro guiar seus próprios caminhos, ter o poder da escolha e encontrar consigo mesmo.

[...] Aí, minha irmã ainda falava assim: Afrodite, você tem que dar nos dois, porque você vai ficar com um peito maior e outro menor [...] e as enfermeiras: Mãe, tire ela desse peito e bote ela nesse daqui que tá mais ou menos [...] Bom... eu me senti que ela (*a enfermeira*) tava com a razão dela e ela me ajudou bastante. Me dava compressas de água quente, vez em quando, quando não era quente, era água gelada. Mandava eu botar. Teve um dia que eu botei muito e ficou aquele peito vermelhão com as manchas vermelhonas, que eu disse: oh, tou com febre no... no seio. Ela: né febre não, é porque você deixou muito aí, então Afrodite deu... (*me esqueci o nome que ela falou que tinha dado*). Aí, eu disse: bem, a enfermeira disse: então pera aí que vou pegar uma

compressa de água gelada. Aí eu botei, aí passou as manchas vermelhas. Aí o leite começou a sair que tava mesmo aquelas pedronas, parecendo que era um bocado de caroços. No mais, que eu dava mama, porque o que ficou de carne viva, o outro nem tanto [...] **Afrodite**

[...] Aí, minha mãe mesmo e todo mundo dizendo: Ah, pode dar que alimenta, que vai passar... Foram dois meses de sofrimento... Então, pra mim, dependendo disso para eu ter outro filho, eu não tenho nunca, porque feriu demais! (*olhos marejados durante esta fala*) [...] **Ártemis**

[...] Ah... foi... foi... foi legal. Todo mundo me ajudava. Meu marido segurava na minha mão na hora de dar mama. Guenta, amor, guenta! Minha mãe vinha pra cá ficar comigo porque eu ficava sozinha aqui. E, na hora que ele mamava, era só choro pra mim... porque doía mesmo. Minha mãe ficava aqui comigo, meu pai vinha, ficava comigo, minhas irmãs. Todo mundo me apoiou. Todo mundo também dizia que não era pra eu parar de dar mama. Então, todo mundo tava sempre do meu lado. Minha família sempre do meu lado, mas sempre incentivando eu continuar e não desistir. Então, foi legal. Aqui em casa, eu não me senti só [...] Mas, quando eu via a nutricionista, os médicos, eu me sentia até amparada, que eles vinham, me davam uma palavra de apoio, de força pra eu continuar que era só no começo [...] Eu acho que foi até minha família que me deu força pra continuar dando mama a ele. Todo mundo vinha aqui e falava mesmo. Meu cunhado, minhas irmãs, minha mãe, principalmente: continue, continue, porque eu quase desistia, porque doía mesmo, mas a força da minha família e também ver meu nenenzinho chorando, pedindo mama... Eu não ia deixar meu nenenzinho assim,... tinha que dar. Então, assim, eu me senti só lá porque não tinha pessoas chegadas a mim, na minha casa não... claro! (*risos*) [...] **Démeter**

[...] Lá, os pessoal falava que era pra eu tentar dar, as enfermeiras também, mas eu não conseguia. Aí, ela mandou eu comprar o bico do peito pra eu botar, mesmo assim, não consegui. Só aqui em casa que eu tentei botar ele, aí ele mamou [...] A enfermeira, ela ia lá ver se eu tava conseguindo, até que ela tentaram me ajudar. Me levantaram meus peitos pra tentar botar na boca dele. Mesmo assim, eu ficava com vergonha, porque eu não queria dar no hospital. Ele tomou leite do hospital. Só em casa que eu consegui [...] **Isís**

[...] Aí, quando eu fui, ele (*o médico*) disse isso: que meu peito não tinha nada, tava assim do jeito que ta, ó... vazio, vazio, vazio... Minha filha, seu filho tá morrendo de fome, aí foi que passou o NAN pra ele [...] **Renenet**

[...] Aí veio a enfermeira, botou compressa de água quente no meu peito e fez massagem, botou o leite pra sair. Aquela confusão... foi uma confusão mesmo que eu espero nunca mais passar[...] Vim dar mais quando cheguei em casa e lá na maternidade, ela começou a tomar o NAN. Me deram (*sussurando*). Aí todo dia, toda... porque ela ficou lá 3 dias. Vinha de manhã, de noite e de tarde o leitinho pra ela que eu dava, mas não dei muita mama lá, não! [...] O, eu comecei a dar. Aí, eu comecei a vir as pessoas e via como é que eu tava. Olha, Oya, eu também já passei por isso, é assim mesmo [...] **Oya**

[...] As enfermeiras... bota do lado de fora, pode deixar, mãe, pode deixar, mas eu via que era minha filha que tava precisando [...] Bem, eu decidi eu mesmo dar a mama

porque eu, todo mundo... vem todo mundo, vem avó, vem tio, vem parente, vem todo mundo: não dá mingau! Todo mundo! Todo mundo! Não é pra dá peito, suspende, pára de dar, dá leite. Ninguém morre, não vai morrer. Tem um que viveu até hoje [...]

Hebat

Na compreensão do significado da amamentação, para o ser-mulher-primípara, que vivenciou fissuras mamárias, evidencia-se que a abertura deste ser se dá baseado nos modos da pre-sença, os quais se apresentam sob a denominação de facticidade, transcendência, de-cadência, o temor, o cuidado, a existência inautêntica, a fuga, a angústia, a temporalidade, o falatório, a curiosidade, a ambigüidade e a solicitude.

Dessa maneira, mergulhada na hermenêutica heideggeriana, pude compreender que a compreensão do ser está fundamentada na interpretação de mundo, como também, na compreensão do ser dos entes intramundanos.

Assim, pautada nos discursos dessas primíparas, ao significar o fenômeno amamentação, na vivência das fissuras mamárias, percebi que o significado velado está baseado no modo existencial de ser-com, o que permite a valorização do ser-mulher de forma única.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

[...] Compreender é o ser existencial do próprio poder-ser da pre-sença de tal maneira que, em si mesmo, esse ser abre e mostra a quantas anda seu próprio ser [...] (HEIDEGGER, 2005a, p.200).

Na busca pela compreensão do significado atribuído pelas primíparas, no que tange ao amamentar com fissuras mamárias, fez-se necessário engajar-me nos conceitos heideggerianos, colocando em suspensão meus pré-conceitos, pré-julgamentos, na tentativa de compreender significações do ser-mulher-primípara.

Assim, visualizei que vivenciar fissuras mamárias, no processo do amamentar, provocava sentimentos e significados diferenciados a partir de cada mulher, de cada ser-aí, ou seja, as significações eram determinadas pelo ser único e subjetivo de cada primípara.

Nessa construção, percebi tristeza diante do aparecimento da fissura, demonstrando impotência por parte da mulher em resolver a patologia, por vezes, desconhecida, nova, a qual não havia sequer sido abordada como possibilidade no período do amamentar.

Em outros momentos, o ser-mulher-primípara expressava felicidade pela continuidade na prática do amamentar, apesar da vivência de dor, desconforto, perpetuando o mito do amor materno.

Decerto, compreendi que a manutenção da amamentação, na vivência das fissuras, justificava-se em benefício da(o) filha(o), refletindo que o ser-primípara permanece na inautenticidade, ocupando-se do cuidado com o filho, em detrimento de si mesma.

Essa inautenticidade também é visualizada no momento em que essas primíparas reportam-se a experiências de outras nutrizes, como forma de apreender o cuidado com o filho, na vivência dessa intercorrência mamária, que tanto dificulta a relação entre o binômio.

Por sua vez, a autenticidade expressada pelas primíparas está ancorada na auto-responsabilização do amamentar, na maneira como amamenta a(o) filha(o), no apoio familiar e conjugal, nos cuidados com a mama até então desconhecidos, que aprende a realizar na troca com outras nutrizes.

A suspensão da amamentação aparece como possibilidade, no pensar das primíparas, mas esta decisão permanece oculta, velada, principalmente pela pressão

social e pelo ideal de ser-nutriz. Essas primíparas se sentem tolidas na liberdade de escolha e justificam a permanência do amamentar pelo benefício nutricional do leite materno para a(o) filha(o), pelo vínculo afetivo que o mesmo proporciona .

Nas falas, nos olhares, sorrisos, nas lágrimas, ficou evidente que desejavam suspender a amamentação na vivência das fissuras, principalmente pelo desconforto e pela dor exacerbada. Entretanto, tentavam demonstrar que a suspensão era necessária pela produção insuficiente de leite, pela rejeição da criança, ou seja, buscavam critérios para a inadequação do amamentar, baseados na responsabilização de outrem e não como vontade expressa do ser-mulher- primípara.

Nesse contexto, impressionou-me o desconhecimento por parte dessas primíparas no que se refere aos cuidados com a mama, posição e pega correta no momento de amamentar, bem como o uso ideal do leite artificial, caso necessário. Nesse momento, questionei-me:

Qual é o tipo de assistência prestada a essas primíparas no pré-natal, no parto e no puerpério?

Assim, a partir do que emergiu nos depoimentos, compreendi que essa assistência é falha, quando, ao assistir o ser-mulher-primípara, em que fase gestacional for, não a considerarmos como ser subjetivo, deixando recair o olhar para questões biologicistas, esquecendo-se de que esse ser é existencial e, portanto, necessita ser valorizado nas suas vivências e experiências cotidianas de forma individualizada.

O apoio, por parte dos profissionais, é um contributivo, juntamente com a ajuda familiar. Neste sentido, as primíparas revelaram que o apoio familiar e o do cônjuge determinam as decisões acerca da manutenção ou suspensão da amamentação, na vivência das fissuras.

Os familiares, talvez pela construção histórica, social, econômica e política da sociedade, acabam por pressionar a mulher na continuidade da amamentação, mesmo na direção oposta a seus desejos, delimitando o espaço de atuação das mesmas ao privado, ou seja, à dispensação dos cuidados com o lar e os filhos.

