

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul**

**Nelci Terezinha Zorzi**

**PRÁTICAS UTILIZADAS PELAS PUÉRPERAS PARA A RESOLUÇÃO  
DOS PROBLEMAS MAMÁRIOS NO DOMICÍLIO**

**Porto Alegre**

**2006**

**Nelci Terezinha Zorzi**

**PRÁTICAS UTILIZADAS PELAS PUÉRPERAS PARA A RESOLUÇÃO  
DOS PROBLEMAS MAMÁRIOS NO DOMICÍLIO**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profª Drª Ana Lucia de Lourenzi Bonilha

**Porto Alegre**

**2006**

Z88p Zorzi, Nelci Terezinha

Práticas utilizadas pelas puérperas para a resolução dos problemas mamários no domicílio / Nelci Terezinha Zorzi ; orient. Ana Lucia de Lourenzi Bonilha. – Porto Alegre, 2006.  
99 f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso de Mestrado em Enfermagem, 2005.

Inclui resumo em: Português, Espanhol e Inglês.

1. Aleitamento materno. 2. Mama : lesões. 3. Cuidado pós-natal : ética. 4. Assistência ao paciente : enfermagem. I. Bonilha, Ana Lucia de Lourenzi. II. Título.

Limites para indexação: Humano. Feminino.

LHSN – 625.1  
NLM – WS 125

Catálogo por Celina Leite Miranda (CRB-10/837).

**Nelci Terezinha Zorzi**

**PRÁTICAS UTILIZADAS PELAS PUÉRPERA PARA A RESOLUÇÃO DOS  
PROBLEMAS MAMÁRIOS NO DOMICÍLIO**

Dissertação apresentada ao Curso de  
MESTRADO em Enfermagem da Escola de  
Enfermagem da Universidade Federal do Rio  
Grande do Sul, como requisito parcial para a  
obtenção do Título de Mestre em Enfermagem

Aprovada em Porto Alegre , julho de 2005.

**BANCA EXAMINADORA**

Profa. Dra. Ana Lúcia de Lorenzi Bonilha  
CPF 256428550-35

(Presidente)

Profa. Dra. Maria da Graça Corso da Motta  
CPF 210354660-15

(Membro – UFRGS)

Profa. Dra. Nair Regina Ritter Ribeiro  
CPF 219569520-04

(Membro – UFRGS)

Prof. Dra. Lúcia Beatriz Ressel  
CPF 427288270-87

(Membro – UFSM)

Porto Alegre, 26 de julho de 2005.

De acordo da Mestranda:

Nelci T. Zorzi

Dedico este estudo aos meus filhos,  
ARTUR e SOFIA,  
que foram aleitados com meu leite e meu amor.

## AGRADECIMENTOS

As puérperas deste estudo por me permitirem entrar em seus lares e conhecer e vivenciar suas práticas do cuidado, possibilitando-me adquirir mais conhecimento sobre o cuidado popular e enriquecendo meu ser com bondade, luta, persistência e humildade.

À doutora Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha, por ter me apoiado no momento em que fiquei em dúvidas se prosseguia o Mestrado devido à chegada surpresa e maravilhosa de Sofia, minha filha querida. Obrigada pelo seu humanismo de mulher - mãe. Obrigada por me conduzir, pelo seu conhecimento; você é um ser humano maravilhoso!

À Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, representada pelos funcionários e professores, por me acolher com muito carinho e respeito.

À Universidade de Passo Fundo pelo incentivo, respeito e confiança em mim depositados na qualificação do corpo docente, ao qual eu faço parte.

Aos profissionais do Centro de Atenção Integrada de Saúde e hospital por me indicarem o caminho na busca das puérperas em estudo e pelo respeito ao meu trabalho.

À secretaria Municipal de Saúde de Passo Fundo, por ter me possibilitado o espaço para realização desta pesquisa.

A meus filhos ARTUR e SOFIA, minha fonte de inspiração, meu maior motivo de seguir em frente. Que Deus os proteja sempre!

SOFIA, você foi concebida em momento muito importante de minha vida; obrigada por ter me permitido vivenciar o processo de Mestrado com mais serenidade.

Ao ARTUR por superar, com muita naturalidade e carinho, minhas ausências em nossa casa.

A meu querido esposo ISRAEL, pelo seu amor, pela sua compreensão, paciência e auxílio em todos os momentos deste estudo, sempre me despertando para o cuidado popular.

À minha querida mãe Esterina, mulher – mãe – esposa – dona de casa, agricultora, mãe de dez filhos, por me ensinar a ser batalhadora, vencedora, ter humildade e honestidade. Obrigada por ter me dado a vida e me mostrado como é maravilhoso ter filhos e alimentá-los com o nosso amor e leite materno.

Às colegas do curso do Mestrado, pela convivência e troca de conhecimento.

Às professoras da Banca Examinadora, por suas contribuições para este estudo.

Minha gratidão à querida amiga e colega Lenir, pela confiança em meu potencial, por ter sido grande incentivadora de meu trabalho, pela presença em minhas gestações e nascimento de meus filhos.

A todas as pessoas que apoiaram minha família, especialmente aos que ajudaram nos cuidados com meus filhos queridos, nos momentos de minha ausência, durante minhas idas e vindas a Porto Alegre, especialmente a meu sobrinho Julceu, tata Neusa, tia e dinda Ivã.

## RESUMO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo Convergente – assistencial, que teve como objetivo: conhecer as práticas adotadas pelas puérperas para a resolução dos problemas mamários, no domicílio, e intervir para a sua resolução. Participaram do estudo quatorze puérperas, que foram escolhidas a partir de alguns critérios previamente estabelecidos e se encontravam no período de amamentação, recebendo atendimento no Centro de Atenção Integral a Saúde de Passo Fundo, Rio Grande do Sul. As informações foram coletadas por meio de entrevista semi-estruturada, observação participante e anotações em diário de campo e, após, à submetidas análise de dados, conforme proposta de Trentini e Paim. Foram encontrados como temas: Práticas utilizadas pelas puérperas nos problemas mamários; e Repercussões dos problemas mamários no desmame e a promoção do aleitamento materno. Os achados indicam que foi uma diversificação de produtos utilizados pelas puérperas quando se encontram com problemas mamários. Ressalta-se a necessidade de os profissionais de saúde conhecerem as práticas utilizadas nas comunidades e se atualizarem em relação ao aleitamento materno, para que auxiliem na sua promoção.

**Descritores:** Aleitamento materno. Mama: lesões. Cuidado pós-natal: ética. Assistência ao paciente: enfermagem.

**Limites:** Humano. Feminino.



## **RESUMEN<sup>1</sup>**

*Se trata de una pesquisa calitativa del tipo Convergente – asistencial, ue tuvo como objetivo: conocer las prácticas adoptadas por las puérperas para la resolución de los problemas mamarios en el domicilio e intervenir para su resolución. Participaron del estudio catorce puérperas, las cuales fueron elegidas a partir de algunos criterios previamente establecidos que se hellaron en el periodo de amamentación y buscaron atendimento en el “Centro de Atenção integral a Saúde de Passo Fundo”, Rio Grande del Sur. Las informaciones fueron recopiladas a traves de encuesta semiestructurada, observación participante y apuntes en diario de campo y después sometidas análisis de datos, de acuerdo con la propuesta de Trentini y Paim. Fueron hallados como temas: Prácticas utilizadas por las puérperas en el problemas mamarios y repercusiones de los problemas mamarios para el desmame y la promoción del amamentamiento materno. Se resalta la necesidad de los profesionales de salud conocieren las prácticas utilizadas en las comunidades y se actualizaren en relación al amamantamiento materno, para que auxiliien en su promoción.*

**Descritores:** *Lactancia materna. Mama: lesiones. Atención posnatal: ética. Atención al paciente: enfermería.*

**Límites:** *Humano. Femenino.*

**Título:** *Las prácticas adoptadas por las puérperas para la resolución de los problemas mamarios en el domicilio.*

---

<sup>1</sup> Traducción: Beatiz Paula Gavioli

## **ABSTRACT<sup>2</sup>**

*This study is a Convergent – assistant qualitative research, that had as objective: know the practices adopted by a woman at post-birth to the resolution of home nipple problems and intervene for its resolution. Fourteen women at post-birth participated in the study and were chosen from some criteria previously established which were found in the breast-feeding period and searched for service at the Center of Integral Attention to Health of Passo Fundo, Rio Grande do Sul. The information was collected through semi-structured interview, participant observation and notes in field daily and after submitted data analysis, according Trentini and Paim proposal. It was found as themes: Practices utilized by women at post-birth in nipple problems and repercussion of nipple problems to the women at post-birth and promotion of the maternal breast-feeding. It is emphasized the necessity that the health professional take knowledge of the practices used in the communities and be up to dated in relation to maternal breast-feeding, so that they can help its promotion.*

**Descriptors:** *Maternal breast-feeding; Nipple: lesion; Post-birth care; ethic; Assistance to patient: nursering.*

**Limits:** *Human. Female.*

**Title:** *The practices adopted by a woman at post-birth to the resolution of home nipple problems.*

---

<sup>2</sup> Version: Regina Kátia Fritsch

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>19</b>
<b>3</b>	<b>SUPORTE TEÓRICO</b>	<b>20</b>
<b>3.1</b>	<b>Amamentação</b>	<b>20</b>
<b>3.2</b>	<b>Fatores que interferem na amamentação</b>	<b>25</b>
<b>3.3</b>	<b>Manejo dos problemas mamários</b>	<b>28</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>32</b>
<b>4.1</b>	<b>Método escolhido</b>	<b>32</b>
<b>4.2</b>	<b>Tipo de estudo</b>	<b>33</b>
<b>4.3</b>	<b>Campo de estudo</b>	<b>33</b>
<b>4.4</b>	<b>Participantes</b>	<b>34</b>
<b>4.5</b>	<b>Coleta de dados</b>	<b>43</b>
<b>4.6</b>	<b>Análise dos dados</b>	<b>44</b>
<b>4.7</b>	<b>Considerações bioéticas</b>	<b>45</b>
<b>5</b>	<b>ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES</b>	<b>48</b>
<b>5.1</b>	<b>Práticas utilizadas nos problemas mamários</b>	<b>48</b>
<b>5.1.1</b>	<b>Práticas utilizadas nas fissuras mamilares</b>	<b>53</b>
<b>5.1.2</b>	<b>Práticas utilizadas no ingurgitamento mamário</b>	<b>64</b>
<b>5.1.3</b>	<b>Práticas utilizadas na dor mamilar</b>	<b>68</b>
<b>5.2</b>	<b>Repercussões dos problemas mamários para o desmame e a promoção do aleitamento materno</b>	<b>70</b>

<b>6</b>	<b>REFLEXÕES SOBRE AS PRÁTICAS UTILIZADAS PELAS PUÉRPERAS</b>	<b>75</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES</b>	<b>81</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>89</b>
	<b>APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b>	<b>94</b>
	<b>APÊNDICE B – Roteiro para entrevista</b>	<b>95</b>
	<b>APÊNDICE C – Diário de campo</b>	<b>96</b>
	<b>APÊNDICE D – Solicitação para realizar coleta de dados</b>	<b>97</b>
	<b>ANEXO – Parecer do comitê de ética</b>	<b>98</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Exercendo atividades na área da Enfermagem, ao longo de dezesseis anos, procurou-se direcionar a trajetória, como profissional de saúde, para o cuidado e convívio com mulheres.

Enfermeira há 12 anos, formada pela Universidade de Passo Fundo (UPF) – RS, antes de concluir a Graduação, atuava-se profissionalmente em hospital, na função de auxiliar de enfermagem, no Centro Obstétrico e em Unidade de internação pós-parto, entre outros setores.

Durante a formação acadêmica embasada no modelo biomédico; embora a teoria enfocasse o cuidado com o ser humano, como um todo, a prática voltava-se para a assistência aos problemas do paciente.

Com a necessidade de aperfeiçoamento buscou-se realizar duas especializações, dentre elas, Enfermagem Obstétrica, trabalhando atualmente, na Universidade de Passo Fundo (UPF), no curso de Graduação e no curso técnico de Enfermagem, do Centro de Ensino Médio dessa Universidade. Na caminhada como enfermeira, desenvolveu-se e supervisionou-se um serviço de enfermagem domiciliar e *home care*<sup>1</sup>.

Como docente da Universidade, atua-se, desde 1998, em serviço de pré-natal de unidade básica, por meio de convênio entre a UPF e a Secretaria Municipal de Saúde de Passo Fundo, em centro obstétrico de um hospital – escola.

Nesses serviços observou-se que o cuidado prestado à mulher ainda se encontrava centrado nos aspectos psicobiológicos.

---

<sup>1</sup> Serviço desenvolvido junto à SAMUR Serviço de Atendimento Médico de urgência.

Nesse período, atuando junto às mulheres, percebia-se muitas vezes, um atendimento não humanizado, que profissionais dispensavam às gestantes, parturientes e puérperas, não respeitando as suas experiências vividas, crenças, valores, enfim o contexto onde elas estavam inseridas. As inquietações foram aumentando à medida se acompanhavam as gestantes em seu ambiente doméstico. Pôde-se observar que algumas dessas mulheres deixavam de amamentar porque, geralmente, nos primeiros dias do puerpério surgiam as principais intercorrências da lactação e amamentação. Somada a isso, surgia a insegurança materna e, muitas vezes, familiar, resultando na introdução de outros alimentos para a nutrição do lactente. Não bastando isso, havia a ausência de acompanhamento de profissionais de saúde durante o puerpério. Outro fator que se observou foi que as práticas de saúde desenvolvidas no domicílio eram quase exclusivamente de responsabilidade da mulher, já que o ambiente doméstico é caracterizado como espaço feminino e privado.

Constatou-se como elas enfrentavam, em seu ambiente familiar, momentos de inquietação e de mudanças de vida, especialmente no período puerperal. Durante o processo de amamentação, até o simples choro do bebê era entendido, pelas mães, como fome, ou que o leite materno não era suficiente ou estava fraco, facilitando, desse modo, a introdução de outro tipo de aleitamento que não o materno.

A experiência com enfermagem domiciliar, durante essas visitas, fez com que se refletisse sobre o quanto ela era importante e fundamental às puérperas e o quanto esse atendimento era deficitário no Sistema Público de Saúde. Por outro lado observou-se que as mulheres mais experientes transmitiam a sua experiência e davam suporte às novas mães, além de ajudá-las nos afazeres domésticos, mas

que, atualmente, com a mudança na composição familiar, essa ajuda se tornou escassa, favorecendo a insegurança materna quanto a sua capacidade de cuidar de si e de seu bebê.

Em alguns momentos, nas visitas domiciliares, observava-se que as mulheres deixavam de amamentar por inabilidade no cuidado com sua mama, interrompendo precocemente a amamentação.

A puérpera, ao retornar ao ambiente doméstico, experimenta novas sensações, emoções, temores e anseios. Tem o entendimento de que é sua obrigação amamentar o filho sem solicitar ajuda, seguindo o exemplo de sua mãe, o que, somado a outros fatores de ordem emocional, torna-a facilmente vulnerável a abandonar o aleitamento materno.

Assim, a mulher durante o puerpério, ao invés de ter um momento de tranqüilidade, de troca de afeto, no ato de amamentar, passa por momentos de tristeza, dor e dificuldade. Depois de nove meses esperando o filho, dormindo mal nos últimos meses por não conseguir acomodar bem a barriga, levantando-se a toda hora para urinar, chega ao parto, que às vezes não é fácil. Passado esse momento, a mãe tem uma espécie de fome de sono, porém, por noites a fio, irá deitar e levantar-se inúmeras vezes. Desse modo, considera-se o puerpério, por experiência profissional e pessoal, um conjunto de vivências nas relações familiares de mulheres, de experiências construídas ao longo da vida que perpassam as gerações e são influenciadas pelo contexto em que vivem.

Atualmente, há uma tendência de revalorização da amamentação, pois, além dos benefícios que traz, há a economia para a família e a redução de custos para o Estado, que se vê, muitas vezes, obrigado a importar formas lácteas e leite em pó para suprir as necessidades decorrentes da prática do desmame.

Com base na importância do incentivo e promoção ao aleitamento materno, os hospitais estão em busca da implantação da “Iniciativa Hospital Amigo da Criança” (IHAC), que são os dez passos para o sucesso do aleitamento materno, elaborado, em conjunto, pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas (UNICEF).

Segundo Ramos e Almeida (2003), as bases dessa iniciativa foram traçadas no encontro “Aleitamento Materno na Década de 90: uma Iniciativa Global”, realizado em Spendale Degli Innocenti, na cidade de Florença (Itália), onde, juntamente com todos os participantes, a OMS e o UNICEF traçaram a meta global, declarando que:

todas as mulheres devem estar habilitadas a praticar o aleitamento materno exclusivo, e todos os bebês devem ser amamentados exclusivamente com leite materno desde, o nascimento até os quatro a seis meses. Após este período, as crianças devem continuar sendo amamentadas ao peito, juntamente com os alimentos complementares adequados, até os dois anos ou mais (RAMOS; ALMEIDA, 2003, p. 386).

O Brasil assinou a Declaração de Innocenti, Código de Conduta, em 1º de agosto de 1990, durante esse encontro internacional. No Brasil se desenvolve desde 1982 o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno. No município onde atua-se, os hospitais ainda não estão inseridos neste programa, que inclui os “Dez passos para o aleitamento materno bem sucedido” que são critérios globais desse programa e que propõem rotinas facilitadoras do aleitamento materno e a capacitação dos profissionais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1989).

Apesar dos esforços em prol da amamentação, e do aumento das suas taxas na maioria dos países, nas últimas décadas, incluindo o Brasil, diversos estudos mostram a existência de uma alta prevalência de desmame precoce. As campanhas de incentivo ao aleitamento materno nas instituições proclamam a amamentação de um modo geral, como uma forma natural de a mãe alimentar o seu filho e caracterizam essa prática como uma resposta biológica e instintiva, motivada pelo



amor materno. Na maioria dessas campanhas não são abordadas as possíveis intercorrências e as dificuldades que poderão interferir no sucesso do processo de amamentação.

Durante o acompanhamento de acadêmicos de Enfermagem nas instituições hospitalares e na rede pública percebia-se, entretanto, que as mães já saíam da maternidade com problemas mamários, principalmente fissuras e ingurgitamento, apesar de muitos profissionais incentivarem e apoiarem o aleitamento materno, por meio de orientações em grupo e individuais, disponibilizando material didático para a puérpera e incentivo ao Programa Hospital Amigo da Criança.

