



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM – MODALIDADE
INTERINSTITUCIONAL UFSC/UFRN**

SIMONE PEDROSA LIMA

**O SIGNIFICADO DA EXPERIÊNCIA VIVIDA PARA O SER-
MULHER NA AMAMENTAÇÃO COM COMPLICAÇÕES
PUERPERAIS**

**FLORIANÓPOLIS
2015**

SIMONE PEDROSA LIMA

**O SIGNIFICADO DA EXPERIÊNCIA VIVIDA PARA O SER-
MULHER NA AMAMENTAÇÃO COM COMPLICAÇÕES
PUERPORAIS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem.

Área de concentração: Filosofia, Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Grupo de pesquisa: O cuidado em Enfermagem à Saúde da Mulher e do Recém-Nascido (GRUPESMUR).

Orientadora: Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos.

**FLORIANÓPOLIS
2015**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Lima, Simone Pedrosa

O significado da experiência vivida para o ser-mulher
na amamentação com complicações puerperais / Simone Pedrosa
Lima ; orientadora, Evangelia Kotzias Atherino dos
Santos - Florianópolis, SC, 2015.
244 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Enfermagem obstétrica. 3. Aleitamento
materno. 4. Complicação puerperal. 5. Fenomenologia. I.
Santos, Evangelia Kotzias Atherino dos . II. Universidade
Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem. III. Título.

SIMONE PEDROSA LIMA
**O SIGNIFICADO DA EXPERIÊNCIA VIVIDA PARA O SER -
MULHER NA AMAMENTAÇÃO COM COMPLICAÇÕES
PUERPORAIS**

Esta TESE foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de

DOUTOR EM ENFERMAGEM

e aprovada em 08 de maio de 2015, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, área de concentração: **Filosofia e Cuidado em Enfermagem e Saúde.**

Profª. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Banca examinadora

Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos
Presidente

Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann
Membro

Dra. Ana Izabel Jatobá de Souza
Membro

Dra. Jacileide Guimarães
Membro

Dra. Vitória Regina Petters Gregório
Membro

Dra. Jovanka Bittencourt Leite de Carvalho
Membro

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus amados filhos, André e Gabriel, sentido da minha existência. Obrigada pelo carinho e demonstrações de amor que foram tão presentes e essenciais nessa caminhada e por compreenderem minhas ausências do convívio familiar a fim de me dedicar à finalização do curso.

Ao meu esposo, Miquéias, pelo amor, compreensão, paciência e companheirismo, pois durante esse tempo demonstrou verdadeiramente o que é ser uma só carne, sorriu comigo nas vitórias e lutou ao meu lado nas batalhas. Amo, amo, amo vocês...

AGRADECIMENTOS

A Deus porque se hoje respiro é graças a sua infinita misericórdia. Tudo que sou e o que vier a ser passa pela permissão e bondade dele. A ele, portanto, sejam dadas a honra, a glória e o louvor para sempre.

Aos meus pais, Eliésio e Solange, que muito me ensinaram, com simplicidade repassaram lições de honestidade e perseverança nas dificuldades. Estiveram presentes nessa caminhada sempre me incentivando, compreendendo minhas ausências como filha e demonstrando cuidado e amor incondicional durante toda a minha vida. Obrigada também porque esse amor foi extensivo aos meus filhos, uma vez que me substituíram brilhantemente nas minhas ausências.

Às minhas irmãs, Diana e Ana Paula. Como é maravilhoso tê-las como minhas manas! Obrigada porque todas as vezes que recorri a vocês sempre me apoiaram, ajudando-me a caminhar e a acreditar que tudo daria certo. Obrigada pelas vezes que sorri e chorei com vocês, porque nesses momentos tudo ficava mais leve...

À minha orientadora, professora Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos, porque com sabedoria e humildade foi um diferencial na minha vida, ajudando-me a compreender a fenomenologia e a acreditar que seria capaz de finalizar essa etapa de minha vida. Obrigada pela paciência e dedicação frente as minhas limitações.

À minha amiga e irmã Claudia Dantas, incentivadora do meu caminhar e grande exemplo de dignidade, responsabilidade, respeito e amor. Muito obrigada porque você tem compartilhado comigo não apenas o doutorado, mas diversos momentos da minha existência.