Nessa reflexão, a construção de gênero redefine o papel da mulher na sociedade, rompendo com a delimitação das suas atividades no espaço privado, no cuidado com o lar e os filhos, ampliando-o para o espaço público, na tomada das decisões sobre o próprio corpo e o direcionamento da sua vida. Portanto, incorporar esses valores baseados na vivência de ser-primípara com fissuras mamárias, durante o

processo do amamentar, contribuirá decisivamente para o novo olhar e a nova assistência a essas mulheres.

O estudo aponta que o tempo cronológico, que as normas e rotinas hospitalares rígidas e verticalizadas acabam por prejudicar a amamentação, pois essas primíparas vivenciaram a situação pela primeira vez, muitas vezes despreparadas para serem mães e, especialmente, para amamentarem, permanecendo mergulhadas em vivências de dor, desconforto, desespero, fracasso e incapacidade.

Stein (2001) salienta que Heidegger pretende determinar o tempo como horizonte da compreensão do sentido do ser. Na compreensão do tempo originário do ser da pre-sença, o tempo atua como lugar de manifestação do ser, como o próprio ser.

Nos depoimentos, as primíparas demonstraram que o tempo cronológico não é capaz de proporcionar segurança no lidar com a amamentação, na vivência das fissuras. É necessário um tempo só seu, um tempo próprio que somente cada uma é capaz de perceber, um tempo fenomenológico.

Percebi que, na vivência das fissuras mamárias, a mulher sequer é percebida, a atenção e o foco de toda a assistência continua sendo a criança, o seu desenvolvimento nutricional adequado, a adequação da mulher às rotinas institucionais, a efetivação nos critérios dos programas normatizados pelo Ministério da Saúde, a exemplo, do Hospital Amigo da Criança. No entanto, o nosso olhar deve ser para a primípara, que vivencia uma intercorrência mamária e que a significará de acordo com o seu modo existencial de ser-com.

O meu despertar para as primíparas que vivenciaram fissuras mamárias e o significado que as mesmas atribuíam ao fenômeno da amamentação definiu-se pela necessidade de partir de um componente biológico, clínico, para compreender o ser-mulher-primípara, no seu subjetivo, no seu modo de significar, logo, de existir como ser-no-mundo.

Este estudo salienta que o caminho para o assistir em enfermagem, especificamente, o assistir das primíparas, na vivência de fissuras, durante a amamentação, fundamenta-se em tratá-las de forma individual, não uniformizada, considerando-a como ser que se desvela mediante o tipo de apoio oferecido pela equipe, pela família e pela instituição.

Compreendi que as políticas públicas de incentivo à amamentação no Brasil evoluíram consideravelmente, trazendo uma abordagem voltada para o aconselhamento, para a valorização do sujeito, neste caso, a primípara, ultrapassando as dimensões do

biológico, ou seja, as fissuras, em busca da compreensão, do significado através da escuta. Afinal, Heidegger define que a escuta é o instrumento para abertura existencial da pre-sença, enquanto ser-com os outros.

Contudo, o direcionamento na formação de profissionais da área de saúde, especialmente enfermeiras (os), foi modificado, lembrando-se que, a compreensão do ser-primípara, na vivência das fissuras, no processo do amamentar, sugere o domínio de uma conjugação de aspectos biológicos com a subjetividade daquela que o vivencia.

REFERÊNCIAS

- ABUCHAIM, Érika de Sá Vieira. **Vivenciando a amamentação e a sexualidade na maternidade**: “Dividindo-se entre ser mãe e mulher”. 2005. 191p. Tese de Doutorado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- ALBERNAZ, Elaine; VICTORA, César G. Impacto do aconselhamento face a face sobre a duração do aleitamento exclusivo: um estudo de revisão. **Rev. Panam. Salud Publica**, v.14, n.1, 2003, p.17- 24.
- ALMEIDA, João Aprígio Guerra; NOVAK, Franz Reis. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **Jornal de Pediatria**, v.80, n.5, 2004.
- ALMEIDA, Mariza Silva. **Sentimentos femininos**: o significado do desmame precoce. 1996. 200p. Dissertação de Mestrado - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador.
- ALVES, Valdecyr Herdy. **O ato da amamentação**: um valor em questão ou uma questão de valor? 2003. 126p. Tese de Doutorado - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- ARANTES, Cássia I.S. Amamentação-visão das mulheres que amamentam. **Jornal de Pediatria**, v.71, n.4, 1995.
- ARAÚJO, Maria de Fátima Moura; OTTO, Ana Flávia Nascimento; SCHIMTZ, Bethsáida de Abreu Soares. Primeira avaliação do cumprimento dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” nos hospitais Amigos da Criança do Brasil. **Rev. Bras. de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v.3, n.4, out.dez/2003a.
- ARAÚJO, Maria de Fátima Moura et al. Incentivo ao aleitamento materno: evolução do Projeto Carteiro Amigo da Amamentação de 1996 a 2002. **Rev. Bras. de Saúde Materno-Infantil**, v.3, n.2, abr.jun./2003b.
- ASSUNÇÃO, Ada Ávila; LUZ, Micheline Gomes. O componente afetivo na atividade da enfermagem: o caso do Banco de Leite Humano. **Rev. Min. Enf**, v.5, n1/2, 2001, p.13-9.
- ÁVILA, Maria Betânia; GOUVEIA, Taciana. Notas sobre direitos reprodutivos e direitos sexuais. In: PARKER, Richard; BARBOSA, Regina Maria. **Sexualidades Brasileiras**, Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1996.
- ÁVILA, Angêlo Amâncio. **Socorro, Doutor! Atrás da barriga tem gente!** São Paulo: Atheneu, 1998.
- BADINTER, Elisabeth. **Um amor conquistado**: o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BICUDO, Maria Aparecida Viggiani. Sobre a Fenomenologia. In: BICUDO, Maria Aparecida Viggiani; ESPÓSITO, Vitória Helena Cunha. **A Pesquisa Qualitativa em Educação: um enfoque fenomenológico**. São Paulo: Unimep, 1994, p.15-22.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. **Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno**. Brasília, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manejo e promoção do aleitamento materno. Curso de 18 horas para equipes de maternidades**. Brasília, 1993.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº. 196/96**. Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, Aborto e Puerpério. Assistência Humanizada à Saúde**. Brasília, 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Situação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança no Brasil**. 2003b. Disponível em: < [http:// www.aleitamento.org.br](http://www.aleitamento.org.br)>. Acesso em: 07 jul. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Endereços e Estatísticas de bancos de leite humano**. Disponível em: < [http:// www.fiocruz.br/ redeblh](http://www.fiocruz.br/redeblh)> . Acesso em: 07 jul. 2005.

BRUYNE, Paul de; HERMAN, Jacques; SCHOUTHEETE, Marc de. **Dinâmica da pesquisa em ciências sociais: os pólos da prática metodológica**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

BUENO, Lais Graci dos Santos; TERUYA, Keiko Miyasaki. Aconselhamento em amamentação e sua prática. **Jornal de Pediatria**, v.80, n.5, 2004.

CAPALBO, Creusa. **Fenomenologia e ciências humanas**. Rio de Janeiro: J.OZON+ EDITOR, 1973.

_____. _____. Londrina: UEL, 1996.

CARVALHAES, Maria Antonieta de Barros Leite; CORRÊA, Cláudia Regina Hostin. Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno mediante aplicação de protocolo. **Jornal de Pediatria**, v.79, n.1, 2003, p.13-20.

CARVALHO, Marcus Renato; TAMEZ, Raquel. **Amamentação: bases científicas para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p.1-10.

DALMASO, Ana Sílvia Whitaker et al. Estudo de morbidade mamária em puérperas atendidas em programa de puericultura e apoio ao aleitamento materno de unidade básica de saúde em São Paulo. **Revista do IMIP**, v.12, n.2, dez./ 1998.

DAMASCENO, Marta Maria Coelho. **O existir do diabético: da Fenomenologia à Enfermagem**. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1997.

DARTIGUES, André. **O que é a fenomenologia?** Tradução de Maria José J.G. Almeida. Rio de Janeiro: Eldorado, 1973.

DATASUS. **Informações em Saúde**. Brasília, 2006. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 01 jul. 2006.

DECLARAÇÃO DE INNOCENTI. **Sobre a proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno**. Disponível em: <[http:// www.aleitamento.org.br](http://www.aleitamento.org.br)> . Acesso em: 06 jul. 2005.

DUBOIS, Christian. **Heidegger**: uma introdução a uma leitura. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.

EGGERT, Edla. Doméstico - espaços e tempos para as mulheres reconhecerem seus corpos e textos. In: STROHER (Orgs.) **À flor da pele: Ensaio sobre gênero e corporeidade**. São Leopoldo: Sinodal, 2004, p. 225-241.

FERREIRA, Silvia Lúcia. A mulher e os serviços públicos de saúde. In: ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; ROCHA, Semiramis Melani Melo (Orgs.) **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997, p.175-227.

FERREIRA, Silvia Lúcia. As políticas públicas e a saúde da mulher no Brasil. In: FERREIRA, Mary; ÁLVARES, Maria Luiza; SANTOS, Elinice F. **Os Poderes e os Saberes das Mulheres: A Construção do Gênero**. São Luís: EDUFMA; Salvador: REDOR, 2001.

FONTOURA, Telma. Aleitamento Materno: uma Perspectiva Psicológica. **Rev. Téc-cient. Enferm**, v.2, n.10, 2004, p.224-8.

FORGHIERI, Yolanda Cintrão. **Psicologia fenomenológica**: fundamentos, método e pesquisas. São Paulo: Thomson Pioneira, 1993.

FRACOLLI, Lislaine Aparecida et al. A visita domiciliária sob o enfoque do acolhimento e sua interface com a abordagem do desmame precoce no Programa de Saúde da Família: um relato de experiência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.5, n.2, 2003, p.78-82.

GARNICA, Antônio Vicente Marafioti. Algumas notas sobre a pesquisa qualitativa e fenomenologia. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.1, n.1, 1997.

GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah Hawker (orgs.). **Questões da Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

GILES, Thomas Ransom. Martin Heidegger. In: **História do existencialismo e da fenomenologia**. São Paulo: EPU, 1989.

GIUGLIANI, Elsa R. J et al. Conhecimentos maternos em amamentação e fatores associados. **Jornal de Pediatria**, v.71, n.2, 1995.