Especialmente durante os atendimentos em enfermagem domiciliar, podia-se constatar que, freqüentemente, junto com essas mudanças e adaptações no período puerperal, surgiam os problemas mamários: as fissuras mamilares, ingurgitamento, dor mamilar, a crença do leite fraco, mastite, entre outros e frente a esses problemas percebia-se que a puérpera não sabia como reagir.

Os serviços de pré-natal existentes, ainda apresentavam um atendimento fragmentado e seus profissionais nem sempre tinham condições de preparar a puérpera para as práticas de cuidado quando do retorno para sua casa. Parecia não haver continuidade, no domicílio, do atendimento que a puérpera recebera no hospital, existindo uma lacuna no cuidado e no encaminhamento desta para a rede básica (postos de saúde, ambulatórios e centro de atenção integrada à saúde).

Observou-se que a prática da amamentação é favorecida quando a população se encontra próxima ou de alguma forma é atendida por serviços de saúde com profissionais comprometidos com o aleitamento materno. No decorrer do atendimento domiciliar, constatou-se que, quando as mulheres contavam com um profissional de saúde próximo, que as entendia e que facilitava o processo de

amamentação, a prática de amamentar podia tornar-se uma experiência agradável, sem sofrimento ou sentimento de culpa.

Nesse período de cuidado domiciliar e na atuação como docente, observou-se, muitas vezes, que as mulheres, ao enfrentar o processo de amamentação, no domicílio, realizavam práticas de cuidado que nem sempre são conhecidas pelos profissionais da saúde. Assim, esse espaço doméstico poderia ser utilizado por esses profissionais e, especialmente, pela equipe de enfermagem, para a produção de saber, incluindo aí a promoção do aleitamento materno. Passou-se a indagar: que práticas são utilizadas pelas puérperas, quando da ocorrência de problemas mamários, no domicílio?

Desta questão derivou o objetivo do estudo: conhecer as práticas do cuidado das puérperas relacionadas aos problemas mamários e intervir na resolução do problema em nível domiciliar.

Essa proposição de estudo está baseada no fato de se acreditar que um grande número de crianças são desmamadas por causas perfeitamente possíveis de serem resolvidas com um programa educativo de assistência e apoio as puérperas. Conhecer as práticas utilizadas por elas nos cuidados mamários, em seus domicílios, poderia ser o caminho para incentivar e promover a amamentação e intervir para minimizar os problemas encontrados ao efetivá-la.

Acredita-se, também, ser importante que as ações de cuidado prestado à mulher pela enfermeira inclua os pressupostos de humanização, cuidado como essência para a enfermagem e que este se torne individualizado e conduzido para ajudar as pessoas dentro do contexto em que estão inseridas, valorizando seu modo de vida, suas crenças e fazendo com que esta se capacite e atenda a suas próprias necessidades do cuidado. Hoje, no contexto do exercício das atividades

profissionais, percebe-se que há poucos serviços de saúde, em nível domiciliar, principalmente voltados à puérpera, o que se reconhece, em muitas situações, como fator decisivo para o êxito ou o fracasso do aleitamento. Assim, considerou-se necessário desenvolver um estudo que promovesse a atenção em relação aos cuidados mamários e o conseqüente fortalecimento do processo de aleitamento materno. Pensa-se, com isso, estar proporcionando condições de ajuda para mãe que se encontra com dificuldades para restabelecer e manter a amamentação e, assim, atuar efetivamente na promoção do aleitamento materno.

## **2 OBJETIVO**

Foi objetivo deste trabalho, conhecer as práticas adotadas pelas puérperas para a resolução dos problemas mamários no domicílio e intervir para obter a sua resolução.

### **3 SUPORTE TEÓRICO**

O aleitamento materno é considerado um modo insubstituível de fornecer alimento para o bebê, por possuir componentes de ordem biológica e emocional necessários, tanto para a saúde do bebê, quanto da mãe. A seguir serão apresentados dados extraídos da literatura sobre amamentação, fatores que influenciam os problemas mamários e como manejá-los.

#### **3.1 Amamentação**

Sabe-se, por meio da História, que, aproximadamente no século XX, houve uma baixa notável da mortalidade infantil e, paralelamente, uma diminuição de lactância materna. Sabe-se que a baixa da mortalidade infantil se deve não a diminuição da lactância materna, mas sim ao progresso de tecnologias. O progresso tecnológico, de modo especial na área industrial de alimentos, nutrição infantil e higiene ambiental, juntamente com a elevação dos níveis educacional e socioeconômico, permitiu a enorme expansão da alimentação artificial dos bebês, na maioria dos países industrializados, com a concomitante redução da incidência de amamentação, demonstrando que por meio desse progresso tecnológico, os pais expressam, na decisão de amamentar seus filhos, as influências da sociedade, do estilo de vida e da sua história pessoal (CAMPESTRINI, 1992).

Para Campestrini, o declínio do aleitamento materno,

foi qualificado como a mais importante modificação do comportamento humano já registrada na História, representando desperdício de um recurso natural de valor inestimável, sobretudo nos países em desenvolvimento que dele mais necessitam (1992, p. 27).

A prática do desmame freqüentemente tem acontecido em vários países; entretanto, é nos subdesenvolvidos que isso se concretiza, com maior força, como problema, pois está diretamente relacionado à mortalidade infantil.

Giugliani (2000) refere que a amamentação sofre influências socioculturais e, por isso, deixou de ser praticada, universalmente, a partir do século XX.

Giugliani *et al.*, em novo estudo, apontam que as mudanças mais radicais relacionadas à alimentação infantil aconteceram nos meados de 1850 a 1970, quando leite materno foi substituído por outras espécies de leite, em cuja fabricação era tentada uma maior semelhança ao leite humano (GIUGLIANI *et al.*, 2004).

A mulher, em meio a tantas mudanças, vive um conflito relacionado a suas vivências, suas experiências e as campanhas que lhe são impostas na mídia, tentando mostrar-lhe as facilidades e vantagens dos leites industrializados, sem a preocupação do bem-estar materno, de seu filho e sua família, mas pensando exclusivamente na venda desses produtos.

Com relação às repercussões dos problemas que envolvem a amamentação, podem - se observar algumas conseqüências, como desnutrição e alta mortalidade infantil, em áreas menos desenvolvidas. Outro fator importante é que a sociedade nem sempre tem sido facilitadora da prática do aleitamento materno.

Pôr outro lado, Silva aborda que “as campanhas, de um modo geral, deixam transparecer a preocupação da sociedade em beneficiar o recém-nascido, trazendo em, seu bojo, a obrigatoriedade da mãe amamentar” (1997, p. 25). E ao mesmo tempo, culpando-a por não amamentar.

Gonçalves refere que a “mudança do papel feminino nos lares é outro aspecto que deve ser considerado como tendo favorecido as modificações percebidas em relação ao aleitamento materno” (2001, p. 28).

A inserção da mulher no mercado de trabalho, as mudanças na estrutura familiar, os movimentos em prol da liberação feminina; a introdução de substitutos lácteos e sua promoção indiscriminada pela indústria, pela mídia e pela classe médica, são todos fatores que se somam a técnicas e tecnologias avançadas, com prejuízo para a tríade pai-mãe-filho, como parto hospitalar; parto sob analgesia, berçário centralizado, horário rígido para mamadas, episiotomias, cesarianas e outros.

No Brasil, o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno teve início em 1982. Após, surgiram inúmeras campanhas pró-amamentação, em nível nacional e local; como consequência, as taxas de aleitamento materno vêm crescendo em todo o País.

Segundo Giugliani (2004b), a duração mediana da amamentação no Brasil, que era de 2,5 meses, em 1975, subiu para 5,5 meses, em 1989 e para sete em 1996. Em 1999, pelo último inquérito nacional realizado e que contemplou apenas as capitais brasileiras e o Distrito Federal, exceto Rio de Janeiro, a mediana era de dez meses. Porém, a duração da amamentação exclusiva é de apenas 23 dias, muito distante do preconizado pela OMS.

Giugliani *et al.*, (2004) afirmam que apesar do avanço científico e dos esforços de vários órgãos nacionais e internacionais, percebem-se aumentos das taxas de amamentação, mas a frequência do desmame precoce ainda é alta e o número de crianças amamentadas, segundo as recomendações da OMS, ainda é pequeno.

A OMS recomenda que os bebês sejam alimentados somente com leite materno, até os seis primeiros meses de vida. Essa recomendação adotada em março de 2001, foi baseada em revisão sistemática da literatura sobre a duração ótima do aleitamento materno exclusivo. Este estudo mostra os benefícios para a mãe e o bebê, sem prejudicar o crescimento da criança. Além de outras vantagens já citadas, a promoção do aleitamento materno, e em especial do aleitamento materno exclusivo, é considerada uma das estratégias de saúde de maior custo-benefício.

Para o Ministério da Saúde, a prevalência de aleitamento materno exclusivo para o Brasil é de 53,1 dias (BRASIL, 2001a), sendo que a região Sul é a que apresenta a menor duração do aleitamento materno, porém é a região que mais amamenta exclusivamente, com mediana de 39,1 dias.

Para Campestrini,

a amamentação não é totalmente instintiva no ser humano. Tem que ser aprendida em grande parte e, para ser prolongada com êxito, a maioria das mães que aleitam precisam também de reforço e apoio constantes (1992, p. 44).

Atualmente a transmissão do aprendizado e suporte da amamentação no meio familiar mudou significativamente, comparando-se com a sociedade antiga. Nas sociedades modernas, como afirma Giugliani, “essa fonte de aprendizado e suporte foi perdida, na medida em que as famílias extensivas foram sendo substituídas pelas famílias nucleares” (2004b, p. 232).

A inexistência de exemplos no meio familiar e o despreparo dos profissionais e trabalhadores de saúde estão diretamente relacionados às medidas profiláticas de desmame precoce.

Diante desse cenário, não se pode esquecer que as mães estão expostas à influência de múltiplos fatores adversos, de natureza econômica, sociocultural, e



familiar, circunstâncias essas que dificultam a prática do aleitamento materno. Também é preciso considerar que há mães que supervalorizam crenças e costumes, difíceis de serem modificados, porque fazem parte de herança cultural e decorrem de experiências que elas vivenciaram.

Para Gonçalves,

a mulher, ao decidir por aleitar, expressa, nesta decisão, as suas vivências, suas experiências anteriores ou de seus familiares e amigos, e, em muitas situações, deixa-se influenciar por estas experiências, que nem sempre são positivas (2001, p. 19).

Às atitudes tomadas pela mulher–nutriz no processo de amamentação estão fortemente ligadas às crenças e cultura em que a mesma está inserida. Somente o fato de a mesma ter experienciado alguém ter amamentado e alcançado o objetivo com sucesso ou não, fará com que ela própria se sinta capacitada ou não de aleitar seu filho.

Segundo Rezende *et al.*, “quando se fala de experiências, está se fazendo referência não somente ao fato de ela própria enquanto bebê/filha ter sido amamentada ou não, mas, também às situações que essa mulher presenciou ao longo de sua vida” (2002, p. 235).

O processo do aleitamento materno é considerado natural, conforme Valdés, Pérez Sánchez e Labbok (1996), mas nem por isso é um ato instintivo e inato; é necessário que esse processo seja aprendido e apoiado.

### 3.2 Fatores que interferem na amamentação

Desde a década de 80 a OMS e o UNICEF destacam que entre os muitos fatores que afetam o início e o estabelecimento normal do aleitamento, as práticas de cuidados de saúde, particularmente aquelas dirigidas às mães e seus recém-nascidos, destacam-se como uma das maneiras mais promissoras de aumentar a prevalência e a duração da amamentação. Os motivos para isso incluem predisposição de agentes de saúde, a própria natureza e função dos estabelecimentos de saúde, e o fato de serem necessários poucos recursos adicionais, além da boa vontade, para manter ou introduzir rotinas e procedimentos adequados, a fim de promover a amamentação.

Os insucessos das práticas realizadas pelos profissionais de saúde, observam -se pelo número de estudos que abordam a baixa taxa de aleitamento materno exclusivo e um alto índice de puérperas com problemas mamários e, em consequência, o desmame. Oliveira *et al*, esclarecem,

os problemas precoces e tardios da mama durante o processo de amamentação são as intercorrências mais freqüentes e estão diretamente relacionadas aos conhecimentos próprios da nutriz, às orientações transmitidas no pré-natal e no pós - parto, e à assistência prestada no hospital e na unidade básica de saúde (2003 b, p. 76).

Os problemas mamários que serão aqui considerados são: fissuras mamilares, ingurgitamento mamário e mamilos doloridos.

Varela (1993), salienta que a maioria das mães, que procuravam a consulta com problemas mamários, não tinham recebido nenhuma orientação durante a gravidez e puerpério para prevenir problemas.

Conforme Giugliani (2003), traumas mamilares, que são muito dolorosos, têm sido um problema comum durante a amamentação há, pelo menos, cinquenta anos e, apesar de ser uma importante causa de desmame, é surpreendente a escassez de estudo sobre o manejo clínico das lesões.

Conforme programa do Ministério da Saúde os traumas mamilares são as causas mais comuns de mamilos doloridos, sendo simples e podendo ser evitadas; entre elas: o bebê não estabeleceu um padrão adequado de sucção; a mãe precisava de ajuda e ninguém lhe mostrou como estabelecer uma boa pega; as mamas ficaram ingurgitadas em razão de o bebê não mamar com frequência; o bebê teve monilíase oral e contaminou os mamilos da mãe; o freio lingual do bebê é curto e impede-o de esticar a língua sobre o lábio inferior (BRASIL, 2003).

Outro problema freqüente é a presença de fissuras mamilares, que “são solução de continuidade, produzida pela pressão da boca do lactente sobre o mamilo e/ou aréola” (VÁLDÉS; PÉREZ SÁNCHEZ; LABBOK, 1996, p. 55). Essas lesões são muito dolorosas e dificultam a amamentação, sendo ocasionadas, geralmente, pelo mau posicionamento do bebê, pela pega incorreta, pelo uso incorreto de ordenhadeira (bomba), pelo uso de chucas<sup>2</sup>, pela mamadeira e chupetas, pela pressão do dedo da mãe na aréola, pelo manejo incorreto de mamilos planos ou invertidos, pela aréola distendida ou endurecida, pelo uso de óleos, cremes, sabonetes... e, por higiene excessiva das mamas, freio lingual curto do bebê e monilíase (BRASIL, 2003).

---

<sup>2</sup> Chucas: termo utilizado no nosso contexto para a mamadeira de até 50ml, utilizada para o uso de chás.

No entanto, mamilos dolorosos e machucados, apesar de serem muito comuns, não são fatos normais, e em sua maior parte, possuem como causa: má técnica da amamentação, como posicionamento ou pega incorretas (GIUGLIANI, 2004b).

Outra situação especial da amamentação é o ingurgitamento mamário, que ocorre geralmente na primeira semana, após o nascimento. Para Lana, “o seio ou parte dele fica dolorido, duro e quente. Os seios ficam demasiadamente cheios, parcialmente com leite e parcialmente com aumento de líquido tissular e do sangue fora dos ductos quando do mau funcionamento do reflexo da ocitocina, devido à pressão dentro dos alvéolos” (LANA, 2001, p. 315).

Isso interfere no mecanismo de auto-regulação da fisiologia da lactação, resultando em congestão e aumento da vascularização, acúmulo de leite e edema por causa da obstrução da drenagem linfática provocada pelo aumento dessa vascularização e enchimento dos alvéolos.

Para Lana (2001) alguns fatores associados ao ingurgitamento mamário podem ser também as mamadas em horas pré-determinadas, controle de tempo de sucção, sutiã apertado, início tardio da amamentação, pega ineficaz, uso de bicos, uso de mamadeira e chucas, não esvaziamento da sobra de leite nos primeiros dias, fissuras do mamilo, recém-nascido prematuro, queda da mama sobre sua parte inferior.

### 3.3 Manejo dos problemas mamários

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) adota recomendações para os profissionais de saúde sobre o manejo dos traumas mamilares. Na prevenção e tratamento de fissuras mamilares faz-se necessário orientar a mãe sobre: importância do posicionamento e da pega adequados; amamentar o bebê em posição invertida em relação à posição usual, ou a cavaleiro quando bebê fica sentado sobre a coxa da mãe, posicionado de frente para o seio materno; suspender o uso de chucas, mamadeiras e chupetas; ordenhar e espalhar seu leite na região aréolo-mamilar; ordenhar o leite acumulado na aréola, antes de colocar o bebê para mamar; expor as mamas ao sol ou à luz (lâmpada de 60 W a dois palmos de distância 10 a 20min, duas a quatro vezes ao dia); manter os mamilos secos e arejados; colocar uma peneirinha de chá para o mamilo não grudar na roupa; não fazer uso de qualquer substância nas mamas, exceto o próprio leite; tratar a monilíase mamária se for a causa, encaminhando a mãe para um profissional médico. (BRASIL, 2003).

Seguindo a recomendação do Ministério de Saúde, em casos de ingurgitamento das mamas, será verificado o posicionamento mãe – bebê para garantir uma boa pega; se a mãe estiver limitando as mamadas, estimulá-la a amamentar sempre que o bebê desejar; sugerir que ela ordenhe antes da mamada para diminuir a tensão da aréola; se a amamentação não for suficiente para reduzir o ingurgitamento, orientar as mães a ordenhar entre as mamadas e amamentar com frequência; fazer massagens delicadas nas mamas; usar sutiã com alças largas e

firmes para suspender as mamas, aliviar a dor e manter os ductos em posição anatômica.

Na conduta indicada para mamilos doloridos, o profissional de saúde deverá verificar a posição do bebê ao peito e, se necessário, melhorá-la; orientar a mãe para: ordenhar e espalhar o seu leite na região aréolo-mamilar, após a mamada, orientar a mãe a iniciar a mamada no peito menos dolorido, estimular a amamentação sob livre demanda, orientar a mãe a expor as mamas ao ar e ao sol, tratar a monilíase dos mamilos e da boca do bebê; se o freio da língua do bebê for curto a ponto de impedir que ele estique a língua além do lábio inferior e os mamilos da mãe continuarem doloridos, por duas ou três semanas, considerar a possibilidade de encaminhamento ao profissional habilitado (fonoaudiólogo ou cirurgião).