GIUGLIANI, Elsa R. J. Problemas comuns na lactação e seu manejo. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.80, n.5, 2004.

GIUGLIANI, Elsa R.J et al. Influência da técnica de amamentação nas frequências de aleitamento materno exclusivo e lesões mamilares no primeiro mês de lactação. **Jornal de Pediatria**, v. 81, n.4, 2005, p.310-6.

GUSMAN, Christine Ranier. **Os significados da amamentação na perspectiva das mães**. 2005. 107p. Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo.

HEIDEGGER, Martin. **Todos Nós... Ninguém**. São Paulo: Moraes, 1981.

_____. **Sobre o Humanismo**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1995.

_____. **Ser e Tempo**. Parte I, 10. ed, Petrópolis: Vozes, 2001.

_____. _____. Parte I, 15. ed. Petrópolis: Vozes, 2005a.

_____. **Ser e Tempo**. Parte II, 13. ed, Petrópolis: Vozes, 2005b.

HUISMAN, Denis. **História do Existencialismo**. São Paulo: EDUSC, 2001.

IBGE. **Indicadores – cidades**. Brasília, 2006. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br> >. Acesso em: 01 jul. 2006.

ICHISATO, Sueli Mutsumi Tsukuda; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. Revisitando o desmame precoce através de recortes da história. **Revista Latino-am. Enfermagem**, v.10, n.4, jul./ago., 2002.

INWOOD, Michael. **Dicionário Heidegger**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

KING, F. Savage. **Como ajudar as mães a amamentar**. Tradução de Zuleika Thomson e Orides Navarro Gordan, Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

KUMMER, Suzane et al. Evolução do padrão de aleitamento materno. **Revista Saúde Pública**, v.34, n.2, abr./ 2000.

LEITE, Adriana Moraes; SILVA, Isília Aparecida. Reflexões sobre o Aconselhamento em Amamentação na Perspectiva da Comunicação Humana. In: **8º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem**, 2002, Ribeirão Preto.

LEITE, Adriana Moraes; SILVA, Isília Aparecida; SCOCHI, Carmen Gracinda Silvan. Comunicação não-verbal: uma contribuição para o aconselhamento em amamentação. **Revista Latino-am. Enfermagem**, v.12, n.2, marc. /abr., 2004.

LOPES, Regina Lúcia Mendonça; SOUZA, Ivis Emília de Oliveira. Ser e Tempo: Marco do Projeto Filosófico Heideggeriano. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.6, n.3, set.dez/1997.

LOPES, Regina Lúcia Mendonça. **Prevenindo o Câncer Cérvico-Uterino**: um estudo fenomenológico sob a ótica da mulher. Salvador: ULTRAGraph, 1999.

LUFT, Celso Pedro. **Minidicionário Luft**. 20. ed. São Paulo: Afiliada, 2004.

MACHADO, Ana Rita Marinho; NAKANO, Ana Márcia Spanó; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. A influência de terceiros na prática do aleitamento materno. **Rev. Min. Enf**, v.3, n.1/2, 1999, p.20-23.

MACHADO, Ana Rita Marinho et al. O lugar da mãe na prática da amamentação de sua filha nutriz: o estar junto. **Rev. Bras Enferm**, v.57, n.2, 2004, p.183-7.

MALDONADO, Maria Tereza P. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. 5.ed. Petrópolis: Vozes, 1982.

MANNRICH, Nelson. Constituição Federativa do Brasil. 3.ed. São Paulo: **Revista dos Tribunais**, 2002.

MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa. Fenomenologia. In: MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa; PRAÇA, Neide de Souza. **Abordagens teórico- metodológicas qualitativas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

MOREIRA, Kátia Fernanda Alves; NAKANO, Ana Márcia Spanó. Aleitamento materno: instintivo? Natural? O paradigma biológico X os direitos reprodutivos em discussão. **Rev. Bras. Enf**, Brasília, v.55, n.6, nov.dez/2002.

MURAHOVSKI, Jayme et al. **Cartilha de Amamentação... doando amor**. 2.ed, São Paulo: Almed, 1997.

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

NAKANO, Ana Márcia Spanó; MAMEDE, Marli Villela. A mulher e o direito de amamentar: as condições sociais para o exercício desta função. **Rev. Min. Enf**, v.4, n.1/2, 2000, p.22-7.

NAKANO, Ana Márcia Spanó. As vivências da amamentação para um grupo de mulheres: nos limites de ser “o corpo para o filho” e de ser “o corpo para si”. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, supl. 2, 2003.

NEUENFELDT, Elaine Gleci. Sangue e Fluxos - poderes e perigos demarcando fronteiras nos corpos de mulheres. In: STROHER (Orgs.) **À flor da pele: Ensaio sobre gênero e corporeidade**. São Leopoldo: Sinodal, 2004, p.77-104.

OLIVEIRA, Roseane Leite; SILVA, Adriana Nobre. Aspectos legais do aleitamento materno: cumprimento da lei por hospitais de médio e de grande porte de Maceió. **Rev. Bras. Saúde Materno-Infantil**, Recife, v.3, n.1, jan./març, 2003.

OLIVEIRA, Maria Inês Couto de; CAMACHO, Luiz Antônio Bastos; SOUZA, Ivis Emília de Oliveira. Promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma política de saúde pública baseada em evidência. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.6, 2005.

OLIVEIRA, Nelson Diniz de. **Como o Brasil trabalha o método Mãe Canguru**. Disponível em: <<http://www.aleitamento.org.br>>. Acesso em: 06 jul. 2005.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Código Internacional de Comercialización de Sucedâneos de la leche materna**. Genebra, 1981.

OSCAR, Andréa et al. Aleitamento Materno: a evidência do espaço do enfermeiro. **Rev. Min. Enf**, v.5, n.1/2, 2001, p.2-6.

OSIS, Maria José Martins Duarte. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.14, supl. 1, 1998, p.25-32.

PEREIRA, Gilza Sandre et al. Conhecimentos maternos sobre amamentação entre puérperas inscritas em programa de pré-natal. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.2, abr. /jun, 2000.

PEREIRA, Gilza Sandre. Amamentação e Sexualidade. **Rev. Estudos Feministas**, v.11, n.2, 2003, p.467-491.

PRIMO, Cândida C; CAETANO, Laíse C. A decisão de amamentar da nutriz: percepção de sua mãe. **Jornal de Pediatria**, v.75, n.6, 1999, p.449-455.

RAFAEL, Eremita Val. **O significado da amamentação para primíparas**. 2002. 90p. Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Ceará.

RAMOS, Carmen Viana; ALMEIDA, João Aprígio Guerra. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. **Jornal de Pediatria**, Porto alegre, v.79, n.5, set.out./2003a.

RAMOS, Carmen Viana; ALMEIDA, João Aprígio Guerra. Aleitamento materno: como é vivenciado por mulheres assistidas em uma unidade de saúde de referência na atenção materno-infantil em Teresina, Piauí. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, v.3, n.3, 2003b, p.315-321.

REA, Marina F. Substitutos do leite materno: passado e presente. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.24, n.3, jun.1990.

_____. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, 2003.

_____. Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. **Jornal de Pediatria**, v.80, n.5, 2004.

REGO, José Dias. **Aleitamento Materno**. São Paulo: Atheneu, 2001.

REZENDE, Magda Andrade. Amamentação: uma necessária mudança de enfoque. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.34, n.2, 2000, p.226-9.

REZENDE, Magda Andrade et al. O processo da comunicação na promoção do aleitamento materno. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v.10, n.2, mar./abr, 2002.

SALES, Acilegna do Nascimento et al. Mastite puerperal: estudo de fatores predisponentes. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**, Rio de Janeiro, v.22, n.10, nov./dez 2000.

SILVA, Antônio Augusto Moura. **Amamentação: fardo ou desejo? Estudo histórico - social dos saberes e práticas sobre aleitamento na sociedade brasileira**. 1990. 302p. Dissertação de Mestrado - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

SILVA, Isília. Reflexões sobre a prática do aleitamento materno. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.30, n.1, abr.1996.

_____. **Amamentar: uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios**. São Paulo: Robe Editorial, 1997.

_____. Construindo o significado a partir da assistência de enfermagem. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v.51, n.2, abr./ jun, 1998.

_____. Enfermagem e Aleitamento materno: combinando práticas seculares. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.34, n.4, dez/ 2000a.

_____. Desvendando as faces da amamentação através da pesquisa qualitativa. **Rev. Bras. Enfermagem**, v.53, n.2, abr.jun./2000b.

SILVA, Walteir. **A Fenomenologia Husserliana**. Coimbra: Universidade de Coimbra, 1974.

SIMÕES, Sônia Mara Faria; SOUZA, Ivis Emília de Oliveira. O método fenomenológico heideggeriano como possibilidade na pesquisa em enfermagem. **Texto e Contexto**, Florianópolis, v.6, n.3, set.dez/ 1997.

SOIFER, Raquel. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. 4.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1980.

SONEGO, Joseila; SAND, Isabel Cristina Pacheco Van der. “Entramos num acordo, meu leite diminuiu e ele parou de mamar aos poucos”: o desmame em três gerações. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v.4, n.1, 2002, p.26-32.

SOUZA, Ivis Emília de Oliveira. **O desvelar do ser - gestante diante da possibilidade de amamentação**. 1993. 103p. Tese de Doutorado em Enfermagem - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

SOUZA, Ivis Emília de Oliveira; LOPES, Regina Lúcia Mendonça. Amamentação enquanto atividade de extensão: proposta de instrumento de abordagem à puerpera. **Texto e Contexto Enf**. v.4, n.1, 1995, p.110-121.

SOUZA, Kátia Sydrônio. **O dito e o não dito da amamentação: o sentido de mães nutrízes na vivência do alojamento conjunto**. 2000. 89p. Dissertação de Mestrado - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

STEIN, Ernildo. **Compreensão e Finitude**: Estrutura e movimento da Interrogação Heideggeriana. Ijuí: Unijuí, 2001.