Os profissionais de saúde podem ajudar as mães a compreender a importância de amamentar seus bebês nos seus primeiros seis meses de vida e de manter a amamentação, com complementação alimentar adequada, até os dois anos de idade ou mais.

Para Giugliani, “os profissionais de saúde devem, portanto estar capacitados para ajudar as mães a superarem os principais obstáculos a uma amamentação bem sucedida” (2004b, p. 232).

No ambiente doméstico é onde geralmente ocorrem as maiores dificuldades das puérperas em torno dos problemas mamários. Somados a isso e concordando com Marques e Ferreira, quando dizem que

o ambiente domiciliar também é reconhecido, tradicionalmente, como reprodutor das relações de submissão e desigualdade, onde o trabalho reprodutivo da lida diária no cuidado de outras pessoas - adultos, velhos e crianças e a difícil tarefa de administração da casa e da família gera violência e problemas de saúde” (MARQUES; FERREIRA, 2003, p. 159).

Marcon e Elsen (1999), descrevem que o domicílio tem-se constituído em espaço apropriado para o cuidado profissional à família, pois é onde os seus membros conseguem expressar facilmente suas crenças, práticas e valores sobre saúde e doença e também questionar as práticas que os profissionais defendem.

Torna-se de extrema importância realizar acompanhamento pós - alta hospitalar no período puerperal, em nível ambulatorial e, principalmente, realizar a visita domiciliar. Essa visita tem o papel fundamental de verificar como a mãe, a criança e a família estão se adaptando a sua vida cotidiana; de responder questionamentos da puérperas e, de um modo amplo, ajudar em relação a quais quer problemas que possam ter surgido, evitando, assim, as intercorrências e restabelecendo, o mais breve possível, o processo de amamentação.

Durante a visita domiciliar, Vinha (2002) ressalta a necessidade de cuidar da puérpera adequadamente, segundo suas necessidades físicas e emocionais, a fim de tentar proporcionar-lhe bons momentos. E, conseqüentemente esse acompanhamento em nível domiciliar estará auxiliando esta puérpera para as ações do seu auto-cuidado.

Nesse sentido, Boff (2001) recomenda que o cuidado do corpo implica cuidar da vida que o anima, cuidar do conjunto das relações com a realidade circundante, desde higiene até alimentação, incluindo o ar que se respira, a forma de vestir, e o modo de organizar a própria casa.

Para Gonçalves (2001), a família, na maior parte dos casos, é quem apóia a mulher que amamenta e traz, junto com o apoio, seus mitos, tabus e preconceitos quanto à amamentação, os quais são provenientes da história familiar, das suas experiências anteriores com a amamentação e de seus conhecimentos culturais. O contexto no qual a família está inserida também exerce influências importantes que

podem modificar as concepções intrafamiliares, interferindo nas decisões da nutriz, no que tange ao aleitamento materno e às demais situações de cuidado ao bebê.

Para o Ministério da Saúde,

conhecer os aspectos relacionados à prática do aleitamento materno é fator fundamental no sentido de colaborar para que a mãe e criança possam vivenciar a amamentação de forma efetiva e tranqüila, recebendo do profissional as orientações necessárias e adequadas para o seu êxito (BRASIL, 2001b, p. 139).



## **4 METODOLOGIA**

Para este estudo foi escolhida a metodologia que será descrita a seguir.

### **4 1 Método escolhido**

Para alcançar o objetivo proposto foi realizada uma pesquisa qualitativa, considerando que esta se baseia na experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é definida pelos próprios atores. Segundo Triviños, “tem o ambiente natural como fonte dos dados e o pesquisador como instrumento-chave” (1987, p. 128).

Segundo Trentini e Paim (1999), a pesquisa qualitativa estuda o fenômeno em partes, buscando conhecer o “todo” por acúmulo de conhecimento; valoriza a exatidão, a objetividade, a neutralidade, a generalização e o controle. Como o todo é maior do que a soma das partes, estuda o fenômeno na sua totalidade e valoriza a subjetividade. Desta forma, a intenção de utilizar o método qualitativo deveu-se principalmente à possibilidade de conhecer como as puérperas cuidavam de suas mamas, quando da presença de problemas mamários, a partir de seu próprio contexto.

## 4.2 Tipo de estudo

O tipo de estudo escolhido foi pesquisa convergente assistencial, ou seja,

aquela que mantém, durante todo o seu processo, uma estreita relação com a situação social, com a intencionalidade de encontrar soluções para problemas, realizar mudanças e introduzir inovações na situação social, ou seja, está comprometida com a melhoria direta do contexto social pesquisado (TRENTINI; PAIM, 1999, p. 26-27).

Na área da Enfermagem, a pesquisa do tipo convergente assistencial inclui atividades de cuidado/assistência aos clientes, porém com o intuito de trabalho investigatório, já que se propõe a refletir sobre a prática assistencial, com base em fenômenos vivenciados no seu contexto. Para as autoras, este tipo de pesquisa se caracteriza por articular a prática profissional com o conhecimento teórico; ele conduz para descobertas de realidades, para resolver problemas específicos ou introduzir inovações em situações específicas, em determinado contexto da prática.

Para Trentini e Paim (1999), a pesquisa convergente assistencial inclui gestos de cuidar, mas não se substancia como tal; propõe-se resolver na prática, ou realizar mudanças na área de atuação, com melhoria direta do contexto social pesquisado.

## 4.3 Campo de estudo

O campo de estudo que se escolheu para desenvolver a pesquisa foi a cidade de Passo Fundo – RS, por ser o local de residência e desenvolvimento das atividades profissionais, num Centro de Atenção Integral à Saúde (CAIS) de um dos bairros mais populosos da cidade. Nesse espaço, a pesquisadora realiza suas

atividades práticas na área da Saúde da mulher, com os acadêmicos do curso de Enfermagem da Universidade local, desenvolvendo a consulta de enfermagem em pré-natal e puerpério.

#### **4.4 Participantes**

Foram participantes deste estudo quatorze puérperas da comunidade, que freqüentaram o serviço referido e foram indicadas pela equipe de profissionais que atuam nesse local, como enfermeiras, médicos, auxiliares e técnicos de enfermagem que identificaram os problemas mamários (fissura mamilar, dor mamilar e ingurgitamento mamário) apresentados pelas puérperas.

Além destes buscaram-se prontuários das gestantes inscritas no programa do pré-natal, observando a data provável do parto, compatível com o período de coleta dos dados. Após esse levantamento acompanhavam-se os agendamentos de suas consultas e após a apresentação, explicava-se o tipo de trabalho que se pretendia realizar após o nascimento do seu bebê. As puérperas que apresentavam algum tipo de problema mencionado acima eram selecionadas para a amostra; as que amamentavam sem nenhum tipo de problema mamário, eram excluídas do estudo após a primeira visita domiciliar. Entre todas as puérperas acompanhadas, três não foram incluídas na amostra. As puérperas participantes do estudo foram informadas sobre a pesquisa, seu propósito e seus objetivos; foi delas a decisão pela participação livre, sem qualquer ônus ou risco, concordando e assinando o

consentimento livre e esclarecido, no período proposto para a coleta de dados (Apêndice A).

O período de coleta dos dados foi do mês de outubro de 2004 a março de 2005.

Cada puérpera teve, no mínimo, dois encontros e no máximo cinco com a pesquisadora, nos quais foram coletados os dados. Conforme o tipo de problema identificado, foram realizadas visitas diárias, e o intervalo entre os encontros dependeu da evolução do mesmo. As condutas seguidas pela pesquisadora quando da presença de traumas mamilares, foram as determinadas pelo Ministério da Saúde.

O número de entrevistas foi determinado pelo critério de saturação dos dados.

Para Trentin e Paim, isso quer dizer que o “pesquisador inicia a coleta de informações sem predeterminação do número de participantes; no decorrer da coleta pode incluir mais participantes, com o objetivo de somar diferentes informações ao tema pesquisado” (1999, p. 82).

A seguir serão descritas, brevemente, algumas características das participantes deste estudo. Foram utilizados, como pseudônimos, nomes próprios comuns, populares e freqüentes na comunidade, encontrando, assim, uma forma de homenagear essas mulheres e honrar e respeitar a diversidade do espírito feminino, porque sem a mulher não pode existir vida nova. Homenageou-se, também, a força que as mulheres acompanhadas demonstraram para enfrentar todo o processo de amamentação, por considerar que todas as mulheres, dentro de seu universo, são como deusas, dotadas de sabedoria, movidas por força interior.

As participantes de estudo ficaram na faixa etária de 19 a 35 anos.

Todas haviam realizado pré-natal, uma delas com apenas duas consultas. O grau de escolaridade abrangeu o primeiro e segundo grau incompleto; apenas uma participante estava com terceiro grau incompleto. Quanto ao número de filhos duas participantes tinham três filhos, três tinham dois filhos e para as demais participantes era o seu primeiro filho. O tipo de parto que as mesmas realizaram foi: oito cesareanas e seis partos com episiotomia. A pesquisadora pôde observar que todas essas mulheres possuíam crenças muito forte relacionadas à amamentação. Todas tiveram ajuda de familiares, mesmo e que, para algumas, esta ajuda foi insignificante. Apenas duas puérperas trabalhavam fora de seu lar.

A seguir serão descritas as participantes.

Maria, 33 anos de idade, do lar, casada, segundo grau completo, multípara, mãe do terceiro filho, que nasceu de cesareana. Estava no quarto dia pós-operatório, na primeira visita. Sua residência apresentava boas condições de higiene, organizada, estava acompanhada por sua mãe na primeira visita. Tinha uma irmã que era auxiliar de enfermagem e já havia recebido algumas orientações sobre amamentação. Pessoa extremamente decidida e motivada para amamentar, havia tido duas experiências anteriores não satisfatórias, com muitas intercorrências e desmame precoce. Percebia-se que o sucesso na amamentação era um fator de fundamental importância para sua função de mãe-mulher. Tinha apoio da família, sendo muito comunicativa. Mesmo após o encerramento do estudo com esta puérpera manteve-se a comunicação com ela, que demonstrou muita confiança na pesquisadora buscando sanar outras dúvidas além das relacionadas ao estudo. Foram realizadas cinco visitas domiciliares e vários contatos telefônicos. Deixou-se com a mesma, livros sobre a amamentação, pois ela queria saber muito o assunto. Apresentou fissuras grandes em ambas as mamas, dor mamilar e, após vários dias,

candidíase, possivelmente causada por uso de protetores de seio e fissuras que proporcionam com mais facilidade a entrada de bactérias (encaminhada para tratamento médico).

Ana, 23 anos de idade, recepcionista, segundo grau completo, solteira. Primípara, recém-nascido do sexo masculino, teve seu filho de cesareana, estava no quinto dia pós-operatório. Tinha apoio familiar, morava com a mãe e o pai; uma irmã casada já com filhos e experiência em amamentação morava nos fundos de sua casa. O pai da criança, como a mesma se dirigia a ele, acompanhava de perto o filho e na maioria das visitas realizadas encontrava-se junto da puérpera. Preocupado para que Ana conseguisse amamentar, pois pensava também no custo do leite em pó industrializado. Foram realizadas quatro visitas domiciliares e vários contatos telefônicos. Apresentava fissuras em ambas as mamas e ingurgitamento ampolar. Demonstrou, também sinais de depressão pós-parto, sendo solicitada ajuda do profissional médico que realizou sua cesareana. A experiência vivenciada foi de sua mãe com o irmão mais novo, hoje com oito anos, a qual reforçava muito, durante a entrevista, que teve pouco leite e leite fraco e achava que a filha também seria igual.

Tânia, 21 anos de idade, do lar, segundo grau incompleto, separada do primeiro marido, estava morando na casa da sogra até concluir a sua; sentia-se incomodada por isso, queria estar em sua própria casa ou com a mãe. Primípara, recém-nascido do sexo masculino, no quarto dia de pós-parto, com episiotomia. Moradia simples, pequena, higienizada. Tinha apoio de alguns familiares, especialmente de sua mãe. Adorava fotografar. Durante a primeira visita referia muita dor e edema na região da episiotomia, com dificuldades para sair do leito e deambular, devido a esse problema. Apresentou fissura em mama direita, dor

mamilar e escoriações em mama esquerda. Foram realizadas quatro visitas domiciliares.

Graça, 21 anos de idade, casada, do lar, primeiro grau completo multipara, recém-nascido do sexo masculino, fez cesareana, encontrava-se no quarto dia de pós-operatório, na primeira visita. Tinha experiência em amamentação com a primeira filha que estava com 2 anos de idade. Motivada para amamentação, comunicativa. As condições de moradia e higiene eram precárias, morava com a mãe, uma irmã, e mais três crianças, que segundo a puérpera eram de suas irmãs que deixaram para a mãe criar. Apresentava muita dor na incisão operatória no dia em que se fez a primeira visita. Não teve condições de adquirir o medicamento para o pós-operatório. Nunca se observou a presença do companheiro, a mãe fazia trabalhos noturnos e as crianças encontravam-se em precárias condições de higiene, sua filha de dois anos estava muito resfriada. Apresentou ingurgitamento mamário, devido ao qual surgiram escoriações em mamilo esquerdo e, após alguns dias, candidíase possivelmente devido às más condições de higiene e de a filha maior oferecer a chupeta que utilizava ao bebê, levando, dessa forma, bactérias ao seio materno. Foi encaminhada ao médico do CAIS. Foram realizadas três visitas domiciliares e vários contatos telefônicos. O envolvimento que se consegue estabelecer com as participantes e a pesquisa convergente assistencial permite intervir nas situações encontradas de modo que na primeira visita, após a entrevista e observação, providenciou-se a ida até a farmácia comprando medicação prescrita pelo médico para o pós-operatório, fraldas e pomadas para assadura do RN.

Luiza, 19 anos de idade, solteira, segundo grau incompleto, do lar. Primípara, recém-nascido do sexo masculino, nasceu de cesareana, estava no décimo oitavo dia de vida na primeira entrevista. A mãe estava bastante deprimida e cansada.

Morava com os pais, disse que continuaria os estudos quando o bebê estivesse maior. Realizaram-se duas visitas e vários contatos telefônicos. Apresentou dor mamilar. E em uma visita posterior estava com hipogalactia devido à forma incorreta de amamentar. Sempre se mostrou muito reservada nas informações prestadas.

Antonia, 35 anos de idade, casada, auxiliar de limpeza, primeiro grau incompleto. Muito sorridente e tranqüila, múltipara, era seu terceiro filho, tinham uma filha adotiva. Estava no quarto dia pós-operatório na primeira visita, o recém-nascido era do sexo masculino. Estava muito feliz. Não teve experiência bem sucedida em amamentação, houve uma tentativa frustrada em amamentar o seu filho que hoje tem 15 anos. O esposo era motorista de caminhão. Tinha apoio da família, uma irmã que a auxiliou positivamente no processo de amamentação, no hospital e no domicílio, esteve presente nas orientações. Condições de moradia e higiene boas. Foram realizadas duas visitas domiciliares e contatos telefônicos. Apresentou ingurgitamento mamário.

Aline, 20 anos de idade, do lar, primeiro grau incompleto, concubina. Teve filho pela segunda vez, recém-nascido, sexo feminino, com três dias de vida. O primeiro filho, com 10 meses de idade, teve problemas de saúde no nascimento, ânus imperfurado, fez cirurgia para correção, e segundo informações possuía retardo mental. Introvertida, parecia submissa a seu companheiro que era biscateiro. Relatou-me que o esposo a agredia e era alcoolista. Condições de higiene e moradia precárias. Moravam em várias pessoas da família na mesma casa. Presença de animais na casa (cachorros e gatos). Amamentou pouco tempo o primeiro filho, diz que secou o leite porque ficou muito triste com o companheiro. Nas visitas realizadas sempre solicitava a autorização para o esposo para receber a pesquisadora em seu domicílio. Realizadas duas visitas domiciliares. Houve



encaminhamento à enfermeira do CAIS para que realizasse planejamento familiar. Apresentava fissuras pequenas em ambos os seios.

Verônica, 21 anos de idade, do lar, segundo grau completo, concubina. É primípara, estava no quarto dia pós-parto com episiotomia, quando da primeira visita. Recém nascido do sexo masculino. Puérpera muito feliz e estimulada a amamentar, muito amorosa. Pai participativo, trabalhava. Morava em casa alugada, com boas condições de higiene. Tinha apoio de familiares, que moram próximos. Sua mãe estava presente na segunda visita. Foram realizadas duas visitas domiciliares. Apresentava ingurgitamento em ambas as mamas.

Bete, 24 anos, separada, do lar, primeiro grau incompleto. Era multípara e esse era o seu terceiro filho, recém-nascido do sexo masculino, nasceu de parto normal, estava no quinto dia de vida, na primeira visita. Informou-me que se separou durante a gestação desse filho, o ex-marido sofreu acidente de carro e foi morar com a mãe em outra cidade, ligando e informando que não voltaria para sua casa. Situação sócioeconômica precária. Morava com os pais, pai era aposentado, e a mãe era diarista. Tinha uma irmã que morava com os dois filhos, nos fundos da casa dos pais. Teve experiências anteriores em amamentação, amamentou os dois filhos anteriores. Apresentava fissuras em ambos os seios. Foram realizadas três visitas domiciliares.

Isabel, 19 anos, estudante, segundo grau incompleto, concubina, trabalhava na pastoral da criança com visitas domiciliares às crianças, primípara, o recém-nascido era do sexo feminino. Nasceu de parto com episiotomia, estava no quinto dia de vida, na primeira visita. O Companheiro era estudante, dividia os dias entre a casa de sua mãe e da puérpera, trabalhava em supermercado. Puérpera jovem, mas muito tranqüila em relação à amamentação, motivada e confiante que iria conseguir.

Demonstrou muita maturidade e serenidade para conduzir toda a mudança que aconteceu em sua vida com a gestação. Morava com os pais; o pai com problemas mentais e a mãe auxiliar de creche, com experiência em cuidados com recém-nascido. Foram realizadas duas visitas domiciliares. Apresentava fissura pequena em ambas as mamas.