_____. **Exercícios de Fenomenologia**: Limites de um paradigma. Ijuí: Unijuí, 2004.

_____. **Seis Estudos sobre “Ser e Tempo”**. Petrópolis: Vozes, 2005.

TOMA, Tereza Setsuko. Método Mãe Canguru: o papel dos serviços de saúde e das redes familiares no sucesso do programa. **Cad. Saúde Pública**, v.19, supl. 2, 2003.

TRIVIÑOS, Augusto N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais. A pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VALDÉS, V; SÁNCHEZ, A.P; LABBOK, M. **Manejo Clínico da Lactação. Assistência à Nutriz e ao Lactente**. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.

VENÂNCIO, Sônia Isoyama; MONTEIRO, Carlos Augusto. A tendência da prática da amamentação no Brasil nas décadas de 70 e 80. **Rev. Bras. Epidemiol**, v.1, n.1, 1998.

VENÂNCIO, Sônia Isoyama; ALMEIDA, Honorina de. Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, v.80, n.5, 2004.

VINHA, Vera Heloisa Pileggi. **Projeto aleitamento Materno**: auto-cuidado com a mama puerperal. São Paulo: Sarvier, 1994.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM****TÍTULO DO PROJETO: ÊXITO NA AMAMENTAÇÃO COM FISSURAS
MAMÁRIAS: SIGNIFICADO PARA PRIMÍPARAS****Salvador, ____/____/____****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

A Sr^a. está sendo convidada a participar de um estudo com objetivo de compreender o significado da amamentação para primíparas que vivenciaram fissuras mamárias e que amamentaram. Trata-se de um projeto de pesquisa desenvolvido por mim, MICHELLE ARAÚJO MOREIRA, como atividade do Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal da Bahia.

Conforme a Resolução nº. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que trata dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos o trabalho requer a participação voluntária, garantindo o sigilo e o anonimato.

Serão entrevistadas primíparas que vivenciaram fissuras mamárias com até 6 meses e que amamentaram. As entrevistas serão gravadas em um local onde a Sr^a. poderá falar livremente sobre a sua experiência.

A coleta dos dados será realizada no domicílio ou aqui no Instituto, de acordo com a sua disponibilidade e mediante a sua prévia autorização por escrito.

Concordando em participar da entrevista, a Sr^a. poderá ouvir a fita e retirar ou acrescentar quaisquer informações. O material da gravação será por mim arquivado por 5 (cinco) anos e após esse período será destruído (queimado).

Este estudo embora não lhe ofereça danos físicos, lhe será preservado o direito de aceitar ou recusar participar, assim como desistir ou anular este consentimento em qualquer fase da mesma, sem qualquer prejuízo.

Os resultados deste estudo serão publicados na dissertação e artigos científicos. Não estarei recebendo qualquer tipo de remuneração, assim como a Sr^a. não receberá benefícios materiais.

Qualquer dúvida ou problema que venha a ocorrer durante este estudo, a Sr^a. poderá entrar em contato com a autora através do telefone 3244-5648.

Agradeço pela sua atenção.

MICHELLE ARAÚJO MOREIRA
COREn-BA 2943

Confirmo ter compreendido todas as informações acima descritas.

Assinatura da entrevistada

APÊNDICE B - Depoimentos

ENTREVISTA Nº 1: **AFRODITE** - PRIMÍPARA COM 5 MESES DATA: 04/01/2006

COMO FOI PARA VOCÊ AMAMENTAR, TENDO FISSURAS MAMÁRIAS?

Doeu demais, mas teve que amamentar. Eu queria desistir porque dói, dói muito e como enchia, então... e o peito, eu tirava fraldas e mais fraldas e botava na roupa suja da menina, encheu demais e, vez em quando, ela não queria só pegar naquele que tava bem ferido, não!

Ela queria pegar só mais em um em que no outro. Aí, minha irmã ainda falava assim: Afrodite, você tem que dar nos dois, porque você vai ficar com um peito maior e outro menor. Então, mas só que ela não quer nesse... (*risos*) ela quer nesse aqui (*apontando para o seio esquerdo*).

E o outro chega tava de carne viva mesmo aquele negócio carne viva, mas doe, viu... Doe tanto... De vez em quando, eu chorava... e as enfermeiras: Mãe, tire ela desse peito e bote ela nesse daqui que tá mais ou menos, mas ela só quer nesse, só quer nesse...tanto que eu tenho um maior e outro menor. Esse aqui é maior e esse aqui é menor (*apontando para os dois seios*). E ela só mama mais nesse (*seio esquerdo*). Nesse aqui, não! Nesse aqui, pra ela pegar, eu tenho que forçar pra ela pegar (*apontando para o seio direito*).

Quanto tempo essas lesões duraram?

Ficou um mês e meio.

Um mês e meio... E nesse período você continuou amamentando?

Han, Han. Eu continuei amamentando ela e amamento até hoje. Ela já vai fazer já 6 meses.

Seis meses ela vai fazer. Durante todo esse tempo, como foi essa amamentação?

Encher, ele enche otimamente. Esse daqui (*seio direito*), vez em quando, como enche, ainda fica assim... parecendo que tem umas glândulas, é..., parece que é uma veia grossa e doe como quê, por enquanto tenho que esvaziar ele, não sossega. Fora disso. Aí ficou, de vez em quando eu tiro e jogo fora. De vez em quando, doe só esse aqui (*seio esquerdo*), o que ficou mais ferido, o que ficou carne viva. Esse aqui não doe muito não! (*apontando para o seio direito*).

Eu queria que você falasse mais um pouco sobre a dor. Você falou que doía no período em que teve as fissuras nas mamas e também no momento em que amamentava. Como era essa dor?

Eu pensei que tava dando um nó. Assim, que tinha um bocado de... de caroço, que tava dando um nó, aquela dor bem forte mesmo, fina. Mas, quando esvaziava mais, passava. Quando o peito enchia, aí começava de novo. Aí, aparecia aquelas bolinhas pequenininhas. Quando tava cheio, não dava para ver.

COMO VOCÊ SE SENTIU AMAMENTANDO NESSA SITUAÇÃO?

Eu me senti que assim. A obrigação de dar mama à criança, mesmo assim doendo ou não. Porque ela precisa do leite materno e que eu procurei (*risos*), eu tive que cumprir, (*risos*). Que não procurasse, eu não tava passando por isso que eu passei.

Eu queria que você falasse mais dessa obrigação.

Porque é obrigação de mãe. Já desde a barriga, o amor que eu tenho por ela e tudo... e ver minha filha chorando com fome e não amamentar, caso que tá doendo, não! Tem que dar, eu peguei e dei e ela mama até hoje.

Você falou um pouco da enfermeira. Que a enfermeira, no hospital, falou sobre a importância da amamentação e de continuar amamentando, mesmo tendo a fissura. Como você se sentiu diante disso? Diante dessa postura da enfermeira?

Bom... eu me senti que ela (*a enfermeira*) tava com a razão dela e ela me ajudou bastante. Me dava compressas de água quente, vez em quando, quando não era quente, era água gelada. Mandava eu botar. Teve um dia que eu botei muito e ficou aquele peito vermelhão com as manchas vermelhonas, que eu disse: oh, tou com febre no... no seio. Ela, né febre não... é porque você deixou muito aí, então Afrodite deu... (*me esqueci o nome que ela falou que tinha dado*). Aí, eu disse, bem a enfermeira disse: então, pera aí que vou pegar uma compressa de água gelada. Aí eu botei, aí passou as manchas vermelhas. Aí o leite começou a sair que tava mesmo aquelas pedronas, parecendo que era um bocado de carochos. No mais, que eu dava mama, porque o que ficou de carne viva, o outro nem tanto.

ENTREVISTA Nº 2: **ARTEMIS** - PRIMÍPARA COM 7 MESES DATA: 04/01/2006

COMO FOI PARA VOCÊ AMAMENTAR, TENDO FISSURAS MAMÁRIAS?

Horrível!... A sensação que eu consegui dar mama só 2 meses, porque ficou 2 meses ferido. O bico do peito parecia que ia cair, tão ferido que ficou. Passava remédio, passava pomada, mas não adiantava, nada. E eu não consegui e comecei a dar NAN para ele. Porque eu não botava no peito. Chorava ele e chorava eu, de dor. Sangrava muito... meu peito. Aí, eu parei por isso.

Eu queria que você falasse dessa experiência? Você falou que foi uma experiência horrível? Eu queria que você falasse um pouquinho mais sobre esse horrível.

Doía muito... sem tirar que eu só via sangue. Quando eu via tanto sangue na boca da criança, eu achava que não tava sustentando, que só tava saindo só sangue. Aí, eu não queria só isso ainda não. Aí, minha mãe mesmo e todo mundo dizendo: Ah, pode dar que alimenta, que vai passar... Foram dois meses de sofrimento... Então, pra mim, dependendo disso para eu ter outro filho, eu não tenho nunca, porque feriu demais!... (*olhos marejados durante esta fala*).

Você disse que se dependesse disso você não teria outro filho. Você podia falar um pouco mais sobre essa decisão sua de não ter outro filho?

Primeiro, porque no parto foi horrível. A gravidez toda foi horrível. O parto nem se fala e depois, o peito. Aí, pó, não teve (*risos*) experiência nenhuma boa. Olhando por esse lado, não teve nenhuma. Agora, olhando por outro lado, não! Você teve uma criança, teve um filho, aquela coisa toda... tá tudo bem, mas o meu sofrimento e o sofrimento dele..., porque sofria eu e sofria ele, aí eu não quero mais ter filho nenhum.

Você poderia falar um pouco sobre essa experiência ruim da gestação e do parto.

Porque eu tenho anemia falciforme, aí eu passei a gravidez toda, perde, não perde! Perde, não perde! Com 7 meses eu me internei, porque ele tava nascendo já, eu me internei. Aí, eu fiquei lá no Caribé (*Hospital João Batista Caribé*) pra segurar a criança. Consegui segurar até 9 meses, mas aquela coisa...

Não podia levantar, não podia fazer nada. Tinha que ficar o tempo toda deitada. Se levantasse, era coisa básica... porque senão... eu ia ter prematuro. No parto, eu não tive passagem, foi tirado a fórceps, o que deformou um pouquinho a cabeça dele. Até hoje, ele tem um pouquinho a cabeça deformada por causa do aparelho. E depois eu tive infecção, porque deixaram um resto de parto dentro de mim. Fiquei internada por 15 dias... e só isso. (*olhos marejados*)

COMO VOCÊ SE SENTIU AMAMENTANDO NESSA SITUAÇÃO?