Claudia, 19 anos de idade, do lar, segundo grau incompleto, concubina. Primípara, recém-nascido do sexo feminino, nasceu de cesareana, estava no quarto dia, de vida quando da primeira visita. Puérpera parecia feliz juntamente com o companheiro, este muito participativo e comunicativo. Morava com a mãe e outra irmã com dois filhos gêmeos de quatro meses, estava com aleitamento materno para ambos os bebês. Condições de moradia simples, higienizada. Tinha apoio de familiares. Na terceira visita apresentava deiscência de sutura em incisão operatória, a mesma havia passado mais de oito horas na emergência do hospital onde realizou a cesareana para poder ser atendida e receber orientações para o cuidado com a incisão e curativos. Foi feito, por duas vezes, o curativo do local e, após, a paciente foi encaminhada aos profissionais da área da Saúde da Secretaria de Saúde do município para acompanhamento e avaliação do curativo, conforme orientação recebida no CAIS. Foram realizadas três visita domiciliares e vários contatos telefônicos. Apresentava fissura em mama esquerda.

Jaqueline, 23 anos de idade, concubina, segundo grau completo, do lar. Primípara, recém nascido do sexo masculino, nasceu de parto com episiotomia, estava no quarto dia de vida no momento da primeira visita. Companheiro estudante do Curso Técnico de Enfermagem. Morava com a mãe e a Vó no porão de uma casa alugada. Vivenciou experiência familiar negativa com amamentação de uma prima que teve desmame precoce devido às dores e sangramento por as fissuras

mamilares. Experiência positiva da mãe, que amamentou todos os filhos e inclusive ela, até os seis anos. Foram realizadas três visitas domiciliares. Apresentou ingurgitamento mamário importante em ambas às mamas e fissuras em mama esquerda.

Paula, 27 anos de idade, casada, nível superior incompleto. Secundípara, recém-nascido de sexo masculino, nasceu de cesareana, estava no quinto dia de vida, no momento da primeira visita. Havia realizado mamoplastia há alguns anos. Boas condições de moradia e aparentemente financeiras também. Teve apoio familiar, esposo participativo. Filho mais velho com seis anos de idade estava sempre junto da mãe e o irmão, durante as visitas. Puérpera comentava sobre a possibilidade de retornar ao trabalho. Apresentou fissuras com laceração em mama direita e fissura média em mama esquerda. Foram realizadas três visitas domiciliares.

Lucia, do lar, com primeiro grau completo, 23 anos de idade, secundípara, primeiro filho com 3 anos, filho de seu primeiro marido. RN com 7 dias de vida, peso: 3.215kg, nasceu de cesareana, sexo feminino. Teve uma experiência anterior em amamentação sem sucesso, verbalizava várias crenças e acreditava em simpatias. Vivia com o companheiro, morava com os pais e uma irmã, moradia em construção, pouco espaço interno. Estava muito feliz com a filha. Foram realizadas duas visitas domiciliares, e vários contatos telefônicos.

## 4.5 Coleta de dados

Os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada (Apêndice B), observação participante e anotações em diário de campo (Apêndice C). Para Triviños,

entrevista semi-estruturada, em geral, é aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante (TRIVIÑOS, 1987, p. 146).

Para Polit, Beck e Hungler, “na observação participante, o papel do observador no grupo social em estudo é importante, porque sua posição determina o que eles provavelmente verão” (2004, p. 266).

Segundo Trentini e Paim (1999), quando se fala em observação como método de investigação, entende-se uma observação consciente, objetivada, formalizada e exteriorizada de maneira que seja exposta à compreensão de outras pessoas.

As entrevistas foram gravadas em fita K-7 e posteriormente transcritas. As observações e intervenções, registradas em diário de campo. Foi apresentada a proposta de estudo, o objetivo e a forma como o estudo seria desenvolvido para as puérperas, e para aquelas que aceitaram participar, foram agendadas as visitas domiciliares para entrevista e observação. Todas as entrevistas foram realizadas no domicílio, com horário agendado de acordo com a preferência da puérpera. Em todas as situações, teve-se boa receptividade de parte das participantes e seus familiares. Algumas vezes encontrou-se a puérpera descansando, tendo o respeito de retornar em outro horário previamente agendado por meio de contato telefônico ou pessoalmente com um de seus familiares.

Antes de iniciar a entrevista, lia-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e solicitava a participante que se estivesse de acordo assinasse o mesmo, fornecendo a puérpera uma cópia do termo. A seguir realizava a entrevista, (Apêndice B) gravando as respostas sem fazer anotações. Ao término da entrevista, sempre que possível realizava a observação da participante, observando a mamada do bebê. Quando a observação da mamada não era possível no mesmo encontro, a pesquisadora retornava em outro momento.

#### **4.6 Análise dos dados**

A análise dos dados na pesquisa convergente – assistencial, foi realizada simultaneamente ao processo de assistência, conforme recomendam Trentini e Paim (1999), pois facilita a imersão gradativa do pesquisador nos relatos das informações, permitindo realizar interpretações e descobrir vazios que poderiam ser preenchidos ao longo do processo. A análise incluiu quatro processos, denominados de: apreensão, síntese, teorização e contextualização, conforme segue:

- a) apreensão: inicia com a coleta de informações; para isso, necessita-se, do relato das mesmas;
- b) síntese: é a parte da análise que examina subjetivamente as associações e variações das informações;
- c) teorização: nessa fase, o pesquisador desenvolve um esquema teórico, a partir das relações reconhecidas durante o processo de síntese. Os temas são definidos e as relações entre eles, descritas detalhadamente.

Essa fase só será alcançada por meio de um trabalho intelectual e rigoroso de quebra-cabeça, que consiste em elevar as informações obtidas a um alto nível de abstração, descobrindo uma forma de especulação, verificação, seleção e descarte dos dados;

d) transferência: consiste na possibilidade de dar significado a determinados achados ou descobertas e procurar contextualizá-los em situações similares, sem que esse processo venha a ser entendido como poder de generalização.

Da interpretação das informações surgiram dois temas. O primeiro deles, práticas utilizadas pelas puérperas nos problemas mamários, foi constituído pelos subtemas: práticas utilizadas pelas puérperas no tratamento das fissuras mamilares, do ingurgitamento mamário e de mamilos doloridos. E como segundo tema, repercussões dos problemas mamários para o desmame e a promoção do aleitamento materno.

#### **4.7 Considerações bioéticas**

Para a execução deste projeto, no que se refere às considerações bioéticas, foram respeitadas as diretrizes da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos do Ministério da Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996).

Consentimento:

- a) da Instituição: este projeto de pesquisa foi encaminhado à Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Passo Fundo, acompanhado de pedido de autorização para seu desenvolvimento. O mesmo procedimento foi realizado com relação à Comissão de Ética da Universidade de Passo Fundo;
- b) dos sujeitos: De acordo com o modelo sugerido por Goldim (2000), foi elaborado um termo de consentimento livre e esclarecido, contendo o objetivo da pesquisa, a finalidade e procedimentos a serem realizados, (Apêndice A), o qual foi assinado em duas vias, após a puérpera concordar em participar do estudo, ficou-se com uma via e a outra foi entregue a participante. Em todas as visitas foram realizadas gravações das falas, sendo incluído o aceite para tal. Foi preservado o anonimato das participantes, sendo adotados pseudônimos. Foi garantida a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer etapa do estudo, sem nenhum tipo de prejuízo. Também foi garantido que as gravações e as anotações de campo seriam utilizadas, exclusivamente para este estudo.
- c) procedimentos. Realizou-se contato com as puérperas por meio dos profissionais atuantes no serviço de saúde, que encaminharam a puérpera com problemas mamário e, pela busca de prontuários das gestantes que tinham sua data provável do parto no período estabelecido para a coleta dos dados. Após, foi agendada visita domiciliar, conforme disponibilidade da puérpera, para a coleta de dados e intervenção para resolução do seu problema mamário;

d) riscos e benefícios do estudo: conhecer as práticas dos cuidados mamários, desenvolvida pelas puérperas, melhorar o cuidado à mulher e contribuir para a melhoria do ensino de Enfermagem na Universidade de Passo Fundo, além de implantar a visita domiciliar no serviço de pré-natal e puerpério no qual atua a pesquisadora. Os achados deste estudo, têm reflexos no ensino, uma vez que o aprendizado sobre práticas poderá ser utilizado na atividade de docência da pesquisadora com alunos do Curso de Graduação em Enfermagem e serão divulgados os resultados a Secretaria de Saúde do Município no qual foi desenvolvido o estudo e a Instituição Hospitalar onde ocorreram os nascimentos. Deu-se às participantes deste estudo um atendimento individualizado, acompanhando-as no domicílio, realizando orientações e intervenções para a resolução do problema mamário. O risco mínimo que as puérperas enfrentaram foi alguma situação de constrangimento ou vergonha pela recepção ter sido feita em seu ambiente doméstico. Caso tivesse sido necessário, as puérperas teriam sido encaminhadas ao serviço de Saúde Pública existente no bairro, para atendimento por um profissional médico.



## **5 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES**

Nesta seção serão apresentadas as práticas utilizadas pelas puérperas nos problemas mamários que se constituíram como temas deste estudo, seus subtemas e as repercussões dos problemas mamários para o desmame e a promoção do aleitamento materno.

### **5.1 Práticas utilizadas nos problemas mamários**

Vários são os motivos que levaram as mães, acompanhadas nesta pesquisa, a amamentarem, praticamente todos relacionados a experiências anteriores vivenciadas dentro do contexto familiar. As práticas adotadas para o tratamento de intercorrências na lactação estão calcadas em experiências familiares, que eram compartilhadas por vários membros. Foram considerados como membros familiares; mães, pais, esposos, avós, tias, primas, cunhadas, e vizinhas próximas.

Cianciarullo (2002, p. 33) em revisão de significados para família, afirma que “compartilhar o mesmo teto parece dar um outro significado de ser família e morar junto implica em ter responsabilidade material e efetiva entre si, esta situação é um dos indicadores de ser da família”.

Já Friedman (1998), afirma em seu trabalho que a família pode constituir-se de duas ou mais pessoas, e essas pessoas ligadas por laços afetivos e pela proximidade emocional, identificando-se como parte da família.

Durante este estudo pôde-se observar que as famílias dessa comunidade específica eram constituídas por membros que podiam não ser ligados diretamente por parentesco familiar, mas por laços afetivos fortes, entre eles membros vizinhos, comadres, benzedeadas.

Esse espaço familiar, ou seja, espaço domiciliar durante o desenvolvimento deste estudo, proporcionou trocas, produção/reprodução de conhecimento e de aprendizagem de práticas do cuidado de saúde.

Marques e Ferreira, dizem que “o espaço doméstico tem sido um importante espaço utilizado por profissionais de saúde, em particular pela equipe de enfermagem para a produção/reprodução de um saber e de ideologias que perpassam as práticas de saúde” (2003, p. 159).

Foi nesse espaço domiciliar que as mulheres enfrentaram situações de dificuldades relacionadas à amamentação e onde se pôde conhecer as práticas utilizadas por elas frente aos problemas mamários encontrados.

Vários estudos apontam, entre eles o de Silva (2000), que é nas primeiras semanas do puerpério que surgem as principais intercorrências da lactação e amamentação. E somada a isso está a insegurança materna e, muitas vezes, familiar.

Diante dessas intercorrências, as puérperas, acompanhadas neste estudo, fizeram uso de um conjunto de práticas que sofrem a influência de uma série de hábitos e culturas familiares.

Na entrevista realizada com Maria, ficou evidente que a mesma não mediu esforço para conseguir amamentar, verbalizava que era seu sonho; ela precisava conseguir amamentar. Em todas as visitas realizadas a mesma demonstrava o desejo de amamentar, interessada e entusiasmada em aprender e praticar tudo o

que era orientado, visto que em suas duas experiências com seus filhos mais velhos não obteve sucesso, devido às intercorrências encontradas na lactação e falta de apoio.

Quando os problemas mamários estavam instalados, a ajuda vinha dos familiares e de pessoas mais próximas, como vizinhos, parentes etc. Isto foi confirmado nas falas<sup>3</sup> de algumas puérperas:

*A mãe me recomendou a graxa e a prima a pomada (Luiza).*

*A casca de mamão e banana e Lansinon foi o médico, essa outra [pomada] foi minha comadre. O chá da índia foi uma comadre e a graxa, foi a mãe (Paula).*

Essa ajuda influenciava positivamente ou negativamente na amamentação. Dado esse encontrado também em outros estudos (BONILHA, 1997; GONÇALVES, 2001).

As práticas de saúde prestadas por familiares, estavam relacionadas com crenças e hábitos, que perpassam de geração a geração.

Como pode ser percebido na fala de Maria e Paula:

*Minha irmã amamentou, não teve problema nenhum com o seio dela. A minha mãe, amamentou, teve figo, ela usou cebo de ovelha, foi o que curou ela. Se ela se curou com sebo de ovelha .... acho que funciona. Porque se funcionava antigamente, né? (Maria)*

*Eu usei aquela pomadinha (me mostra a pomada ) e o chá que minha tia que ensinou (Ana).*

Em todas as visitas Maria demonstrou estar determinada a amamentar, já havia passado por duas experiências anteriores frustrantes, com muitas dificuldades e intercorrências na lactação. As suas práticas usadas no tratamento de fissuras foram muito variadas.

---

<sup>3</sup> Na transcrição dos relatos, foi respeitada a linguagem das participantes, ainda que transgrida os padrões da norma culta.

Na primeira visita, encontrava-se com fissuras em mama esquerda e dor mamar, já estava utilizando várias práticas que adquiriu de seus familiares.

Demonstrando acreditar nas práticas que eram utilizadas antigamente, a puérpera aplicou sebo de ovelha, nata, e chá de confrei, todos na tentativa de aliviar a dor e melhorar o problema existente na mama, naquele momento. Além dessas práticas, em sua gestação aplicou pomada Bepantol e massagens para estimular e fortalecer os mamilos para a amamentação.

Pôde-se perceber em algumas púerperas, no caso de Luiza, Paula, Maria e Ana, que ambas haviam sido orientadas, no hospital, sobre a técnica de amamentação, mas o que prevalecia no seu lar, como cuidado com as mamas eram as práticas passadas pelos seus familiares.

Diante de tanto produtos encontrados no decorrer do conhecimento das práticas utilizadas pelas puérperas surge uma reflexão: por que todo esse arsenal terapêutico? Serão crenças presentes ou será necessidade de ajuda?

Encontrou-se uma diversificação de produtos, como recursos naturais: uso de chás medicinais, sebo de ovelha, nata de leite, frutas como a casca da banana e mamão; produtos farmacológicos, como; gratia probatum, oxyderme, lansinon, massê, bepantol, dersani. E, produtos que tiveram relação com crenças religiosas de rezas e simpatias associando o uso de chá de arruda e fígado de galinha quente.

Na entrevista de uma das puérpera, identificaram-se várias práticas, uma verdadeira mistura de produtos, desde a sua gestação, mesmo sem orientação de profissionais para a resolução ou prevenção de problemas mamários.

*sabia só fazê massagem no biquinho, tomá sol e estimulá o bico. Nesta gravidez usei Bepantol, usei pomada, não sei se foi pior ou melhor, eu não sei (Maria).*

E seguiu, como refere com seu arsenal de produtos, como confirmou sua fala:

*[...] o que você passa no peito, eu passo nata de leite, sebo de ovelha. Agora eu to usando chá de confrei, então fico ensopada de algodão de confrei, né, pra acalmá, porque alivia a dor ... Só que cada vez eu tenho que lavá o peito e no lavá o peito parece que dói, né? Fica dolorido, mas se realmente - penso comigo - algo que tu botasse e não precisasse lavá, justamente este óleo ela disse que é colocá no seio e não secá e todas as mães estão usando e ta dando certo (Maria).*

Durante uma das entrevistas e, quando conicidentemente falava-se em como ela estava tratando o problema mamário naquele momento, chega de Porto Alegre um “óleo” que segundo a púerpera seria usado conforme foi orientada por uma parente que era farmacêutica, para tratar das fissuras,

*[...] ela trabalha num hospital grande. [...] o que eles estão usando lá é um óleo e este óleo é muito caro, contém vitaminas e é muito bom que não tem cheiro e absorve, que lá no hospital estão usando e ta dando certo, ela está me mandando pelo correio [...]* (Maria).

Esta mesma puérpera nas suas práticas utilizou uma miscelândia de produtos e confiava demais nesse momento, nesse óleo abençoado (como se referia ao óleo). Acreditava justamente por não ser necessário retirá-lo do seio.

Este óleo que a participante descreve é o chamado comercialmente de Dersani, ou seja, é um composto por ácidos graxos essenciais, especificamente o ácido linoléico. Conforme Cândido

*[...] são triglicirídeos de cadeia média capazes de alterar funções leucocitárias, modificando reações inflamatórias e imunológicas. Promovem quimiotaxia dos leucócitos e neo-angiogênese, mantêm o meio úmido e aceleram a granulação (2001, p. 101).*

Para este mesmo autor especificamente o ácido linoléico “é importante no transporte de gorduras, na manutenção da função e integridade das membranas celulares” (CÂNDIDO, 2001, p. 101.). Afirma ainda que o ácido linoléico é vantajoso por ser de fácil disponibilidade, baixo custo e pode ser associado a diversos tipos de cobertura, mas alerta que pode ocorrer sensibilidade (CÂNDIDO, 2001).

Duas puérperas apresentaram candidíase na mama, referiram muita dor em agulhada e ardência após a mamada. Ambas haviam apresentado fissuras. Maria,

devido à má pega do bebê e Graça, após o ingurgitamento nas mamas, desenvolveu fissuras, além da candidíase. Graça possivelmente tenha apresentado candidíase devido às fissuras e más condições de higiene relacionadas ao uso do bico seco que sua filha mais velha (dois anos), colocava na boca do bebê. Maria também fez uso de protetores de seio. Ambas as puérperas foram encaminhadas para tratamento com profissional médico devido a não estarem dentro das possibilidades de intervenção e tratamento da enfermeira.

#### 5.1.1 Práticas utilizadas nas fissuras mamilares

As práticas relacionadas às fissuras foram variadas. No decorrer dos encontros com as puérperas foi observado que as mesmas recorreram à reza ou à simpatia.

Luiza utilizou a simpatia do fígado de galinha quente, orientada por sua mãe. Segundo Carrara, “[...] no conjunto de doenças, o tratamento considerado mais eficaz e imprescindível é a reza ou a simpatia, porque se sente que a doença tenha origem espiritual” (1995, p. 143).

Bete, uma puérpera que enfrentou a gravidez com muitos problemas, mãe de três filhos, separada, disse ter utilizado a reza e simpatia todas as vezes que amamentou. A pessoa que fazia a reza e simpatia era uma senhora da comunidade conhecida por benzedeira. Utilizou a reza associando com o chá de arruda. Tinha muita confiança e crença em simpatias, e acreditou que iria melhorar das fissuras com essa prática;

*Daí eu fui, eu tô benzendo. Benzei dos dois e dessa aqui também (Bete).*

Lucia, além de usar chá, também fez uso da reza e simpatia,

*Daí que eu tomei o chá. Só que a rachadura ainda continuou. Daí a minha sogra falou, e a vó do meu marido, que o bom era eu pegá uma galinha e passá o fígado dela no peito (Lucia).*

Uma prática popular muito encontrada foi o uso dos chás de ervas medicinais.

No que se refere à arruda, Panizza (1997) faz a observação de que o uso interno da mesma é contra indicado durante a gravidez e seu uso externo, por pessoas de pele sensível.

Para Lorenzi *et al.* (2002), a arruda possui o nome científico de *Ruta Graveolens L*, também é conhecida por arruda-fedorenta, ruta-de-cheiro–forte entre outros. O uso dessa planta acontece desde a remota antigüidade, foi tida na Europa e na África como planta mágica, usada em rituais de proteção do homem, especialmente crianças, contra mau-olhado, defesa contra doenças e para realização de sonhos e desejos. Muito utilizada por rezadeiras e benzedadeiras a fim de serem tratadas com respingos com um ramalhete de arruda, como foi o caso de Lucia, que a benzedeira utilizou para tratamento das fissuras de suas mamas, na vivência dos dois processos de amamentação.

Os autores ressaltam, também, que, na literatura etnofarmacológica é citado seu uso em medicina popular na forma de chá, como medicação caseira, no tratamento de desordens menstruais, inflamações na pele, dor de ouvido, dor de dente, febre, câimbras, doenças do fígado, verminoses e como abortivo. Os resultados farmacológicos desta planta, anti-helmíntica, febrífuga, emenagoga e abortiva, foi comprovada experimentalmente pela administração de extrato alcoólico das folhas a ratas prenhes. Pela Medicina oficial são aceitos o preparo do seu chá e o sumo obtido por expressão das folhas (LORENZI *et al.*, 2002).

Nos uso dos chás caseiros, surgiram vários tipos de ervas para o tratamento de fissuras mamilares, entre eles: chá de Confrei, o chá preto ou chá da Índia, malva, camomila, como se pode constatar nas falas seguintes:

*Usei a pomada oxyderme<sup>4</sup>, o Lansinon<sup>5</sup>, a casca de banana, a casca de mamão, chá da Índia, e a graxa provada<sup>6</sup>. Tudo o que me ensinaram, eu tava usando (Paula).*

Do mesmo modo, afirmou Maria,

*[...] eu passo nata de leite, sebo de ovelha. Agora, por último, chá calmante, chá de confrei, então fico toda ensopada de algodão de confrei, né? Pra acalmá, porque alivia a dor... (Maria).*

O chá preto também conhecido por chá-da-Índia, chá-da-China, seu nome científico de *Tea sinensis Sims, Camellia sinensis*. É originário da região de Assam, Laos e Sião, onde cresce em estado silvestre (MATOS, 1994; LORENZI *et al.*, 2002).

Segundo Matos (1994) no chá-da-Índia, a cafeína acompanhada de um pouco de xantina, teofilina e adenina, são seus princípios estimulantes, Ainda contém substâncias tânicas entre as quais um tanino de rara estrutura pirogálico – catéquica. A este complexo fitoterápico se atribui uma ação antibiótica contra o *Vilobrio cholera*, além da propriedade antidiarréica, por inibição das toxina as estafilocócica e colérica. Conforme Lorenzi *et al.* (2002), a utilização do chá-da-Índia na forma de compressas tem sido recomendada para tratamento de problemas da pele, aliviando a inflamação e o prurido. Entende-se pelo relato das puérperas que a sensação de alívio da dor se deva ao fato da diminuição na inflamação causada pela fissura no mamilo.

<sup>4</sup> Oxiderme: nistatina (antifúngico), utilizado para infecção causada por *Cândida Albicans* oral, vaginal e gastro intestinal. (DEF–dicionário de especialidades farmacológicas).

<sup>5</sup> Lansinin: lanolina, emoliente mais denso, derivado da lã do carneiro após a tosa. (Lansinon Laboratoies. Inc. Reg. M. S. 104131170004 – Bula de remédio).

<sup>6</sup> Grata Probatum: medicação em gotas utilizada popularmente para cólicas do bebê, porém indicada como antisséptico das vias respiratórias e das vias urinárias. (Responsável técnico Sabrina MartinsAmaral Porto Alegre: Laboratório Inkas S.A .1 p. Bula de remédio).



O confrei popularmente também chamado de consólida, consolada, erva-do-cardeal, confrei russo, leite vegetal etc..., possui o nome científico de *Symphytum officinale*. (SILVA *et al.*, 1995; LORENZI *et al.*, 2002) . Segundo Lorenzi *et al.* (2002), é indicado para úlceras varicosas: feridas, cortes, queimaduras, fraturas ósseas, contusões, hematomas. Também para úlceras duodenal e estomacal, bronquites, gastrites e fissuras (anal e de mama). No caso de fissura de mama, a orientação dada por este autor é que se aplique na mama com um chumaço de algodão.

Confrei também é utilizado em bovinos para rachadura de teta de vaca, conforme Garcia *et al.* (2001).

O chá de malva para Balbach (1997, p. 151), pertence à família das Malváceas, cujo nome científico é *malva sylvestris*, *malva vulgaris*, malva hirsutá. Para seu uso medicinal e são utilizadas folhas e flores que são benéficas, como calmantes e emolientes. As raízes também são emolientes. Também é utilizada para curar enfermidades da garganta e ouvido.

O curioso é que pode ser usada a infusão das folhas e flores contra inflamações externas, podendo isso influenciar na inflamação causada nas fissuras mamilares, sendo que a puérpera Lucia relatou alívio da dor após o uso do chá sobre os mamilos com fissuras, orientada por uma vizinha,

*Eu to usando aquele chá, esse do copinho [me mostra o copinho de chá de cima da geladeira]. E lá boto malva, massanilha [camomila], e não me lembro o outro nome... É um de folha compridinha assim.... Eu passo em cima pra cicatrizá (Lucia).*

A camomila também é conhecida como camomila – da – Alemanha e camomila – romana; o chá das suas flores é tônico e estimulante. Seu uso medicinal é indicado para dispepsias, perturbações estomacais em geral, diarreia, náuseas, inflamações urinárias, dismenoréia, febre. Exteriormente, emprega-se o infuso em

compressas, ou o pó das sementes esmiuçadas, sobre feridas difíceis de curar, afecções da pele em geral, inflamações dos olhos (BALBACH, 1997).

Percebe-se que nos depoimentos transcritos neste capítulo as puérperas Lucia, Maria, Paula, utilizaram a perpetuação de costumes familiares e conhecimento popular, na tentativa de aliviar a dor causada pela fissura, escoriações e dor mamilar na mama puerperal. E esta prática é reforçada novamente na fala de Lucia,

*Daí que ela [a vizinha] me trouxe um chá que é uma maravilha*  
(Lucia).

Pôde-se perceber que o uso de tal prática fortalece vários estudos encontrados na literatura sobre as crenças e culturas que envolvem o indivíduo. O uso de chás medicinais tem se tornado freqüente em quase todas as classes sociais. Na busca de práticas alternativas, produtos de origem natural ou baseadas na prática utilizada por seus familiares, as puérperas acreditaram na cura de seu problema mamilar e no alívio da dor que estava dificultando a amamentação naquele momento. Percebeu-se que pela literatura pesquisada vários chás são calmantes e anti-inflamatórios, podendo existir um alívio da dor na fissura mamilar devido a esta ação. Por outro lado, preocupa essa mistura de ervas medicinais no tratamento de fissuras, pelo fato de não se saber a origem de tais produtos e a forma como esses chás são preparados, acarretando possíveis riscos de entrada de bactérias no local da fissura que é considerada uma porta aberta para microorganismos, podendo levar a complicações maiores como é o caso de mastite mamária.

Gonçalves (2001), em sua pesquisa sobre crenças e práticas da nutriz e seus familiares no aleitamento materno, constatou que o uso dos chás é comum e rotineiro com indicação terapêutica para cólicas, e que os chás foram utilizados

dentro da própria família, sendo a tradição perpetuada de uma geração a outra, sendo calcada no conhecimento popular.

Nos últimos anos além da questão cultural e crendices, alguns fatores têm contribuído para o aumento da utilização de tal recurso, mesmo em camadas sociais que até então não o empregavam: a crise econômica, o alto custo dos medicamentos industrializados, o difícil acesso da população à assistência médica e farmacêutica, bem como uma tendência generalizada dos consumidores em utilizar, preferencialmente, produtos de origem natural (SIMÕES *et al.*, 1998).

Na expectativa de alívio da dor mamilar e da cicatrização das fissuras mamilares as práticas encontradas para o tratamento se tornavam variadas e instigadoras, como é o caso de Maria, que como sua mãe, utilizou sebo de ovelha para tratamento da fissura,

*[...] a minha mãe amamentou, teve, né? Ela usou o sebo de ovelha, foi o que curou ela. Ela se curou com sebo de ovelha, só que eu acho muito gorduroso, parece que machuca quando vai tira. Daí eu usei umas três vezes, eu sei que funcionava antigamente, né? [...]*  
(Maria).

A puérpera tinha a crença de que funcionava antigamente e funcionaria nesse momento também. Pôde-se acompanhar, na primeira visita de Maria, durante a observação participante, que a mesma havia aplicado o sebo de ovelha nos mamilos e não o retirou antes da mamada. Não há estudos sobre o sebo para tratamento de fissuras ou efeitos de seu uso para o bebê.

Em relação ao sebo de ovelha na busca de literatura encontrou-se um estudo sobre a composição dos ácidos graxos no músculo *Longissimus dorsi* de cordeiros terminados em pastagens ou confinamento. No estudo realizado por Rowie *et al.* (1999), verificou-se no sistema a pasto, altas concentrações de ácidos graxos saturados de cadeia longa na forma de esteárico e araquídico e ácidos graxos polinsaturados, & - linolênico, Y - linolênico e araquidônico, mas baixos níveis de

ácidos oléico e linoléico. O que chama a atenção é que o emoliente Lansinoh, utilizado pela puérpera Paula, é derivado da lã do carneiro após a tosa, tendo alguma aproximação de origem bioquímica com o sebo de ovelha.

Outras práticas utilizadas que já são do conhecimento dos estudiosos em aleitamento materno, é a utilização da casca de banana e casca de mamão. No relato de Ana, a mesma demonstrou que a casca de mamão tirava a febre,

*Eu tô usando o leite, né? E tô usando casca de mamão, né? Pra tira a febre. Tira toda a febre, foi o que melhorou (Ana).*

Com relação ao uso do mamão, “A papaína que é uma enzima proteolítica contida no látex do vegetal *Carica Papaya*, possui a propriedade de decompor substâncias protéicas, sendo extraída do látex do mamão desenvolvido, mas não amadurecido” (SILVA, 2003, p. 125).

No caso das puérperas acompanhadas, não era observado o tipo de mamão e nem sua procedência. A utilização da papaína no Brasil teve início em 1983 e atualmente, após vários estudos realizados, de âmbitos nacional e internacional, é reconhecida pela sua eficácia na aceleração do processo cicatricial de feridas, notadamente as crônicas, resultando na agilização dos procedimentos hospitalares, atenuando o desconforto do paciente, já fragilizado, buscando mais rápido restabelecimento.

Para Silva (2003) os resultados observados durante experiência conduzida durante dezoito anos utilizando a droga em cicatrizações de feridas, confirmou sua ação no desbridamento do tecido necrótico e suas propriedades anti-inflamatória, bactericida e facilitadora da cicatrização, sem apresentar nenhum efeito indesejável, sendo estes resultados também corroborados por meio de fontes bibliográficas diversas, que avaliam a papaína como um importante recurso no tratamento de lesões de pele.

A mesma autora afirma que foram desenvolvidos vários estudos sobre o tratamento das lesões (do tipo úlceras diabéticas, de pressão e venosas) com Carica Papaya (mamão), e o uso da papaína *in natura* ou em solução constitui-se num valioso recurso terapêutico (SILVA, 2003).

Na década de 80, Lina Monetta (1987), desenvolveu um estudo aplicando o mamão verde e a papaína em pó em tratamento de pacientes com lesões de pele do tipo escaras e lesões de continuidade, em dois hospitais de São Paulo, obtendo bons resultados no processo de diminuição de secreção e crescimento de tecido de granulação, facilitando, dessa forma, a cicatrização. Mas para obter esse resultado a autora utilizou toda uma técnica de preparo especialmente do mamão, sendo observado que o mesmo precisa ser verde, tendo todo o cuidado de limpeza da fruta, e de não utilizar, por exemplo, materiais metálicos para seu corte devido à oxidação da papaína em contato com eles.

Já no estudo com as puérperas observou-se que na prática do uso do mamão sobre a fissura não existia a preocupação de empregar determinado tipo de mamão. A fruta que era possível ser adquirida pela família era a utilizada para tratar a fissura mamilar, não havendo nem um tipo de cuidado no seu manuseio. Outro fator importante foi que os profissionais que orientaram o uso do mamão, não indicaram a forma de usar e também desconheciam os efeitos da sua aplicação.

Quanto ao uso da casca de banana, Cláudia, a puérpera foi orientada pela mãe, que trabalhava de doméstica, na residência de um médico, a utilizá-la:

*Casca de banana, me ensinaram. A mãe trabalha com um médico e ele disse que podia usá ainda, daí eu sei. Ela deixa fresquinha, daí alivia aquela dor, aquele calor, sabe? (Claudia).*

Novak *et al.*, (2003) realizaram estudo sobre a casca de banana com o objetivo de estudar a microbiota da casca da banana prata, comercializada no Rio

de Janeiro, tentando correlacioná-la com a possibilidade de que seja uma fonte de infecção para a mulher que a utilize para tratamento de fissuras mamilares. Esses autores obtiveram como resultados a presença de microrganismos, potencialmente patogênicos em níveis capazes de comprometer a qualidade microbiológica da casca de banana, sendo estes: mesófilos 100%, coliformes totais, estafilococos coagulasa-positiva, bolores e leveduras, proteolíticos, lipolíticos e bactérias lácticas. Este estudo não permite avaliar a associação entre a casca de banana e infecção, no entanto sugerem que sejam realizados novos estudos para que se comprove o efeito terapêutico (teórico) da casca da banana na cicatrização das fissuras. Para Giugliani (2003) este estudo de Novak *et al.*, é um alerta para a possibilidade de que tal tratamento seja prejudicial do tratamento de fissuras mamilares.

Sabe-se também que banana verde ou madura possui uma substância oleosa, de efeito adstringente, que suaviza o intestino delgado, grosso e reto, tendo sua aplicação plena em todos os casos de diarreia aguda ou crônica.

Entre as várias práticas utilizadas, encontra-se também o uso do sol e da luz sobre a fissura. Dentre as recomendações adotadas pelo Ministério da Saúde está a conduta do tratamento seco. Essa forma acontece no uso de luz solar ou luz artificial, utilizando lâmpadas de 60 wats sobre a fissura mamilar. E em alguns casos já se encontrou essa conduta sendo praticada pelas puérperas no tratamento de fissuras, como foi o caso de Maria,

*E botá no sol, né? Isso eu tenho feito, quando eu consigo, né? Só que às vezes o horário que tá batendo sol eu tô fazendo outra coisa... (Maria).*

*Eu tava fazendo no abajur, porque lá no hospital eu comecei fazer luzes com a lâmpada lá deles, daí a enfermeira me disse pra mim pegar o abajur e fazer (Maria).*

Apesar de recomendada pelo Ministério da Saúde, e ter se tornado popular nas últimas décadas, essa prática é questionada por Giugliani que ressalta que a

cicatrização de feridas é mais eficiente se as camadas se mantiverem úmidas. Maria confirma a observação de Giugliani:

*Logo que tu coloca o abajur, ele te dá uma calmada, né? Te dá uma aliviada e ali vai cicatrizando e ela forma uma casquinha e fica bem dolorido, né? E quando ele vai mamá, ela cai. Cai a casquinha, aí parece que a dor é pior (Maria).*

Para Giugliani (2004b), “uma vez instalados os traumas mamilares, faz-se necessário intervir para que não progridam e cicatrizem o mais rápido possível”. A mesma autora avalia que este tipo de tratamento tem sido utilizado ou recomendado, mas que sua eficácia não tem sido avaliada adequadamente e não há estudos que o respaldem.

Essa mesma autora (2004d) refere que as condutas contidas na literatura no tratamento das fissuras são agrupadas em três categorias: medidas de proteção, tratamento seco e tratamento úmido.

O tratamento úmido das fissuras atualmente é recomendado e tem por objetivo formar uma camada protetora que evite a desidratação das camadas mais profundas da epiderme (GIUGLIANI, 2004c).

O método seco com a utilização do secador de cabelo, lâmpadas, banho de luz, embora recomendado pelo Ministério da Saúde não tem sido recomendado pelos profissionais no tratamento dos traumas mamilares, tendo em vista que a epiderme do mamilo se recupera mais rapidamente se houver uma barreira úmida, evitando, assim, a desidratação das camadas mais profundas da epiderme (GIUGLIANI, 2004c).

Segundo Gogia “atualmente está bem estabelecido que feridas úmidas cicatrizam muito mais rápido que as secas. Um ambiente úmido na ferida facilita a epitelização e minimiza a formação de crostas” (2003, p. 8).

Com relação às medidas de proteção de fissuras, há a recomendação dos protetores de seio, como o coador de plástico, pequeno, sem o cabo, entre as mamadas, eliminando a fricção da área traumatizada pela roupa, mas recomenda-se o cuidado com o uso do mesmo, pois esse recurso pode favorecer a drenagem, as macerações, devendo ser cuidadosamente avaliada essa recomendação pesando-se os riscos e benefícios (GIUGLIANI, 2004c).

Um aprendizado importante identificado na observação da mamada foi que, o posicionamento materno e a técnica da mamada influenciariam significativamente para que surgissem os traumas mamilares.