Aí, eu acho que eu me senti a pior pessoa do mundo. Primeiro, porque meu filho chorava porque eu não dava mama direito. Ele chorava e eu corria. Capaz até de partir os pontos, porque eu saía correndo a Avenida toda aqui. Não vou dar, não vou dar, porque tava doendo. Minha mãe pegava chá e dava pra ele. Mesmo assim, ele queria ficar no peito. Tanto que, até hoje, ele é viciado no peito, ele come outras coisas, mas ele só quer o peito. Aí... eu me senti a pior pessoa porque meu filho chorava, meu filho tava perdendo peso porque eu não tava dando mama direito. Aí, no hospital, o médico, quando eu me internei da segunda vez, ele ficava: Dê mama, dê mama. Eu dava. Eu tive hemorragia, aí eu subi pro... pra parte de cima. Aí, quando eu subi, eles mandaram Davi subir pra que o resto do parto descesse e ele tinha que ficar na mama, enquanto os outros ficavam na minha barriga apertando pra sair, mas ele tinha que mamar pra que o útero, eliminasse, as coisas ruins que tavam dentro de mim. Então, foi uma situação muito... deprimente.

Você falou um pouco da situação que foi deprimente. Em que sentido ela foi deprimente para você?

No sentido da dor. Porque era muita dor... muita dor... Eu acho que ele não se alimentava direito porque praticamente saía só sangue, que ele não puxava. Quando ele botava a boca, saía sangue, sangue, sangue. As enfermeiras e os médicos... aí tem que dar, empurrava ele no peito e me seguravam. Seguravam minha mão, botavam ele no peito. Teve uma época que eu desmaiei, cheguei a desmaiar de dor, que eu não agüentava mais.

Você falou um pouco de como você se sentiu na situação. Eu queria que você falasse um pouquinho mais porque falou de Davi (*filho*). Mas eu também queria que você falasse sobre você. Sobre como se sentiu como mulher e como mãe nesse período da amamentação com fissuras nas mamas.

Por um lado, antes de eu ter neném, eu sempre quis dar mama. Eu sempre dizia: vou dar mama até..., só mama até um ano. Seis meses dá outras coisas, mais besteiras, mas eu ia dar só mama. Quando eu tive neném, que eu vi que não poderia dar mama, aí, eu acho... me senti a pior pessoa do mundo. A pessoa mais fraca do mundo. Porque não era aquela coisa, de, pó, quando eu via outras pessoas dando mama, eu achava lindo e quando eu tive meu filho, eu não pude dar mama. Era horrível... era uma sensação que não dá nem pra explicar.

ENTREVISTA Nº 3: **DÊMETER** - PRIMÍPARA COM 2 MESES DATA: 04/01/2006

COMO FOI PARA VOCÊ AMAMENTAR, TENDO FISSURAS MAMÁRIAS?

Ah... pra mim, foi difícil. Primeiro filho, eu sempre pensei assim e até hoje faço. Quando eu tiver meu filho, eu vou amamentar ele até 6 meses, que é o recomendado pelos médicos e é o melhor pra ele, mas, pra mim, foi muito difícil. Doía muito meu seio, muito mesmo. Quase toda hora, eu tava lá na nutricionista incomodando ela, mostrando que tava doendo muito. Eu, eu pensava até que era algo por dentro do seio, que doía tanto que eu pensava era algum ferimento por dentro do seio. Ela (*a enfermeira*) disse que não tinha nada a ver, que só era no bico mesmo, que era porque ele tava aprendendo a puxar ainda e eu nunca tinha tido filho. Então, pra mim foi difícil, doía muito, eu chorava, pra falar a verdade, eu chorava de dor, mas eu continuei dando. É tanto que ela (*a enfermeira*) falou: se você continuar, você vai ver que vai passar. E eu continuei e passou.

Você continuou quanto tempo amamentando?

Ele mama até hoje. Só faz mamar, até hoje.

Você falou que foi difícil nesse período. Fale-me um pouquinho mais dessa situação que você achou difícil.

É... eu achei difícil. Eu conversava lá com as mulheres que estavam lá internadas comigo. Elas diziam que, se eu não tivesse güentando mesmo, era pra eu parar, ficar fazendo massagem e depois, quando eu viesse pra casa ou então no dia seguinte que eu tivesse me sentindo melhor, era pra eu dar mama a ele, mas eu não queria. Porque, se ele só comia isso, eu não ia dar mingau a meu filho recém-nascido. Então, eu agüentava a dor e dava mama a ele, mas doía muito... muito mesmo. Ele mamou e nasceu quarta-feira. Mamou quarta-feira e eu não senti nada, mas quinta-feira a médica disse que ele tava aprendendo a puxar. Quinta-feira, assim que ele aprendeu a puxar, feriu logo. Foi difícil, mas eu continuei dando e hoje eu não sinto nada. E ficou só 15 dias e pronto.

COMO VOCÊ SE SENTIU AMAMENTANDO NESSA SITUAÇÃO?

É... uma sofredora, pra falar a verdade, né (*risos*). Isso é um sofrimento. Eu me senti uma sofredora, ali chorando, mas vendo aquela coisa pequenininha no meu colo, pedindo mama e eu tendo que dar, chorando com lágrimas no coração, já que doía muito. Eu me senti, na verdade, uma sofredora naquele momento, mas eu vendo meu filho chorando e pedindo mama, eu não ia rejeitar meu seio pro meu filho, claro! Eu dei mama, mas ali eu realmente nunca tinha passado o que eu passei ali, nunca... Desde a hora do parto, nunca passei aquela dor que eu tava sentindo. Nunca tinha sentido.

Bom, você falou que se sentiu uma sofredora pela dor que sentia, mas esse sofrimento foi pela dor ou por outro motivo?

Pela dor... Não tinha motivo maior naquele momento do que aquela dor que eu sentia. Eu tenho até uma colega que teve filho recentemente, ela teve que parar, que ela não güentava. Eu chegava na casa dela, até eu dava risada, mas, quando eu passei pelo meu momento, eu também vi que era sério. Eu chegava lá e ela tava chorando e eu não entendia porque ela tava chorando tanto daquele jeito. Mas ela teve que parar porque não güentava de dor. Eu não, eu me sentia uma sofredora, mas, ao mesmo tempo, uma

vencedora porque eu consegui até hoje amamentar ele só no seio e chegava em casa meu marido morria de pena de mim que eu chorava, chorava de dor, mas, ao mesmo tempo que eu fui uma sofredora, eu fui uma vencedora que agüentei amamentar ele, apesar de toda dor e ele tá aqui hoje com 3 meses só dou mama, mais nada.

Você falou do seu companheiro, do seu marido, que ele também vivenciou junto com você esse processo. No momento em que você teve as fissuras, como foi essa relação, dentro da sua casa, com sua família, já que você mora próximo a sua mãe e com seu esposo?

Ah... foi... foi... foi legal. Todo mundo me ajudava. Meu marido segurava na minha mão na hora de dar mama. Guenta, amor, guenta... Minha mãe vinha pra cá ficar comigo porque eu ficava sozinha aqui, né. E na hora que ele mamava, era só choro pra mim... porque doía mesmo. Minha mãe ficava aqui comigo, meu pai vinha, ficava comigo, minhas irmãs. Todo mundo me apoiou. Todo mundo também dizia que não era pra eu parar de dar mama. Então, todo mundo tava sempre do meu lado. Minha família sempre do meu lado, mas sempre incentivando eu continuar e não desistir. Então, foi legal. Aqui em casa eu não me senti só. Na maternidade, sim, eu me senti só, mas em casa, não!

Você fala que na maternidade se sentiu só. Eu queria que você falasse sobre sentir-se só na maternidade.

Não! Só (*sozinha*) eu digo assim... Minha família, essas pessoas que são íntimas pra mim. Sem minhas amigas pra conversar. Ali, eu tinha pessoas ali nos... nos leitos comigo, só que não eram amigas íntimas, a gente se conhecia naquele momento ali, mas não de tempo. Não, eu falo sozinha assim, nesse sentido. De ter aquela amiga pra desabafar, falar com ela: Ai, que dor... não tou agüentando e chorar no colo dela, dela me dar aquela força... A minha família também, o meu esposo não tava ali direto. A hora da visita é uma hora de relógio, duas horas, ninguém merece... (*risos*). Então, ele ia naquela hora ali, ficava comigo, conversava com ele, chorava ali no colo dele, enquanto ele tava mamando, ele me apoiava. Então, eu me sentia só assim sem a minha família, os meus amigos, as pessoas íntimas a mim. Mas, quando eu via a nutricionista, os médicos, eu me sentia até amparada que eles vinham, me davam uma palavra de apoio, de força pra eu continuar, que era só no começo. Então, você se vê assim... sem ninguém pra você conversar, desabafar, sem pessoas chegadas a você. Eu me sentia só, assim. Mas em casa, claro, cercada pela minha família, não me sentia só. Eu acho que foi até minha família que me deu força pra continuar dando mama a ele. Todo mundo vinha aqui e falava mesmo. Meu cunhado, minhas irmãs, minha mãe, principalmente: continue, continue, porque eu quase desistia, porque doía mesmo, mas a força da minha família e também ver meu nenenzinho chorando pedindo mama... Eu não ia deixar meu nenenzinho assim, tinha que dar. Então assim, eu me senti só lá porque não tinha pessoas chegadas a mim, na minha casa não... claro (*risos*).

ENTREVISTA Nº 4: **PERSÉFONE** - PRIMÍPARA COM 9 MESES DATA: 05/01/2006

COMO FOI PARA VOCÊ AMAMENTAR, TENDO FISSURAS MAMÁRIAS?

Ah... foi horrível! Eu tinha vontade de parar de dar mama porque doía muito e eu ficava, ficava me espremendo toda. Aí eu dizia: Ah, não vou dar mais não! Ah... eu vou parar, vou parar, mas eu ficava com pena, que ela queria mamar, ela chega parava assim..., quando eu pegava no peito que eu gritava, ela parava e ficava me olhando. Aí eu tinha vontade de parar de dar mama porque doeu muito.