Parte das puérperas deste estudo apresentaram fissuras já no hospital. Apesar de serem orientadas pelos profissionais de saúde dessa instituição, referiam,

*eu tenho o meu jeitinho de pegá o seio pra dá de mamá. Lá no hospital, lá a gente faz, né? Porque elas pedem e a gente fica sem graça, eu não consigo pegá daquele jeito [me mostra a pega tipo C], a gente faz assim porque elas pedem (Lucia).*

Observou-se que a posição da mãe e do bebê é fundamental para a prevenção das fissuras e dor mamilar. Ficou claro na fala de Maria que havia realizado cesareana e que no pós-operatório ficava muito desconfortável e difícil a posição durante amamentação em sala de recuperação, proporcionando com isso maior facilidade o desencadeamento de lesões mamilares;

*Eu acho que a posição. Inclusive eu coloquei uma cadeira lá no quarto, uma poltroninha, uma capa assim pra ficá sentada, porque no hospital foi horrível pra mim, assim desacomodada... desconfortável (Maria).*

Isso foi confirmado por Ana, quando também necessitava de ajuda devido ao período de recuperação após o parto por cesárea:

*[...] daí depois não explicam mais. Daí elas [enfermeiras] me ajudaram. Só que eu não podia me virá, porque eu tava amortecida, tanto que ele pegava de qualquer jeito, né? (Ana).*



E observado também pelas demais puérperas:

*E daí ele pegava de mau jeito, por isso que machucou, né? (Ana).*

*Eu acho que foi a posição, porque a amamentação tá sendo uma satisfação (Paula).*

*Aí a posição. E daí ele não pegava, porque assim ó, primero eu só dava deitada porque fiz cesárea e não podia levantá e daí ele não abocanhava direito e eu tinha que chamá toda hora pras gurias me ajudá (Luiza).*

Ficou evidente em suas falas que esse período é um dos de maior risco para as lesões mamilares.

#### 5.1.2 Práticas utilizadas no ingurgitamento mamário

No conhecimento das práticas que as puérperas utilizaram durante as visitas domiciliares, outra situação especial da amamentação encontrada foi o ingurgitamento mamário, que ocorre geralmente na primeira semana após o nascimento.

Verônica deixa claro que as mamas estão cheias demais e doloridas devido ao ingurgitamento:

*Tá cheio demais, dói [...] (Verônica).*

De acordo com Lawrence, (1996), o melhor tratamento para o ingurgitamento é a prevenção. Conforme Oliveira (2003), o ingurgitamento mamário é uma êxtase Láctea decorrente do não esvaziamento adequado da mama, podendo associar-se à congestão vascular e/ou linfática.

Para Lana,

o seio ou parte dele fica dolorido, duro e quente. Os seios ficam demasiadamente cheios, parcialmente com leite e parcialmente com aumento de líquido tissular e do sangue fora dos ductos quando do mau funcionamento do reflexo da ocitocina, devido à pressão dentro dos alvéolos (2001, p. 315).

Isso reflete a falha do mecanismo de auto-regulação da fisiologia da lactação, resultando em congestão e aumento da vascularização, acúmulo de leite e edema por causa da obstrução da drenagem linfática pelo aumento da vascularização e enchimento dos alvéolos.

O mesmo autor descreve que vários fatores estão associados ao ingurgitamento mamário, entre eles as mamadas em horas pré-determinadas, controle de tempo de sucção, sutiã apertado, início tardio da amamentação, pega ineficaz, uso de bicos, uso de mamadeira e chucas, não esvaziamento da sobra de leite, nos primeiros dias, fissuras do mamilo, recém-nascido prematuro, queda da mama sobre sua parte inferior.

Segundo Giugliani (2004a; 2004b), no ingurgitamento acontece o ciclo congestão/edema/fluxo pobre/ congestão pode ocorrer e manter o ingurgitamento. O aumento da pressão intraductal faz com que o leite acumulado, por processo de transformação em nível intermolecular, se torne mais viscoso, originando o conhecido popularmente por leite empedrado.

Após alguns dias, o ingurgitamento costuma desaparecer. No caso de Verônica, foram realizadas duas visitas com realização da massagem e ordenha manual, obtendo sucesso no processo de amamentação. Verônica durante a observação participante na segunda visita relatou que:

*a massagem que a senhora me ensinou foi ótima, desce bastante leite, chega a jorrá [...] (Verônica).*

Já no caso de Jaqueline, ao realizar a primeira visita, constatou-se que apresentava ingurgitamento glandular de difícil drenagem, foram realizadas massagem manual e ordenha, pois ela referia muita dor e “inchaço” nas mamas.

*tá difícil... ahh, só esse inchaço assim... (Jaqueline).*

Mesmo com dor Jaqueline tentava amamentar, estava um pouco desajeitada para conseguir posicionar o bebê no colo e fazer com que tivesse uma boa pega, já estava com hiperemia e dor nos mamilos devido à má pega do bebê.

Na segunda visita realizada a essa puérpera, o ingurgitamento persistia. Jaqueline informou que havia conseguido ordenhar após a visita do dia anterior, uma quantidade importante de leite, e seu esposo a ajudou na realização da massagem manual. Este estava bastante presente nos cuidados com a mãe e o filho.

Havia locais em ambas as mamas com hiperemia; foi então realizada ordenha manual havendo novamente drenagem de grande quantidade de leite, mas mesmo assim, persistiam em alguns locais pontos endurecidos e doloridos. Com preocupação de progredir para uma mastite, optou-se por ir até o hospital onde havia ordenhadeira elétrica.

Dessa forma foi associada massagem manual com ordenha elétrica. Mas apenas reforçou a observação realizada pela pesquisadora de que se não houver massagem e ordenha manual prévia, não haverá extração do leite.

Segundo Rea (1998), alguns grupos brasileiros que atuam no manejo clínico da lactação, como, por exemplo, Santos, Recife e Fortaleza, entre outros, recomendam fundamentalmente a ordenha manual das mamas, podendo ser as bombas elétricas um causador de fissuras.

Jaqueline também apresentou fissura mamilar devido ao ingurgitamento, e à má pega do bebê. Tinha presente a lembrança de uma prima que ao amamentar seu filho apresentou fissuras,

*Deu pra vê assim como minha prima amamentava, mas já tá grande nenê dela, né? E assim ela rachou o seio, chegou dá no copinho, né, pra ela, mas não agüentou mais e desmamou... (Jaqueline).*

Uma prática que foi muito usada décadas atrás para ingurgitamento mamário e que esteve presente nas práticas realizadas pelas puérperas foi a de passar um pente de cabelo nas mamas. Essa prática foi orientada pela avó de uma puérpera, que a seguiu com muita confiança e determinação.

*E minha mãe disse que é bom ir embaixo do chuveiro e passá o pentinho, bem devagarinho, que ajuda a descê (Verônica).*

As condutas adotadas durante a pesquisa, também para o ingurgitamento mamário, foram às recomendadas pelo Ministério da Saúde: foi verificado o posicionamento para garantir uma boa pega; as mães foram orientadas para não limitar as mamadas, a amamentar sempre que o bebê desejasse; foi sugerido que a mãe ordenhasse antes da mamada para diminuir a tensão da aréola; bem como a ordenhar entre as mamadas e amamentar com frequência; fazer massagens delicadas das mamas; usar sutiã com alças largas e firmes para suspender as mamas, aliviar a dor e manter os ductos em posição anatômica (BRASIL, 2003). Além das orientações, foi realizado exaustivamente massagem manual e utilizadas brevemente compressas mornas.

Observou-se que todas as práticas aqui descritas, até o momento, estão fortemente ancoradas em vivências de algum familiar próximo da puérpera em estudo. Rezende *et al.* (2002), afirma que quando falamos das experiências da mulher, estamos nos referindo não somente ao fato de ela própria ter sido amamentada ou não, mas também por situações que essa mulher presenciou ao

longo de sua vida. Essas experiências podem ser positivas ou negativas, mas ocupam um espaço significativo na lembrança da amamentação.

Os relatos a seguir fortalecem que essas experiências são fatores que influenciam fortemente para o processo da amamentação:

*[...] ah, tem bastante prima que estão amamentando. Amamentaram bastante tempo (Isabel).*

*A mãe amamentou todos nós, avó também amamentou (Verônica).*

A decisão de amamentar dessas mulheres está relacionada às experiências vivenciadas, sendo uma opção pessoal influenciada por fatores emocionais, culturais e sociais. Para Primo *et al.*, “O fato de ter parentes ou amigas que estão ou já amamentaram também colabora, bem como ter sido amamentada por sua mãe” (1999, p. 449).

### 5.1.3 Práticas utilizadas para a dor mamilar

A dor mamilar identificada nas puérperas acompanhadas deste estudo foi um fator de muita angústia e desconforto no ato de amamentar descrito pelas mesmas, dificultando o momento de troca de afeto e carinho entre mãe e filho.

Durante as observações das participantes, observou-se em várias puérperas que a técnica da mamada estava incorreta, o bebê abocanhava apenas parte do mamilo, achatando-o ou deixando-o com formato não anatômico, após a mamada. Este fator predispõe a situações de mamilos doloridos e fissuras mamilares. Evidenciou-se em várias participantes, Maria, Verônica, Jaqueline, Bete, Paula, Claudia, Isabel, Aline, Tânia, Luiza, Lucia, Graça, que todas estavam com técnica da mamada incorreta.

As causas mais comuns de mamilos doloridos são simples e podem ser evitadas. Conforme consta no programa do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003), são elas: o bebê não estabeleceu um padrão adequado de sucção; a mãe precisava de ajuda e ninguém lhe mostrou como estabelecer uma boa pega; as mamas ficaram ingurgitadas em razão de o bebê não mamar com frequência; o bebê teve monilíase oral e contaminou os mamilos da mãe; o freio lingual do bebê era curto e impedia de esticar a língua sobre o lábio inferior.

Lucia ficava ansiosa, com medo, ao ouvir que sua filha estava acordando e iria precisar alimentar a criança em seu seio,

*Quando eu via que ela acordava, chegava me dá medo, sabe? ... ta loco! Parece que o meu seio não tava agüentando, sim porque eu já tava sentindo a dor antes de amamentar ela (Lucia).*

Realizando as observações, pode-se afirmar que em todas as puérperas que se encontravam com mamilos doloridos, essa situação estava relacionada com mamas ingurgitadas e a posição mãe - bebê incorreta no momento da mamada.

*Às vezes, tinha vontade de tirá ele do seio (Ana).*

*[...] até eu pensei em largá (Luiza).*

*[...]e agora essa semana é que eu fiquei meia apavorada com a amamentação (Paula).*

Essas falas demonstram que os mamilos doloridos levam ao desconforto, conseqüentemente desestimulando o aleitamento materno.

## 5.2 Repercussões dos problemas mamários para o desmame e a promoção do aleitamento materno

Durante a análise dos dados pôde-se observar que as repercussões causadas pelos problemas mamários apresentam implicações relacionadas ao desmame precoce e a própria promoção do aleitamento materno. Embora estes dois eventos, promoção e desmame, possam parecer contraditórios, em primeiro momento constituem-se em situações extremas e intimamente relacionadas.

Pôde-se observar que os traumas mamilares tornaram-se fatores de muita preocupação e um indicador de impedimento para a prática da amamentação, como foi confirmado no relato de Ana, deixando claro que as fissuras mamilares levam a dor e desconforto, Giugliani reforça que, “uma vez instalados os traumas mamilares, faz-se necessário intervir para que não progridam e cicatrizem o mais rápido possível” (2004b, p. 234).

*Ontem e ontem chegava vertê um pouco de sangue...e tava bem inchado esse aqui ... e eu não podia nem fazê assim ó,... [tocar] e dolorido, eu chegava a chora de dor (Ana).*

Durante essa pesquisa, observou-se que a prática do aleitamento materno requer muita compreensão do profissional de saúde, para que esse possa contemplar a mulher em sua especificidade, em seu potencial e sua capacidade de cuidar-se.

Acredita-se que foi possível perceber nesta pesquisa que é de fundamental importância que aconteça uma mudança no atendimento prestado pelos profissionais de saúde durante o pré-natal. Ao realizar a análise das informações percebe-se que o pré-natal está diretamente ligado ao sucesso ou não da

amamentação. Faz-se essa análise a partir do que foi observado no acompanhamento das puérperas e do risco existente pelo fato de as mesmas não saberem como prevenir os problemas mamários e conseqüentemente o desmame.

Afirmam Vitolo *et al.* (1994) que um dos fatores que não tem contribuído para o prolongamento e a prática correta do aleitamento materno são as consultas do pré-natal. Isso pode ser observado pelo elevado número de mães encontradas nesse estudo que desconheciam a prática de amamentar.

A primeira puérpera entrevistada foi Maria, muito motivada para a amamentação, é multípara, esta foi sua terceira gestação. Tinha experiências anteriores um tanto quanto complicadas que a deixaram muito ansiosa e com medo de não conseguir amamentar. Relatou ter casado muito nova e não tinha experiência em amamentar e ninguém a orientou durante o pré-natal, conforme confirma sua fala;

*eu casei muito cedo e tive meu primeiro filho muito nova com 19 anos. Inexperiente, ninguém nunca me ensinou nada, e eu queria amamentar e não sabia como. Me diziam: faça massagem no biquinho. [...] não, não sabia de nem um curso. O médico também não orientou (Maria).*

Relatou também o medo e insegurança ao retornar pra casa; quando teve sua filha anterior, sentia-se despreparada,

*E acontece que quando eu dei alta, eu fiquei desesperada, não sabia o que fazê, vim pra casa e agora dá leite no copinho. Eu não sabia (Maria).*

A assistência pré-natal é um acompanhamento que se dá à gestante desde o período de concepção até o puerpério. É considerado um período especial na vida da mulher. Embora não sendo considerado como estado patológico, nesse período ocorrem importantes modificações orgânicas e emocionais, tornando a saúde da gestante, parturiente, e da puérpera vulnerável a agravos.



Para Ministério da Saúde “cabe a equipe de saúde, ao entrar em contato com uma mulher gestante, na unidade de saúde ou na comunidade, buscar compreender os múltiplos significados da gestação para aquela mulher e sua família” (SCHIRMER *et al.*, 2000, p. 7). Nesse sentido o próprio Ministério da Saúde conceitua a gravidez e o parto como eventos sociais que integram a vivência reprodutiva de homens e mulheres: por isso recomenda-se que o acompanhamento pré-natal deve acolher a mulher e compreender suas necessidades de conhecimento sobre a gravidez e o parto.

Embora todas as puérperas acompanhadas nesta pesquisa tenham realizado o pré-natal, poucas relataram ter recebido informações sobre amamentação durante as consultas.

Nesse estudo as que receberam algum tipo de informação relataram ser superficial e não se mostrou efetiva para o aprendizado das mulheres;

*não, só da Pastoral da Criança, né? Que a gente ensina as mães (Isabel).*

*não, nada (Graça).*

*não, nenhum momento (Antonia).*

*Não, nunca ninguém falou. Nas consultas, que eu me lembro, também não (Verônica).*

Outras, na tentativa de obter informações sobre amamentação por já terem vivido um processo anterior com problemas mamários questionavam os profissionais, mas algumas obtiveram a seguinte resposta,

*Eu até perguntei pra ela, porque tinha me dado figo do primeiro filho. Daí, a única coisa que ela me falou foi, quem ia me explicá, era lá no hospital, quem ia me cuidá quando eu ganhasse o nenem (Lucia).*

De todas as participantes uma teve contato com acadêmicos de enfermagem onde recebeu orientações sobre como amamentar e, outra relata ter apenas visto informações através de um cartaz como está em seu relato;

*Eu não participei porque, onde eu ia consultá, eu só via nas paredes, mas ninguém me auxiliava, ninguém me falava, só cartazes (Luiza).*

*ahh , falava sobre amamentação é muito importante, mas só assim um quadro com vozes apagadas, porque não falava nada (Luiza).*

Para Schirmer *et al.* (2000), esclarecem que entre as diferentes formas de realização do trabalho educativo, destacam-se as discussões em grupos, as dramatizações e outras dinâmicas que facilitem a fala e a troca de experiências entre os componentes do grupo. Acrescenta que deve ser evitada a forma de palestra, pois, é pouco produtiva e ofusca questões subjacentes. Jaqueline, uma das poucas que receberam informações no pré-natal sobre amamentação em forma de palestra disse:

*[...] ela chego a ensina a massagem, só que eu me esqueci como é que faz (Jaqueline).*

Em relação ao ciclo gravídico puerperal, alguns problemas a ser levantados, como por exemplo, a acessibilidade de serviços de saúde. Tanaka (1995), reforçou que, para a mulher durante todo o ciclo gravídico puerperal, toda a assistência prestada no pré-natal, parto e puerpério estão interligadas, e quando essa mulher não tem acesso às informações de forma integral e contínua, fragilizará a assistência, conseqüentemente, expondo a mulher a risco de vida.

Esta falta de integração é responsável pela descontinuidade da atenção, como foi possível observar no acompanhamento realizado com as puérperas. Elas não possuem cobertura na sua assistência no período puerperal. Este período se torna de muita dificuldade para a mulher por não saber manejar o processo de amamentação, facilmente conduzido se tiver a presença de um profissional da saúde próximo a ela. No relato das seguintes puérperas ficam evidentes as dificuldades e angústias enfrentadas por elas no seu domicílio:

*E acontece que quando eu dei alta, eu fiquei desesperada, não sabia o que fazê, vim pra casa e agora dá leite de copinho eu não sabia (Maria).*

*E assim eu fui, o pouco de leite ela tomou, mas aos trancos e barrancos. E aí acabou, né (Maria).*

A maioria das mães foi encontrada apreensiva e deprimida, em graus variados, após a alta hospitalar. Muitas puérperas, como mostra o relato anterior, chegando em casa sentiram-se sozinhas frente à responsabilidade de cuidar o bebê, encontraram a responsabilidade de cuidar dos outros filhos além de função de esposa e dona-de-casa.

Tanaka (1995) afirmou que os serviços públicos têm passado por profundas transformações, por grandes mudanças decorrentes das diretrizes políticas definidas para o setor. Na área materna, essas questões são mais inquietantes e os problemas ligados à gestação, parto e puerpério ainda não estão totalmente esclarecidos.