Você disse que sentiu vontade de parar, de desistir pela dor. Eu queria que você falasse um pouquinho mais dessa escolha de parar de amamentar.

Porque doeu muito, doeu de... Eu não sei nem explicar direito isso (*risos*)... deixa eu ver... Porque era a única alimentação dela e tem tantas mães aí que quer dar mama a seus filhos e não pode porque não tem leite e eu, tendo, vou parar? Aí eu tentei suportar a dor.

Então, você suportou a dor pela sua filha. Eu queria que você falasse dessa relação com seu neném. Por que você continuou dando mama mesmo com as lesões?

Porque me dava pena dela, tinha pena... ela percebia. Quando ela mamava, ela olhava logo pra mim, ficava olhando eu gritar. Aí eu suspendia até o rosto pra ela não ver, por isso... eu tinha pena dela.

COMO VOCÊ SE SENTIU AMAMENTANDO NESSA SITUAÇÃO?

Me senti angustiada, desesperada. Feliz não me senti, porque doeu muito. Só cada um mesmo, só cada pessoa passando por isso pra saber como é. Porque assim falando, falando, não é a mesma coisa de... da pessoa tá acontecendo com a pessoa.

Você falou que se sentiu angustiada, desesperada, mas essa angústia que você apresentou está relacionada à dor ou a outro motivo?

À dor.

APENAS À DOR? VOCÊ SE SENTIA ANGUSTIADA APENAS PELA DOR?

Pela dor, não! Não só pela dor, porque eu queria dar mama direito sem poder. Porque a gente fica, não dá pra ficar certa, dando mama como assim... tá fazendo como se não tivesse acontecendo nada. Porque não tem como tá dando mama direito, eu ficava me espremendo pro lado pra ver se aliviava a dor, é isso...

ENTREVISTA Nº 5: **ISÍS** - PRIMÍPARA COM 9 MESES

DATA: 05/01/2006

COMO FOI PARA VOCÊ AMAMENTAR, TENDO FISSURAS MAMÁRIAS?

No começo, foi... eu fiquei com medo de dar mama a ele porque ia sangrar muito. Sangrar... Aí, eu fiquei com medo também pra passar nada pra boca dele, também... porque disse que passa, né?, Mas aí eu consegui. Minha tia falou que não passa, que era pra eu tentar dar mama a ele em todos os dois que às vezes têm, como é o nome? (*referindo-se a monilíase oral*) em criança nova assim, Aí eu consegui dar mama a ele. Mesmo assim, eu sentindo dor que doía assim pra caramba. Quando eu coçava, agitava

mais e ficava vermelhão os dois peito. Aí eu ficava queimando, mas aí eu consegui dar mama a ele.

Você disse que conseguiu dar mama, mesmo sentindo dor. Eu queria que você falasse sobre essa decisão de manter a amamentação.

Eu deixei porque eu passei por uma médica que tem lá em cima que eu conheço e ela falou que era bom eu dava a ele porque, como assim... eu não tenho dinheiro pra ficar comprando remédio direito, direto. Diarréia, esses negócios têm... E a melhor coisa é o leite materno até os 6 meses, aí eu dei. Fui dando sempre a ele, chorando até... mas consegui dar a ele. Ele tava nem querendo tentar pegar, mas aí eu tentei até pra ele pegar. Lá no IPERBA, eu não consegui dar a ele, mas, quando eu cheguei aqui em casa, eu consegui dar.

Você fala que no IPERBA não conseguiu dar a mama e quando chegou em casa, conseguiu. O que foi que levou você, na sua casa, a dar o peito para o neném, mesmo com a lesão?

Porque lá eu ficava com vergonha de todo mundo. Aqui, não! eu conheço todo mundo. Aí, eu consegui dar. Lá, os pessoal falava que era pra eu tentar dar, as enfermeiras também, mas eu não conseguia. Aí, ela mandou eu comprar o bico do peito pra eu botar, mesmo assim, não consegui. Só aqui em casa que eu tentei botar ele, aí ele mamou.

Você falou que sentiu vergonha. Eu queria que você falasse um pouquinho dessa vergonha que sentiu nesse período da amamentação.

Ah... das pessoas ficar olhando. Só isso, só isso mesmo. Do pessoal ficar olhando. A enfermeira, ela ia lá ver se eu tava conseguindo, até que ela tentaram me ajudar. Me levantaram meus peitos pra tentar botar na boca dele, mesmo assim, eu ficava com vergonha porque eu não queria dar no hospital. Ele tomou leite do hospital. Só em casa que eu consegui.

COMO VOCÊ SE SENTIU AMAMENTANDO NESSA SITUAÇÃO?

Ò... ela, uma moça falou que era pra eu continuar dando porque ...é isso, é isso,... pra ele não ter doenças, esses negócios, assim... mas eu fiquei com medo de dar a ele porque- como é o nome?- ficava véia cedo, esses negócios. Aí, eu não... eu não vou dar porque eu não quero ficar véia, com peito caído. Mas eu pensei assim, é melhor dar porque ele é novinho e eu não quero ter preocupação com ele no hospital e tudo e foi até bom eu dar a ele, porque ele nunca foi pro hospital assim... grave. Só uma vez que foi internado por causa do ímbigo. Saiu grande, mas aí nunca foi internado, nunca teve febre, só por causa da vacina, só isso e ...também, pelo menos -como é o nome?- engordei mais porque disse que emagrece, mas eu engordei, fiquei mais madura, esses negócio de mãe. Tenho o carinho dele assim, porque parece que, quando a gente dá peito, a gente sente o carinho da criança e tudo. Só isso.

Você falou que sentiu medo. Você sentiu mais alguma coisa nesse período além do medo?

Não, só isso mesmo. Medo...

ENTREVISTA Nº 6: **RENENET** - PRIMÍPARA COM 8 MESES DATA:06/01/2006

COMO FOI PARA VOCÊ AMAMENTAR, TENDO FISSURAS MAMÁRIAS?

Bom... foi horrível, viu... Doe, doe, doe, mas eu ainda pensava... Meu Deus, eu vou parar de amamentar? Se bem que meu filho só tinha 2 meses. Até hoje, eu fico... hoje eu podia amamentar até agora, tá amamentando. Doe, doeu muito, sangrou bastante, passei pomada e não gosto nem de lembrar da dor (*olhos marejados*) que eu senti, mas tive que parar de dar porque eu não ia misturar o leite com sangue. Antes, até de eu ir no pediatra dele, depois que eu fui no pediatra foi que eles disseram. Henrique já tava de 3 meses porque eu já não aguentava ver o bichinho chorando, que eu não sabia o que era... Era de 5 em 5 minutos, Henrique pedindo comida, 5 em 5 minutos, peito, no caso. Aí, quando eu fui, ele (*o médico*) disse isso: que meu peito não tinha nada, tava assim do jeito que ta, ó... vazio, vazio, vazio... Minha filha, seu filho tá morrendo de fome, aí foi que passou o NAN pra ele, mas até então, minha filha, ele só ficava no peito, não fazia nada, não dava água, não dava nada, só peito. Uma dor horrorosa... de noite, eu chegava a chorar... de dor.

Você disse que foi horrível, que foi um momento difícil. Você poderia falar mais um pouco desse momento? Como foi esse momento em casa ou na maternidade?

Na maternidade, não foi absurdo, não... porque logo quando ele veio pra mim, porque na verdade ele nasceu 03:20 da manhã e só veio 15 pras 08:00 da manhã que ele ficou na bolsa de oxigênio (*Deus sabe o porquê!*) e depois, quando ele veio, ele pegou o peito normal. Aí, quando fizeram um exame nele, que ele tava com baixa taxa de açúcar no sangue, foi aí que vieram tentar botar ele pra poder sugar o peito. Disse que ele tava puxando e não tava saindo nada. Aí, quando começaram a botar, disseram que ele não ia poder, eu não ia poder amamentar naquele momento. Aí, subiu com ele pra o berçário, ele passou a noite lá, quando ele desceu... foi que elas começaram a botar no peito. Então, lá, na verdade, na maternidade, eu não senti muita dor. Só aquela dor do começo, que eu acho que toda mulher quando pare sente. Aquele negócio, uma sugação assim esquisita. Aí, fora essa dor esquisita assim do começo, não tive nada. Agora, no 3º dia em diante, foi que começou aquele negócio no peito. O peito chegava a ficar torto, o bico. Ficava torto, bem assim... todo pra cima que eu achava que a língua dele, sei lá o que era, que fazia alguma coisa com o bico e ainda tentava botar certo o bico, mas nada! Ele pegava o bico todinho, mas só sugava pra cima e machucando. Parecia até que ele tinha dente, que era um negócio estranho, machucava mesmo, ele ainda mordida com a gengiva. Fazia assim com a gengiva (*tenta expressar com o rosto*), puxava o peito. Aí que eu chorava mais ainda. Aí, depois que eu vim pra casa, que na verdade, eu não vim pra cá, eu fui ficar direto com meu marido... ex-marido. Aí, foi mais difícil, porque eu tava sozinha, ele não sabia como ajudar e só eu pra poder, só podia eu... dar meu leite (*risos*). Então, foi difícil, foi muito difícil. Mesmo com essas dificuldades todas, eu pretendo ter outro... (*risos*)

COMO VOCÊ SE SENTIU AMAMENTANDO NESSA SITUAÇÃO?

Mal, viu... Porque dar o peito sentindo dor é a mesma coisa de fazer uma cirurgia sem anestesia. Entendeu? É horrível, uma dor!... Eu nem sei assim dizer, uma dor horrível, viu..., muito horrível. Nem sei dizer assim. Só sei que tirar o peito foi mais difícil.

Você falou que tirar o peito foi mais difícil. Eu queria que você falasse um pouco mais sobre isso.