## 6 REFLEXÕES SOBRE AS PRÁTICAS UTILIZADAS PELAS PUÉRPERAS

Na tentativa de entender por que as puérperas utilizam tantos produtos, sejam eles naturais, farmacológicos ou rezas e simpatias, buscou-se na literatura alguns possíveis desencadeadores de problemas mamários ou geradores de desinformações sobre amamentação. Percebeu-se que todas as puérperas estudadas valorizavam muito a amamentação.

Neste estudo, pelo relato das puérperas, apenas um pequeno número de profissionais da equipe de saúde as havia informado sobre cuidados na gestação e como se preparar para amamentar com segurança e tranqüilidade, enfrentando, desse modo, o processo de amamentação de forma mais tranqüila possível, sem intercorrências como as estudadas pela pesquisadora.

Para Silva,

embora seja imprescindível reconhecer os esforços e o investimento feitos, retratados pelas campanhas de incentivo ao aleitamento materno, faz-se necessário admitir que o seu papel tem sido enfraquecido pela falta de estrutura assistencial à mulher e seu filho nas questões de amamentação (1997, p. 25).

Dubeux *et al.*, (2004), reforça que a pesar da prática da amamentação ser de extrema importância, encontra-se a existência de fatores que se interpõe ao efetivo desenvolvimento da mesma, como: atuação dos serviços de saúde, a educação materna, a classe socioeconômica, as crenças e o apelo da indústria para o uso de leite e bicos artificiais.

Outro aspecto que pode ocorrer é o possível desinteresse do profissional em buscar uma aproximação mais efetiva com a gestante para conhecer, de fato, o contexto onde ela se encontra inserida. Sabe-se que não basta essa mulher saber

das vantagens sobre o aleitamento materno e optar por essa prática. Mas de fato contar com um profissional habilitado que a entenda, que lhe dê apoio no momento que lhe for necessário. Quanto ao despreparo do pessoal da saúde, Silva W., afirma que:

os profissionais de saúde se detêm com maior ênfase, nos aspectos biológicos das gestantes como; altura uterina, pressão arterial, batimentos fetais, orientação quanto à alimentação e exercícios, não demonstrando interesse pelos aspectos emocionais destas gestantes (2002, p 18-19).

Permite-se aqui refletir quantos dos profissionais que atuam nos serviços de saúde, (PSF, PACS, nos CAIS, ambulatórios) estão, de fato, preparados para atuar na área da saúde da mulher e especificamente com aleitamento materno. Faz-se essa reflexão após este estudo, diante dos dados observados da falta de informações sobre o processo de amamentação. Além disso, os profissionais de saúde carecem de capacitação técnica permanente, uma vez que, a maioria, após sua Graduação muitas vezes não volta a se atualizar.

Para Silva (1997) a mulher precisa ser assistida e amparada para que possa desempenhar a bom termo seu novo papel social, o de mulher-mãe-nutriz. E para que isso venha acontecer de fato se fazem necessárias estruturas assistenciais preparadas para atuar no apoio à mulher, seu filho e sua família, nas questões de amamentação.

Porém há também de se refletir se, realmente deve ser durante o pré-natal que as informações sobre amamentação devem ser repassadas. Isso se pensou após uma fala da puérpera Jaqueline que disse:

*... e ela,.....chegó a me ensiná a massagem, só que eu me esqueci como é que faz (Jaqueline).*

Qual será o verdadeiro momento de se abordar as questões da prática da amamentar? Acredita-se que como profissionais de saúde precisamos estar alertas

para essas questões também, porque o aprendizado obtido neste estudo é que a real preocupação relacionada com a amamentação só aconteceu no momento que efetivamente surgiram os problemas mamários. Até esse momento, o que elas percebiam de efetivo era o acontecimento do parto em si. Torna-se vital a participação de parceiros, amigos, familiares em sessões educativas que venham a fortalecer a confiança e habilidades das mães em relação à prática do aleitamento materno.

Outro fator importante, é que a sociedade e as campanhas sobre incentivo ao aleitamento materno nem sempre têm sido facilitadoras dessa prática. Para Silva, “as campanhas, de um modo geral, deixam transparecer a preocupação da sociedade em beneficiar o recém-nascido, trazendo em seu bojo a obrigatoriedade da mãe amamentar” (1997, p. 25). E ao mesmo tempo, culpabilizando - a por não amamentar. Somam-se a isso, os múltiplos papéis desempenhados pela mulher - mãe.

Gonçalves relata que a “mudança do papel feminino nos lares é outro aspecto que deve ser considerado como tendo favorecido as modificações percebidas em relação ao aleitamento materno” (2001, p. 28).

Isso reflete uma preocupação existente hoje do Ministério da Saúde em aumentar a abrangência de cobertura do pré-natal.

Para Brasil (2002) a humanização compreende dois aspectos fundamentais: a adoção de uma postura ética e solidária por parte dos profissionais e a adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do pré-natal, do parto e do pós-parto.

Conforme Baruffi, (2004, p. 18) “o atendimento à saúde da mulher ainda está sendo permeado por uma cultura profissional que envolve o cumprimento de número

de consultas exigido pela Instituição, priorizando, dessa forma, a quantidade, em detrimento da qualidade”.

O período da gestação é um momento especial para a maioria das mulheres, é também uma fase de grande oportunidade para que a mãe, pai, família se envolvam com o bebê e se percebam como uma família. E a mãe se perceba como mulher diante das transformações emocionais e físicas. No período gestacional e de pré-natal se faz necessário que profissionais estejam atentos a essas transformações e auxiliem a mãe-mulher e sua família a compreenderem todo o processo de mudança que ocorre na gestação, não esquecendo as suas crenças, valores, mitos e costumes. Isso fará com que esta mulher saiba enfrentar a gravidez com mais naturalidade.

O principal objetivo da assistência pré-natal é acolher a mulher desde o início de sua gravidez, período de mudanças físicas e emocionais - procurando minimizá-las pois as mesmas podem gerar medo, angústias ou simplesmente curiosidades. Para que isso venha a acontecer com tranqüilidade e valorização, os profissionais de saúde devem transformar em ações concretas e permitir que toda a equipe se integre no conjunto dessas ações. Ações que iniciam com um diálogo franco e sensível, desde o acolhimento até a consulta propriamente dita. Uma escuta aberta, sem julgamentos e preconceitos fazendo com que a mulher possa verbalizar sua intimidade, dar condições para que fale sobre suas crenças, experiências, medos, fantasias. Para que isso venha a acontecer é de extrema importância que haja uma comunicação efetiva entre equipe e gestante.

Conforme Stefanelli (1993), mesmo que em momentos de atendimentos rápidos, é possível o uso de comunicação adequada, se os profissionais chamarem as gestantes pelo nome, preocuparem-se em usar vocabulário adequado a cada

uma delas, de acordo com seu repertório, respeitando que cada gestante é oriunda de uma cultura e se vê, desde o pré-natal, enfrentando uma outra, a hospitalar, totalmente desconhecida para ela, o que aumenta sua ansiedade e sentimento de insegurança.

O pré -natal também se faz em nível domiciliar quando do não comparecimento da gestante às consultas. As visitas domiciliares devem se tornar um instrumento de intervenção fundamental para os serviços de saúde. Ela possibilita ao profissional conhecer o contexto de vida da gestante, facilitando o planejamento das ações de saúde no atendimento durante todo seu pré-natal.

Quando se projeta uma pesquisa em âmbito domiciliar sabe-se da importância da comunicação, comunicação esta que não se constitui apenas na palavra verbalizada. Como diz o professor Léo Pessini, “temos de aprender a ser artistas, no sentido de captar as mensagens, interpretá-las adequadamente e potencializá-las criativamente” (PESSINI, 2002, p.9). Como profissionais da área da Saúde é muito importante que saibamos decifrar e perceber o significado da mensagem que o indivíduo que estamos acompanhando quer nos enviar.

O valor da amamentação relatado pelas mães demonstra que o bem-estar do filho vem em primeiro lugar. Além de saber que as mulheres vêem a amamentação como uma obrigatoriedade e doação, elas demonstraram nesta pesquisa que suas necessidades ficam em segundo plano e a dor provocada pelas intercorrências da lactação, são superadas para que elas possam amamentar seus filhos, como descreveu a seguinte puérpera:

*Às vezes me dava vontade de não dá mais, você supera a dor e vai... (Claudia).*

*Dói mais no começo, depois vai ... passa (Verônica).*

*Quando ela pega assim...ahh (Lucia).*



A maternidade é sentida como uma doação e essa, conseqüentemente, com sacrifícios aceitáveis pela mulher. Segundo Nakano *et al.*, (1999) em seu estudo sobre aleitamento materno com um grupo de mulheres brasileiras, fundamentado na teoria feminista, a dor é vista pelas mulheres como parte integrante do processo normal de amamentar, e a mulher deve ser forte para enfrentar o sofrimento e a dor, mantendo sempre a alegria e a tranqüilidade no cuidado da criança.

Enquanto se pesquisava, cuidava e interagia, pôde-se observar nas puérperas a sua participação baseada em suas experiências, e respeitava-se sua forma de comunicação; desse modo tinha-se encontrado as soluções dos problemas.

Como dizia King, década atrás, “deixe claro o que você acha melhor, não faça as mães se sentirem ansiosas ou culpadas. Tentem fazer com que elas escolham livremente, mas incentive as mães a realmente querer amamentar” (1994, p. 139).

Para Lana “devolver suas palavras e criar respostas e gestos que demonstrem interesse são fórmulas úteis de mostrar aceitação, bem como são habilidades úteis de ouvir e aprender” (2001, p. 39).

Notadamente observa-se que, em relação ao preparo para o processo da amamentação, ele é quase inexistente. Talvez desse modo é que as puérperas vão em busca de tantas práticas milagrosas, juntamente com seus familiares e pessoas de sua confiança, usando um mistura de produtos que, em determinados casos, poderá ser prejudicial para mãe e bebê.

## 7 CONSIDERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

Conhecendo as práticas utilizadas pelas puérperas no domicílio, oportunizo acreditar cada vez mais na amamentação, a cada visita realizada. Foi possível fortalecer suas crenças e entender que para se promover o aleitamento materno são necessários investimentos de gestores públicos não em tecnologias sofisticadas, mas sim na capacitação dos profissionais e muito pouco em infraestruturas. E contar com profissionais envolvidos e comprometidos com a amamentação.

No percurso deste estudo percebeu-se que, os profissionais detêm pouco conhecimento em relação às práticas de saúde utilizadas no ambiente doméstico, sendo esse um universo quase desconhecido. Durante a realização desta pesquisa, surgia a cada visita, um aprendizado que não é encontrado nos livros. Aprendizado esse que é demonstrado e realizado pelas puérperas, aprendizado arraigado dentro de suas famílias, dentro de seu contexto. Esse aprendizado está vinculado às suas crenças, valores, cultura, mitos. Esses fatos podem passar despercebidos quando do planejamento das orientações transmitidas às gestantes ou puérperas pelos profissionais de saúde.

Acredita-se ter sido feliz em aceitar a proposta da orientadora, quando sugeriu que se pensasse na possibilidade de realizar a pesquisa Convergente - Assistencial. Esta pesquisa possibilitou conhecer e ao mesmo tempo intervir, para que pudesse ajudar as puérperas a resolverem os problemas por elas enfrentados no processo de amamentação. Talvez outro tipo de pesquisa que se pensasse realizar, não permitiria intervir e ver o resultado das orientações e intervenções.

Durante toda a pesquisa manteve-se um estreito laço de amizade com as puérperas, fazendo com que a confiança entre o profissional e paciente facilitasse a condução e resolução dos problemas mamários, permitindo verificar as mudanças do comportamento materno relacionada à amamentação. As mudanças aconteciam na medida em que, se realizavam as orientações, algumas vezes encaminhando-as ao médico, e acompanhamento, oferecendo-lhes, além de conhecimento, conforto, atenção e principalmente apoiando-as e transmitindo-lhes confiança na sua capacidade de poder amamentar.

Acredita-se que a enfermeira possui papel de grande importância no cuidado direcionado à mulher. Ela é a profissional que faz o elo entre as mulheres gestantes e puérperas com outros profissionais. Por esse motivo e outros, pensa-se que a mesma possa realizar seu cuidado de forma humanizada e individualizada. Isso pode acontecer desde o acolhimento da gestante no serviço de saúde, até o acompanhamento da puérpera no seu domicílio, com a realização de ações educativas voltadas para o contexto em que a mulher está inserida, deixando de lado a preocupação de realizar atendimentos em números para que o trabalho seja reconhecido, e realmente implementar uma nova forma de atendimento voltada às necessidades individuais e particulares de cada mulher, no processo da amamentação.

Sabe-se que os profissionais da Saúde estão inseridos numa rede de trabalho que tem exigências burocráticas e assistenciais. Há a necessidade de que a (o) enfermeira (o) não fique apenas nos serviços de saúde, realizando tarefas burocráticas. Ela deve compreender que para promover o aleitamento materno é necessário sair de sua sala, de trás de sua mesa de registros. É necessário que a mesma busque conhecimentos atuais sobre amamentação para subsidiar suas

ações do cuidado e que realmente se envolva e envolva sua equipe, comprometendo-se com o papel tão importante que possui no processo da amamentação.

Essa atitude da enfermeira é o primeiro passo para a promoção do aleitamento materno. Para isso é preciso que seja repensada a forma de acolher, acompanhar e de vivenciar a mulher na amamentação.

Cabe a todos os profissionais que estão no ensino e na formação de novos profissionais de saúde comprometerem-se a entender essa dimensão do cuidado desenvolvido no domicílio das mulheres. Entende-se que esse cuidado deva estar voltado ao contexto onde a mulher esteja inserida, valorizando e respeitando seus hábitos, crenças e conhecendo, a cada contato, a riqueza de conhecimentos populares que se adquire ao estar junto às pessoas, em seus próprios ambientes, não deixando de realizar atendimentos e seguindo programas existentes, mas acreditando que é possível melhorar o cuidado de enfermagem e a qualidade de vida dos seres humanos. Desse modo, estar-se-á desenvolvendo o cuidado solidário com olhar sensível e ao mesmo tempo desafiador ao profissional que está iniciando sua caminhada no cuidado à saúde da mulher.

Faz-se necessário proporcionar novas alternativas de atividades práticas ao aluno de Enfermagem na área da Saúde da mulher, saindo do atendimento dentro de instituições hospitalares e ambulatoriais para chegar ao conhecimento do ambiente doméstico que é vasto e riquíssimo. Devem buscar as gestantes e puérperas faltosas às consultas, realizando a própria consulta no seu ambiente, tendo, desse modo, o acompanhamento completo da puérpera seu bebê e toda sua família, fazendo uma abordagem de forma holística dentro do contexto sócio-cultural em que a mesma está inserida.

Muitos estudos trazem que a amamentação é um ato instintivo e natural mas, que deve ser aprendido, valorizado e acompanhado.

Mesmo sendo o primeiro, o segundo ou o terceiro filho, a amamentação apresentou-se para a mulher como uma prática que precisa ser aprendida e esta pratica esta carregada de saberes populares que estão arraigados nas crenças, hábitos, costumes de familiares.

As práticas utilizadas pelas puérperas foram muito curiosas e interessantes, mas podem vir a prejudicar o processo de amamentação, levando muitas vezes até a uma complicação mais séria devido aos produtos usados durante, por exemplo, o tratamento de uma fissura. Pôde-se, perceber, também que em alguns momentos a puérpera ficava muito confusa diante de muitas práticas que os familiares lhe ensinavam. Quase sempre a puérpera adota a prática do cuidado de dentro de sua família, deixando de seguir as orientações recebidas dos profissionais, nas maternidades onde tiveram seus filhos. Em outras situações ficam tentando comparar os ensinamentos dos profissionais com as práticas seguidas pelos familiares.

Outro fator que se observou durante o estudo é que a amamentação fica como responsabilidade materna, da qual o esposo, companheiro, pai, pouco participam e apóiam. Notou-se uma tendência de mudança em alguns pais jovens, que demonstraram interesse em saber como ajudar a mãe de seus filhos a amamentar e solucionar os problemas mamários por elas enfrentados nesse período. A maioria das puérperas, tinha o aprendizado da prática do cuidado junto com seus familiares, geralmente as mães, cunhadas, vizinhas muito próximas, mas sempre no aprendizado com outras mulheres e não com homens.

Os pais que acompanharam ficaram muito satisfeitos em perceber o interesse do profissional em ajudar e também de inclui-los nas orientações de cuidados prestados e realizados com as suas esposas e seus filhos; obteve-se sempre receptividade com tranquilidade e eles acompanhavam as orientações e intervenções executadas. Hoje ainda se percebe que o homem é pouco incluído na realização de cuidados de saúde, especialmente com a mulher gestante e puérpera e seu recém-nascido.

Todos os familiares envolvidos, além do pai especialmente as avós maternas, foram muito receptivas às orientações e ao acompanhamento prestado pela pesquisadora.

As práticas utilizadas ficaram bastante evidentes. São muito respeitadas e perpassam de geração a geração. A família transmite suas práticas para a nutriz. A família acredita que o que foi bom para outros membros, não vai ser necessário mudar e deve ser mantido nas demais gerações. O aprendizado nas práticas domiciliares oriundos de familiares, amigos, vizinhos é muito utilizado principalmente relacionado ao alívio da dor da mama puerperal. As práticas todas estavam voltadas para que a dor desaparecesse e então se retomasse a amamentação.

Além dos profissionais de ensino prepararem seus alunos no atendimento domiciliar, se faz necessário uma mudança na forma de assistir a mulher no pré-natal. No que tange ao acesso ao pré-natal não foi um fator relevante, mas sim em relação a como se deu o atendimento das gestantes.

O que chamou a atenção foi que apenas uma das puérperas entrevistadas obteve informações sobre aleitamento materno durante a gestação no seu pré-natal.

As implicações da assistência do pré-natal envolvem problemas políticos, socioeconômicos e culturais, mas não justificam a prestação de uma assistência despersonalizada. É preciso que os profissionais que realizam o pré-natal melhorem em todos os aspectos de acesso, acolhimento, qualidade e resolutividade. E o façam de forma que haja um reconhecimento da autonomia da mulher como ser humano, respeitando seus direitos, suas necessidades e individualidades.