Porque eu via todo mundo falar que dar o peito era a melhor coisa pra criança. Melhor do que água, do que qualquer outra coisa, apesar de eu já dar um chazinho e dar água pra ele. Aí eu fiquei sentida porque... ah, porque eu fui mãe e dei não sei... amamenteei não sei lá quanto tempo... Aí eu dizia: só amamenteei 3 meses! E eu ficava triste por não ter amamentado ele mais tempo. Porque ele querer comer mais do que eu tinha... (*risos*), aí eu fiquei triste. É isso. Com fé em Deus, o próximo eu vou amamentar até os 6.

Você disse que o próximo filho pretende amamentar até o 6º mês. Então, eu queria que você falasse um pouco mais sobre essa decisão de ter suspenso a mama para o 1º filho.

Eu tomei (*decisão pela suspensão da amamentação*)... por causa dos cortes, mas sem orientação médica nenhuma. E, quando, na verdade, eu tirei, já não tava, não tinha tanto leite. E eu chorava por causa disso. Às vezes, eu ficava... Meu Deus do céu, olha pra isso... meu filho tá chupando o quê aqui? Não tá saindo nada. É como se eu tivesse dando bico pra tapiar... a ele. Entendeu? Então, eu botava, aí ele ficava, ficava e eu sabia, se a qualquer momento que ele soltasse ali ou que eu tentasse tirar pra atender um telefone ou beber uma água, alguma coisa assim... ele ia chorar. Então, eu falei: vamo, vou começar logo a puxar logo, tirar na bomba o resto que tem, botar na chuquinha, que ele vai se acostumar com a chuquinha e cada vez que eu fazia isso eu chorava (*lágrimas nos olhos*). Foi difícil, eu acho que pra qualquer mãe... tirar, nessa situação, é difícil.

ENTREVISTA Nº 7: OYA - PRIMÍPARA COM 10 MESES

DATA: 06/01/2006

COMO FOI PARA VOCÊ AMAMENTAR, TENDO FISSURAS MAMÁRIAS?

É... foi horrível, foi horrível porque é... doía muito, ficou muito doído, dolorido. Aí, eu não conseguia mais dar mama e eu dei mama no 1º dia... à noite, que eu fui pra sala já de noitinha e a enfermeira mandou que eu me virasse pra dar mama. Aí, eu comecei, aí eu fiquei a noite toda assim, quase... que ela queria, eu dava. Aí, quando foi de manhã, o peito já tava muito doendo, ferido. Aí eu comecei a me desesperar. Chorava... o peito começou a inchar de leite, enchendo de leite e sem poder a menina sugar, mamar, porque não conseguia mesmo. Era muita dor e eu tentava. Veio um monte de gente de... Botei ali, aquele IPERBA (*Instituto de Perinatologia da Bahia*) de cabeça pra baixo (*risos*) porque eu sou muito... assim, não aguento sentir dor, vou falar mermo e essa dor é uma dor mesmo que é horrível mesmo. Aí eu peguei, aí vinha um monte de gente me olhar, pegava, bulia, aí começou eu ficar sem dar mama. Aí vinha uma e dizia assim: Não, mãe, se tem que dar mama. Aí eu tentava, aquela coisa, aquela... Eu ficava tentando botar ela pra dar mama, pra mamar. Aí tinha vez que eu conseguia, mas era aquela dor, era chorando... e um sufoco. Aí, foi enchendo, piorando, que o peito ficou lotado mesmo de leite e ela sem mamar direito, não mamava, e quando acontecia que eu deixava mamar, era um pouquinho, porque eu não aguentava muito tempo, aí foi piorando. Foi enchendo, enchendo, chegou uma noite lá no IPERBA (*Instituto de Perinatologia da Bahia*) que eu fiquei com o peito, eu me deitei assim... o peito tava assim... bom! bom, não mas não tava tão ruim assim. Aí fui dormir. Quando acordei, foi com os dois peitos assim durão, parecendo que eram duas pedras no lugar, assim... Aí eu comecei a chorar. Aí veio a enfermeira, botou compressa de água quente no meu

peito e fez massagem, botou o leite pra sair. Aquela confusão... foi uma confusão mesmo que eu espero nunca mais passar.

Você fala da 1ª lesão que foram os cortes nas mamas e depois do ingurgitamento. Então, eu queria que você falasse um pouquinho desse momento em que tinha cortes nas mamas.

Era ruim, dolorido. Muito ruim... pra eu dar mama assim. Tanto que eu nem dei muito leite no começo, não dei assim... muito, não! Vim dar mais quando cheguei em casa e lá na maternidade, ela começou a tomar o NAN. Me deram (*sussurando*). Aí todo dia, toda... porque ela ficou lá 3 dias. Vinha de manhã, de noite e de tarde o leitinho pra ela que eu dava, mas não dei muita mama lá, não!

Você fala que não amamentou muito no IPERBA, que deu mais em casa. Eu queria que você falasse desse momento em que estava em casa com esses cortes nas mamas e continuava amamentando.

Ó, eu comecei a dar. Aí, eu comecei a vir as pessoas e via como é que eu tava. Olha, Oya, eu também já passei por isso, é assim mesmo, você tem que ter força. Eu chamava por Deus porque é... é muita dor. Aí, eu comecei dar mama, eu pegava, fechava os olhos e tinha até uma música porque eu sou cristã, tinha até uma música que eu cantava na hora de dar mama que eu pegava, botava Júlia no peito e começava a me torcer ali de dor. Aí, a lágrima escorrendo e eu dando mama, tanto que ela chegou até a beber sangue. A médica disse que não tinha, não prejudicava. Eu dei a mama com leite, como é que diz... com sangue e aí eu fui aguentando, mesmo pelo amor mesmo que eu senti, que eu sinto pela minha filha, fui dando a mama assim, o peito ferido. Foi, foi, vinha um dizia uma coisa, dizia outro. Me ensinaram a botar o seio no sol pra ir melhorando, usei pomada, essas coisas... Foi, eu fui me acostumando mais, doendo mas dava, fui acostumando até... quando chegou o ponto que sarou, que não fazia mais tanta dor. Tava ferido ainda porque levou um tempo assim, meu peito, aí eu não sentia tanta dor e continuei dando. Não larguei não, não deixei de dar, não!

COMO VOCÊ SE SENTIU AMAMENTANDO NESSA SITUAÇÃO?

(*Silêncio*) - *olhos marejados*... Eu me senti, eu me senti assim... que eu era a mãe, que eu tinha aquela responsabilidade de dar, que minha filha não ia poder ficar sem tomar o leite, sem mamar, como eu já vi casos de mães que deixou de amamentar porque o peito feriu e aí eu me senti que eu era a mãe, que eu tinha aquela responsabilidade de passar... , de dar mama. Aquela obrigação. Eu deixei o meu lado, eu deixei Oya um pouquinho de lado e quis ser aquela mãe protetora, cuidar de minha filha e só isso... que eu senti. Eu me senti assim... Tinha vez que eu ficava... Meu Deus, que situação horrível que eu tou passando! mas isso vai passar, botei aquela coisa na mente... Ah, isso vai passar. Aí, depois vinha aquele pensamento de novo... quando é que vai passar, que tá demorando demais e eu quero ficar logo livre disso pra eu dar mama direito a minha filha e ter aquele prazer de dar mama como minha irmã mesmo dizia que gostava de amamentar. Aí, eu dizia: Gostar, eu ainda acho um sufoco na hora da amamentação, um sufoco... mas eu quero que chegue logo essa época que eu teja sentindo prazer de dar mama a minha filha.

COMO FOI PARA VOCÊ AMAMENTAR, TENDO FISSURAS MAMÁRIAS?

Pra mim, foi muito difícil amamentar com a fissura que a minha foi bastante grande, como eu tava lhe mostrando agora mesmo (*mostrou os dois seios*). Quando eu já imaginava já, quando ela ia sugar o meu peito já, eu já começava antes, só dela tá dormindo, tá se mexendo na cama que eu já imaginava... começava já a chorar e tinha que colocar o pano na boca... que é muita, muita, muita dor... mas só que eu primeiro pensei em minha filha, entendeu? Ainda comprei NAN, só que depois desisti e não quis dar. Porque dei uma vez e ela sentiu cólica, então, eu preferi mesmo sofrer do que deixar minha filha sofrer. Todo mundo mandava passar isso, passar aquilo, mas aí, com o tempo, com 20 dias depois melhorou.

Você disse que preferia sofrer do que deixar seu neném sofrendo. Eu queria que você falasse um pouquinho mais desse sofrimento no período em que estava com os cortes nas mamas.

Era um sofrimento tão grande que até a água do chuveiro, ao cair em cima, que as médicas mandavam colocar debaixo do chuveiro de água quente, colocando que ajudava. Não ajudava em nada. Era dor pior. O seio, se colocava sutiã, doía, se colocava... que manda abrir pra deixar o bico do lado de fora doía mais ainda, entendeu? Então, tudo era dor. Tudo, tudo era dor... pra qualquer jeito, enchia demais que ela não conseguia sugar que era muito, aí doía mais ainda, mas valeu a pena, que é tanto que hoje, até hoje, ela só quer mamar.

A neném continua mamando. Eu queria que você falasse um pouco mais do dia em que as lesões iniciaram e quanto tempo duraram. Como foi esse momento para você?

Bem, como eu tive ela numa segunda, na terça-feira eu fui tentando que ela... como eu expliquei eu não tinha... até hoje, ele se esconde, eu não tinha o bico do peito. Foi formando, eu fiz o exercício durante a gravidez toda, mas, mesmo assim, não saiu. Ela ficou até 1 hora da tarde só eu tentando dar mama e ela nasceu 10:00 h da noite, eu só tentando dar mama, quando foi perto do horário da visita que ela conseguiu mamar... um pouco. Aí, quando foi umas 03:00 h da manhã, foi que começou... da terça-feira. Foi um dia, um dia mais ou menos, 24 horas depois que ela nasceu que foi começando a rachar, foi começando a sugar, aí foi começando a rachar. Nessas 24 horas em diante, minha filha, foi 20 dias de terror! (*risos*) Olha, eu juro pra você: até a dor da cesárea que eu tive depois que na hora eu não senti nada do efeito da anestesia que passou, não chegou nem aos pés, nem um tiquinho do que foi a dor dessa fissura. Uma dor que eu nunca senti igual. É muita dor! Que a gente fala assim, os outros fala, mas é muita, muita dor. É dor demais, sabe o que é um pedaço de carne, cê ter um neném chupando... é isso, é dor demais.