A amamentação é um verdadeiro desafio para a mulher. É preciso reconhecer que a amamentação só acontecerá de forma progressiva se a mulher tiver conhecimento e envolvimento com o tema, juntamente com seus familiares. A mulher gestante não é um ser isolado, está inserida em um meio social. E esse meio social deve ser conhecido e integrado, direcionando as orientações e ações educativas.

Para que isso aconteça é fundamental que haja comunicação adequada e de forma consciente. Se os profissionais chamarem a gestante pelo nome, preocuparem-se em usar vocabulário adequado a cada uma delas, de acordo com seu repertório, tendo em mente que cada gestante é oriunda de uma cultura, possivelmente estarão prestando um atendimento de pré-natal personalizado e individualizado, facilitando, com isso, a forma de abordagem para o preparo da mesma para a amamentação. Não se deve esquecer que o pré-natal só se encerra com a consulta puerperal, onde é possível detectar as principais intercorrências da amamentação nas primeiras semanas do puerpério e, de preferência, em seu domicílio.

Além dos profissionais de saúde estarem envolvidos com a amamentação, existe a questão de aperfeiçoamento e capacitação sobre o aleitamento materno, para que possam orientar os cuidados sem utilizar condutas que já estão

ultrapassadas, de décadas atrás. Sabe-se que esta capacitação não depende exclusivamente dos profissionais de saúde, mas sim do gestor público. Faz-se necessária a pactuação entre Estados e Municípios e o compromisso dos gestores em adotar uma agenda voltada para a melhoria da assistência à mulher e a criança, reforçando ações juntamente com o Ministério da Saúde, facilitando e assumindo o compromisso de capacitação dos profissionais multidisciplinares. O mesmo precisa assumir a promoção do aleitamento materno, possibilitando condições de trabalho e também financeira a esses profissionais. A promoção do aleitamento materno deve ser vista como uma ação prioritária para a melhoria da saúde e da qualidade de vida das crianças e suas famílias; ações de base comunitária.

Essa pesquisa teve como desafio intervir para a resolução dos problemas mamários encontrados e foi possível fazê-lo seguindo as orientações que o Ministério da Saúde preconiza quando do surgimento dos mesmos, sem haver a necessidade de buscar tecnologias avançadas.

A partir deste estudo fica um apelo aos profissionais de saúde para que apoiem e se envolvam com as formas adequadas de praticar a amamentação, e que não se deixem confundir pelo que denominam pressões econômicas, culturais e políticas, que existem sobre alimentação infantil. Promover a amamentação, colocar o tema na agenda dos meios de comunicação de massa e como parte normal da vida da família e da sociedade é o que a pesquisadora sugere para que se tenha um maior número de crianças amamentadas exclusivamente ao seio materno, até pelo menos seis meses de idade.

Além desse apelo, pretende-se divulgar junto às equipes de saúde das instituições envolvidas os resultados desta pesquisa, sugerindo um modo de atender a gestante no seu pré-natal de forma diferenciada e voltada ao seu contexto,



discutindo, dessa forma propostas efetivas de atendimento. Implementar a visita domiciliar junto aos acadêmicos do Curso de Enfermagem na disciplina de Saúde da mulher, envolvendo os profissionais da rede básica dos serviços existentes. Conhecendo as práticas de cuidados de saúde das puérperas estar-se-á implementando um cuidado voltado a essa mulher proporcionando assim, um cuidado humanizado e solidário. Só a informação ou educação, não basta para que as mulheres tenham sucesso em sua experiência de amamentar, ou fiquem motivadas para fazê-lo, precisa-se repensar um meio de todas as puérperas receberem acompanhamento em nível domiciliar.

Este trabalho pretende servir de subsídio para um atendimento de enfermagem mais qualificado e humanizado, com a valorização do contexto em que as puérperas vivem. Para isso, conhecendo as práticas de saúde das puérperas, pensa-se estar propiciando à enfermagem um processo educativo voltado para as expectativas do cuidado domiciliar, tendo na enfermeira um agente de mudanças, com ação reflexiva e de forma participativa.

## REFERÊNCIAS

- BALBACH, A. **As plantas que curam**. 2. ed. São Paulo: Missionária, 1997. 296 p.
- BARUFFI, L. M. **O cuidado cultural à gestante**. Passo Fundo: UPF, 2004. 179 p.
- BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2001. 199 p. il.
- BONILHA, A. L. L. **Criança miúda: o cotidiano do cuidar no contexto familiar**. 1997.150 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.
- BRASIL. **Prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal**. Brasília, DF, 2001a. 38 p.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manual do curso de 18 horas para equipes de maternidades**. Brasília, DF: UNICEF, 2003. 71p.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Área da Saúde da Criança. **Manual de capacitação de equipes de unidades básicas de saúde na iniciativa unidade básica amiga da amamentação. (IUBAAM)**. Brasília, DF, 2003b. Curso de 24 horas elaborado por Maria Inês Couto de Oliveira *et al.* Não publicado.
- \_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, DF, 2001b. 199 p. il.
- \_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 2, n. 1, p. 69–71, jan./abr. 2002.
- CAMPESTRINI, S. **Aleitamento materno e alojamento conjunto: como fazer?** 3. ed. São Paulo: IBRASA, 1992. 163 p.
- CANDIDO, L. C. **Nova abordagem no tratamento de feridas**. São Paulo: SENAC, 2001. 282 p.
- CARRARA, D. **Possangaba: o pensamento médico popular**. Rio de Janeiro: Ribro Soft, 1995. 257 p.
- CIANCIARULLO, T. I. Compreendendo a família no cenário de uma nova estratégia de saúde. *In*: CIANCIARULLO, T. I. *et al.* (ORG). **Saúde na família e na comunidade**. São Paulo: Robe, 2002. 398 p.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e código de ética dos profissionais de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 out. 1996, p. 21082-21085.

DUBEUX, L. S. *et al.* Incentivo ao aleitamento materno: uma avaliação das equipes de saúde da família do município de Olinda, Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 4, n. 4, p. 399–404, out./dez. 2004.

FRIEDMAN, M. **Family nursing theory and assessment**. 4. ed. New York: Appleton–Century–Crofts, 1998. 675 p.

GARCIA, J. P. O. *et al.* **Práticas alternativas de prevenção e controle das doenças dos bovinos**. Porto Alegre: EMATER-RS, 2001. 46 p. il.

GIUGLIANI, E. R. J. O aleitamento materno na prática clínica. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 76, supl. 3, p. s238–s252, dez. 2000.

\_\_\_\_\_. Aleitamento materno: aspectos gerais. *In:* DUNCAN, B. B. *et al.* **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2004a. 1600 p. il. p. 219-231.

\_\_\_\_\_ Aleitamento materno: principais dificuldades e seu manejo. *In:* DUNCAN, B. B. *et al.* **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2004b. 1600 p. il. p. 232–239.

GIUGLIANI, E. R. J. Falta embasamento científico no tratamento dos traumas mamilares. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 3, p. 197–198, 2003.

\_\_\_\_\_. Problemas comuns na lactação e seu manejo. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v. 80, supl. 5, p. s147–s154, 2004d.

\_\_\_\_\_ *et al.* Aleitamento materno: uma contribuição científica para a prática do profissional de saúde. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, supl. 5, p. s117–s118, 2004.

GOGIA, P. P. **Feridas: tratamento e cicatrização**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003. 192 p.

GOLDIM, J. R. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Dacasa, 2000. 180 p.

GONÇALVES, A. C. **Crenças e práticas da nutriz e seus familiares no aleitamento materno**. 2001. 138 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

KING, F. S. **Como ajudar as mães a amamentar**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1994. 177 p.

- LANA, A. P. B. **O livro de estímulo a amamentação:** uma visão biológica, fisiológica, comportamental de amamentação. São Paulo: Atheneu, 2001. 423 p.
- LAWRENCE, A . R. **La lactancia materna:** un guía para la profesión médica 4. ed. Mosloy, 1996. 892 p.
- LORENZI, H. *et al.* **Plantas medicinais no Brasil:** nativas e exóticas. São Paulo: Nova Odessa, 2002. 512 p.
- MARCON, S. S.; ELSEN, I. **A Enfermagem com um novo olhar... a necessidade de enxergar a família.** Rev. Família, Saúde e Desenvolvimento, Curitiba, v. 1-2, p. 21-26, jan/dez. 1999.
- MARQUES, P. F.; FERREIRA, S. L. Práticas de saúde dirigidas à mulher realizadas por agentes comunitários de saúde em domicílio. **Texto e Contexto:** Enfermagem, Florianópolis, v. 12, n. 2, p. 158–165, abr./jun. 2003.
- MATOS, F. J. A. **Farmácias vivas :** sistemas de utilização de plantas medicinais projetado para pequenas comunidades. Fortaleza: EUFC, 1994. 179 p.
- MONETTA, L . Uso da papaína nos curativos feitos pela enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 40, n. 1, p. 66-73, jan./mar. 1987.
- NAKANO, A. M. S. *et al.* A prática do aleitamento materno em um grupo de mulheres brasileiras: movimento de acomodação e resistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 3, p. 69–76, jul. 1999.
- NOVAK F. R. *et al.* Casca de banana: uma possível fonte de infecção no tratamento de fissuras mamilares. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 3, p. 221–226, 2003.
- OLIVEIRA, M. I. C. *et al.* **Manual de capacitação de equipes de unidades básicas de saúde na iniciativa unidade básica amiga da amamentação:** curso de 24 horas. Brasília, D.F: Ministério da Saúde, 2003.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Proteção e apoio ao aleitamento materno:** o papel dos serviços materno-infantis: o papel especial dos serviços materno-infantis: declaração conjunta OMS / UNICEF. Genebra: UNICEF, 1989. 32 p.
- PANIZZA, S. **Plantas que curam:** cheiro de mato. São Paulo: IBRASA, 1997. 279 p.
- PESSINI, L. Prefácio. *In:* SILVA,M. J. P. **Comunicação tem remédio:** a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo, LOYOLA, 2002. 133 p. p. 9-11.
- POLIT, D. F.; BECK, C.T. ;HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem:** métodos, avaliação e utilização. 5 ed. Porto Alegre: ARTMED, 2004. 487p.

PRIMO, C. C. *et al.* A decisão de amamentar da nutriz: percepção de sua mãe. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 75, n. 6, p. 449–445, 1999.

RAMOS, C. V.; ALMEIDA, J. A. G. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 5, p. 385-390, set./out. 2003.

REA, M. F. A amamentação e o uso do leite humano: o que recomenda a Academia Americana de Pediatria. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 74, n. 3, p. 171-173, 1998.

REZENDE, M. A. *et al.* O processo de comunicação na promoção do aleitamento materno. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, p. 234-238, mar./abr. 2002.

ROWIE, A. *et al.* Muscle composition and acid profile in drylot or posture. **Meat Science**, Barking, v. 51, p. 238–288, 1999.

SCHIRMER, J. *et al.* **Assistência pré-natal**: manual técnico. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 2000. 66 p.

SERRUYA, S. J. *et al.* O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o programa de humanização do pré-natal e nascimento. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 4, n. 3, p. 269–279, jul./set. 2004.

SILVA, I. A. **Amamentar**: uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios. São Paulo: Robe, 1997. 257 p. il.

\_\_\_\_\_. *et al.* **Noções sobre o organismo humano e utilização de plantas medicinais**. 18. ed. Cascavel: Assoeste, 1995. 203 p. il.

\_\_\_\_\_. Enfermagem e aleitamento materno: combinando práticas seculares. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 362–369, dez. 2000.

SILVA, W. V. **A comunicação interpessoal entre os profissionais de saúde e gestantes na assistência pré-natal**: repercussões da gravidez no contexto cultural e emocional. São Paulo: Manole, 2002. 156 p.

SILVA, L. M. Efeitos benéficos da papaína no processo terapêutico de lesões de pele. *In*: JORGE, S. A.; DANTAS, S. R. P. E. (Org.). **Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas**. São Paulo: Atheneu, 2003. 378 p. p. 123-131.

SIMÕES, C. M. O. *et al.* **Plantas da medicina popular**: no Rio Grande do Sul. 5. ed. Porto Alegre: Ed. da Universidade/UFRGS, 1998. 173 p.

STEFANELLI, M. C. **Comunicação com paciente**: teoria e ensino. 2. ed. São Paulo: Robe, 1993. 200 p. il.

TANAKA, A. C. d'A. **Maternidade:** dilema entre nascimento e morte. São Paulo: HUCITEC, 1995. 108 p.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente:** uma modalidade convergente-assistencial. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1999. 126 p. il. (Enfermagem: REPENSUL).

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987. 175 p.

UNICEF. **Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno.** Genebra: OMS; 1989. 32 p.

VALDÉS, V; PÉREZ SÁNCHEZ, A.; LABBOK, M. **Manejo clínico da lactação:** assistência à nutriz e ao lactente. Rio de Janeiro: Revinter, 1996. 128 p. il.

VARELA, C. B. **Lactância materna:** guia profissional. Buenos Aires: Doyma Argentina, 1993. 153 p.

VINHA, V. H. **O livro da amamentação.** São Paulo: CLR Baliero, 2002. 91 p.

VÍTOLO, A. Z. *et al.* Conhecimentos e credices populares de puérperas na prática da amamentação. **Revista de Nutrição da PUCAMP**, Campinas, v. 7, n. 2, p. 132-147, jul./dez. 1994.

## APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**Pesquisa: Conhecendo as práticas do cuidado mamário no domicílio das puérperas**

Pesquisadora: Nelci Terezinha Zorzi

Orientadora: Dr<sup>a</sup> Ana Lucia de Lourenzi Bonilha

Eu , ....., fui informada, de forma clara e detalhada , sobre a pesquisa, que tem como objetivo: Conhecer as práticas do cuidado mamário no domicilio das puérperas e intervir para obter a resolução dos problemas.

Estou ciente de que as entrevistas serão gravadas em fitas cassetes, transcritas e degavadas ao final do estudo. E, que os dados fornecidos por mim serão utilizados para fins únicos de pesquisa, ficando minha identidade no anonimato e que a qualquer momento posso desistir da mesma, sem que isso traga prejuízo para mim e minha família. Estou ciente também que a pesquisadora realizará visitas domiciliares em horário de minha preferência a fim de me entrevistar e realizar acompanhamento para a resolução dos problemas mamários.

Data: Passo Fundo, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura da participante : \_\_\_\_\_

Assinatura da Pesquisadora: \_\_\_\_\_

Telefone para contato: Enf<sup>a</sup> Nelci: 3045 –4375 Dr<sup>a</sup> Ana Bonilha: (051) 3316 54

## APÊNDICE B – Roteiro para entrevista

### Instrumento para entrevista

Nome da puérpera:

Idade: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Grau de instrução: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Você já amamentou outras vezes? \_\_\_\_\_

1 – Quantos filhos você tem?

2 – O que você sabe sobre amamentação?

3 - Participou de grupo de gestantes, cursos ou palestras?

4 - Quais as informações obtidas nesses grupos sobre amamentação?

5 – O que você sabe sobre cuidados com as mamas para preparar para a amamentação?

6 – Você tem alguma experiência em relação a como amamentar?

7 – O que você achou mais fácil no ato de amamentar? E o que você achou mais difícil?

8 – Você está com algum problema neste momento?

9 – Como você está fazendo (posição, local, tempo, “pega” do bebê) para amamentar?

10 – O que você faz para tratar este problema na mama?

11 – Quem lhe ensinou este cuidado?



## APÊNDICE C - Diário de campo

### Diário de Campo

Puérpera \_\_\_\_\_

Visita nº \_\_\_\_\_

Nº da Observação	Data e hora	Tipo de problema mamário identificado	Prática de cuidado utilizada pela puérpera	Intervenção	Observações

## APÊNDICE D – Solicitação para realizar coleta de dados

Ilma<sup>a</sup> Sr<sup>a</sup> Secretaria de Saúde do município de Passo Fundo

Prezada Senhora,

Ao cumprimentá-la cordialmente, vimos através deste solicitar a sua permissão para desenvolvermos a pesquisa **Conhecendo as práticas do cuidado mamário no domicílio das puérperas**. Essa pesquisa será desenvolvida no Centro de Atenção Integral de Saúde Erwin Crussius, no bairro Hipica da cidade de Passo Fundo e no domicílio das puérperas que buscam atendimento neste serviço.

Esta pesquisa acadêmica faz parte do curso de Mestrado em Enfermagem que estou realizando junto a Universidade Federal do Rio grande do Sul.

O objetivo desta pesquisa é **Conhecer as práticas relacionadas aos problemas mamários no domicílio das puérperas e intervir para obter a resolução dos mesmos**.

Todas as puérperas serão informadas dos objetivos do estudo, terão seu anonimato garantido e assinarão consentimento informado, podendo desistir da participação no momento em que desejarem.

Certas de seu interesse em ações que possam beneficiar e qualificar o atendimento á saúde da comunidade, desde já agradecemos e aguardamos resposta.

Atenciosamente,

---

---

---

Dr<sup>a</sup> Ana Lúcia de Lorenzi Bonilha

Enf<sup>a</sup> Nelci T. Zorzi

**ANEXO**



UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO

DIVISÃO DE PESQUISA – VRPPG

Comitê de Ética em Pesquisa

CAMPUS I - Km 171 - BR 285, Bairro São José, Caixa Postal 611  
CEP 99001-970 Passo Fundo/RS - Fone (54) 316-8370 / Fax (54) 316-8372

**PARECER CONSUBSTANCIADO**

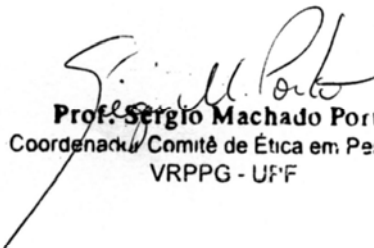
O Comitê de Ética em Pesquisa-UPF, reconhecido pela CONEP, em reunião no dia 27/10/2004, analisou o projeto: **Conhecendo as práticas do cuidado mamário no domicílio das puérperas**

Registro no CEP nº **456/2004** do Pesquisador **Nelci Terezinha Zorzi**

**Aprovado** por estar em conformidade com a Res. 196/96 CNS.

O Pesquisador deve encaminhar Relatório Final ao Comitê de Ética em Pesquisa até 15/05/2005.

Passo Fundo, 27 de outubro de 2004.

  
**Prof. Sergio Machado Porto**  
Coordenador Comitê de Ética em Pesquisa  
VRPPG - UPF