Você disse que continuou amamentando apesar da dor que foi intensa. Amamentou pelo amor a sua filha. Eu queria que você falasse dessa relação com a sua filhinha de 4 meses

Olha, só... como diz que tem depressão pós-parto, não é isso? Eu vim na quinta-feira pra casa. Na sexta-feira assim, quando era dor demais. Quando dava 05:00 h, dava vontade

de chorar que ela trocava o dia pela noite, de dia ela dormia, acordava bem pouco para mamar, entendeu?

Aí, de noite, ainda tentava dar NAN, aí que eu vi que não tava dando certo o leite artificial e eu via quando eu via a minha bichinha só olhando pra minha cara eu não sabia se eu chorava por causa da dor ou se chorava por causa dela. Eu tava até com medo de eu tá entrando nessa fase, entendeu? Que só me dava vontade de chorar. Quando dava 05:00 h, me dava uma tristeza, uma tristeza, uma angústia que eu via tanta gente, tantas mães lá que não tinha nada que amamentava numa boa e só eu mesmo lá no IPERBA, eu fiz um show... que é tanto que eu andava no IPERBA com os seios do lado de fora. As enfermeiras... bota do lado de fora, pode deixar, mãe, pode deixar, mas eu via que era minha filha, que tava precisando. Eu falo: por ela, eu mato, morro! Se for de sofrer, se for de cair o peito todo, vai cair até o dia que ela quiser mamar. Ela, agora mesmo, já tá apertando já... a gengiva. O daqui já tá todo dolorido, vermelho. Aí, eu fico brincando com ela que eu vou tirar, vou tirar! Eu não! Ela mama até o dia que ela quiser. Foi tanto que eu mamei até 3 anos de idade. Minha mãe me deu mama até 3 anos. Ela quiser continuar mamando, ela vai continuar mamando.

COMO VOCÊ SE SENTIU AMAMENTANDO NESSA SITUAÇÃO?

Eu me senti uma mulher incapaz, entendeu? Por ter a mama e tá daquele jeito e mais eu tinha que dar, né isso? Mas eu, pelo menos, eu me senti mal. Por isso, eu parei até de dar porque eu tava entrando já numa fase que eu me sentia muito mal mesmo. Eu dava, de tanto que eu chorava e gritava... ela parava de mamar pra ficar olhando pra mim. Eu me senti muito péssima, foi muito ruim, foi um momento muito ruim.

Você disse que tinha que dar mama. Eu queria que você falasse sobre essa decisão de ter que dar mama a sua filha.

Bem, eu decidi eu mesmo dar a mama porque eu, todo mundo... vem todo mundo, vem avó, vem tio, vem parente, vem todo mundo: não dá mingau! Todo mundo! Todo mundo! Não é pra dá peito, suspende, pára de dá... dá leite. Ninguém morre, não vai morrer. Tem um que viveu até hoje...então, eu falava assim: só que eu, quando eu engravidei, eu fiz a promessa pra mim mesmo que minha filha ia mamar até os 6 meses. Se, depois, ela quisesse largar por si próprio, ela largaria. É tanto que até hoje eu nunca, eu fui tentar dar mingau, ela tem o quê... vai fazer 1 mês que eu tou tentando dar mingau a ela e dá outras coisas, frutas, verduras, porque eu tenho medo dela largar a mama e a última coisa que eu quero é que ela largue de mamar, entendeu? Eu quero complementar, mas eu nunca... nunca...nunca. Ela só pára de mamar, quando ela quiser.

ANEXO A - Ofício de encaminhamento para o comitê de ética em pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
FONE: (71) 3263-7631 - FAX: (71) 3332-4452



Of. nº 203/05

Salvador, 03 de outubro de 2005

Ao: Ilmo. Sr. Antonio dos Santos Barata
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Maternidade Clímério de Oliveira - CEP/MCO/UFBA

Prezado Senhor,

Encaminhamos para análise desse comitê o projeto de dissertação intitulado "*Êxito na amamentação com fissuras mamárias: significado para primíparas*", da mestrande Michelle Araújo Moreira, a ser realizado sob a supervisão da profª Regina Lúcia Mendonça Lopes no Instituto de Perinatologia da Bahia-IPERBA.

Solicitamos a V.Sª a colaboração dos sujeitos do estudo na realização da referida pesquisa obedecendo a regulamentação do Conselho Nacional de Saúde de acordo com a Resolução nº 196/96.

Atenciosamente,

Prof.ª D.ª Regina Lúcia Mendonça Lopes
Orientadora do Projeto



ANEXO B – Ofício de solicitação de liberação institucional para coleta dos dados



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
FONE: (71) 3263-7631 - FAX: (71) 3332-4452



Of. nº 204/05

Salvador, 10 de outubro de 2005

Ao Instituto de Perinatologia das Bahia -IPERBA

Solicitamos ao referido serviço a liberação para a coleta dos dados do projeto de dissertação intitulado: "Êxito na amamentação com fissuras mamárias: significado para primíparas", da mestranda Michelle Araújo Moreira, sob a orientação da profª Drª Regina Lúcia Mendonça Lopes que define como objetivo geral desta pesquisa: compreender o significado da amamentação para primíparas que vivenciaram fissuras mamárias e que amamentaram.

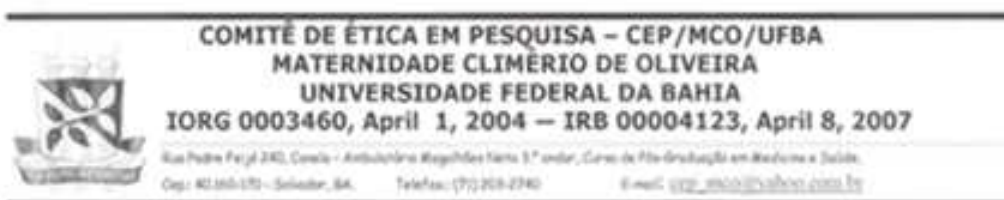
Contamos com a colaboração do Instituto para permitir a aproximação com os sujeitos do estudo e solicitar dos mesmos a sua participação, mediante regulamentação do Conselho Nacional de Saúde através da Resolução nº 196/96.

Atenciosamente,

Profª Drª Regina Lúcia Mendonça Lopes
Orientadora do projeto



ANEXO C – Ofício de aprovação do projeto pelo comitê de ética em pesquisa



PARECER/RESOLUÇÃO N.º 138/2005.

Identificação: "Êxito na amamentação com fissuras mamárias: significado para primíparas".

Pesquisadora Responsável: Michelle Araújo Moreira, Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia. "*Curriculum vitae*" em anexo.

Orientadora: Regina Lúcia Mendonça Lopes, Livre-docente pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro e Professora Titular da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. "*Curriculum vitae*" em anexo.

Instituição: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem — Universidade Federal da Bahia.

Área do conhecimento: 4.04, Nível E, Grupo III.

Objetivo: Compreender o significado que primíparas atribuem à manutenção da amamentação, tendo vivenciado fissuras mamárias.

Súmula: Trata-se de um estudo fenomenológico entre primíparas atendidas no Instituto de Perinatologia da Bahia (IPERBA), no município de Salvador, que vivenciaram fissuras mamárias e que amamentaram até 6 meses. Após aceitação da participação do estudo, mediante assinatura do "Termo de Consentimento Livre e Pré-Esclarecido", será realizada o preenchimento de formulário com dados gineco-obstétricos, e a gravação de entrevista fenomenológica, utilizando-se das seguintes questões norteadoras: "Como foi para você amamentar, tendo fissuras mamárias?", "Como você se sentiu amamentando nessa situação?". Os depoimentos serão analisados sob a perspectiva do referencial Heideggeriano, buscando captar a essência do significado da amamentação para primíparas que mantiveram a amamentação após vivenciarem fissuras mamárias.

Assinatura do(a) representante do Comitê de Ética em Pesquisa



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/MCO/UFBA
MATERNIDADE CLIMÉRIO DE OLIVEIRA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
IORG 0003460, April 1, 2004 – IRB 00004123, April 8, 2007

Rua Pedro Feijó 240, Centro - Antônio Carlos Magalhães Norte 5º andar, Curso de Pós-Graduação em Medicina e Saúde,
 Cep: 40.160-170 – Salvador, BA. Telefone: (71) 258-2740 E-mail: cep_mco@ufba.br

Comentários: Estudo fenomenológico, com objetivos relevantes e metodologia adequada. Intervenções não-invasivas em sujeitos de pesquisa. **Cronograma** incluso. **Projeto orçamentário** viável. **"Termo de Consentimento Livre e Esclarecido"** claramente explicativo e mantendo assegurados os direitos éticos das participantes.

Opina-se pela aprovação do projeto.

Salvador, 14 de Dezembro de 2005.

Decisão Plenária: *APROVADO*

Coordenador: *[Assinatura]*

Observação importante: toda a documentação anexa ao Protocolo proposto e rubricada pelo Pesquisador, arquivada neste CEP, e também a outra devolvida com a rubrica da Secretária deste ao mesmo, faz parte intrínseca deste Parecer/Resolução e nas "Recomendações Adicionais" apenas, bem como a imposterável entrega de relatórios parciais e final como consta nesta liberação.

ANEXO D - Ofício de aprovação institucional para coleta dos dados

GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA
INSTITUTO DE PERINATOLOGIA DA BAHIA- IPERBA

Cf. No. 105

Salvador, 10 outubro de 2005.

Ilma. Gra.
Profa. Regina Lúcia Mendonça Lopes
Escola de Enfermagem U.F. Ba.

Em atenção à solicitação de liberação para coleta dos dados do projeto de dissertação intitulado: "Êxito na amamentação com fissuras mamárias: significado para primíparas", da mestrande Michelle Araújo Moreira, nas dependências do IPERBA, informamos nada opor, devendo para tal que a mestrande agende uma reunião para a discussão da operacionalização.

Atenciosamente,

A assinatura manuscrita de Eliana de Paula Santos, em tinta escura, sobre o nome impresso.
Eliana de Paula Santos
Diretora