Ao Bruninho, que apesar de ser um adolescente, transmite com seu olhar profunda paz, sendo um diferencial nessa caminhada nos momentos mais tensos.

Aos colegas das disciplinas do doutorado que compartilharam seus conhecimentos e dividiram essa vivência comigo, tornando-a mais rica, prazerosa e significativa. Em especial, agradeço à Claudia Dantas, Edilene Rodrigues, Maria Lúcia Macedo, Elisângela Franco e Laureana Medeiros.

À Enfermeira Mestre Edilene Rodrigues da Silva, Diretora da Escola de Enfermagem de Natal, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, que como gestora e educadora, esforçou-se em firmar os convênios entre as Universidades (UFSC e UFRN), oportunizando, assim, o curso de doutoramento para a equipe docente.

Aos sujeitos significativos deste estudo, o ser-mulher lactante com complicação puerperal, que compartilharam comigo suas vivências, permitindo-me finalizá-lo.

Aos membros da banca de qualificação: Profa Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann, Profa Dra Ana Izabel Jatobá de Souza, Profa Dra Maria de Fátima Motta Zampieri, por suas valiosas contribuições que foram importantes na construção dessa pesquisa.

Aos membros desta banca de defesa do doutorado: Profa Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann, Profa Dra Ana Izabel Jatobá de Souza, Profa Dra. Jacileide Guimarães, Profa Dra. Jovanka Bittencourt Leite de Carvalho, Profa Dra. Vitória Regina Petters Gregório, Profa Dra. Betina Hörner Schlindwein Meirelles, Dra. Haimee Emerich Lentz Martins, por contribuírem e por compartilharem seus saberes tornando este trabalho mais completo.

À coordenadora do programa de pós graduação da Universidade Federal de Santa Catarina, Profa Dra. Vania Marli Schubert Backes e a coordenadora do Doutorado Interinstitucional Profa Dra. Flavia Regina Souza Ramos pela forma comprometida e responsável que conduziram o curso.

Às coordenadoras locais do Doutorado Interinstitucional inicialmente Profa Dra. Francis Solange Vieira Tourinho e posteriormente Profa Dra. Jovanka Bittencourt Leite de Carvalho por serem facilitadoras desta trajetória.

Aos colegas do Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém- Nascido- GRUPESMUR, pelo incentivo e carinho.

Aos colegas do Hospital Universitário Ana Bezerra e docentes da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte pelo coleguismo e as palavras de incentivo, que foram tão valiosas nos momentos oportunos.

E a todos/ todas que diretamente ou indiretamente contribuíram para a realização desta pesquisa.

LIMA, Simone Pedrosa. **O significado da experiência vivida para o ser-mulher na amamentação com complicações puerperais**. 2015. 242 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

Orientadora: Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos

Linha de Pesquisa: O cuidado em Enfermagem à Saúde da Mulher e do Recém-Nascido.

RESUMO

Estudo com abordagem qualitativa, tendo como referencial teórico-filosófico a fenomenologia da percepção de Maurice Merleau-Ponty e referencial teórico-metodológico a fenomenologia hermenêutica de Max Van Manen. A questão de pesquisa que norteou o estudo foi: Qual o significado da experiência vivida para o ser-mulher na amamentação com complicações puerperais? Teve como objetivo compreender o significado da experiência vivida para o ser-mulher na amamentação com complicações puerperais. As descrições experienciais foram obtidas em duas maternidades públicas no Nordeste do País, no período de fevereiro a outubro de 2014, através de entrevistas não estruturadas com vinte e oito puerperas. Para a análise, foram seguidas as orientações de Van Manen adaptadas por Santos, que constou das seguintes etapas: leitura exhaustiva do material; análise temática; constituição das unidades temáticas e convergência entre as unidades temáticas, sendo identificados os temas essenciais. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo parecer substanciado de número 485.322, do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina. A tese contempla três manuscritos. O primeiro constituiu-se numa revisão integrativa de literatura que objetivou identificar a contribuição das pesquisas desenvolvidas sobre o conhecimento científico, produzido no âmbito nacional e internacional, acerca da percepção das mulheres quanto à prática do aleitamento materno, evidenciando e discutindo as semelhanças e diferenças, a fim de gerar um panorama sobre a temática. A busca dos artigos ocorreu nas bases de dados MEDLINE, LILACS, BDENF, PubMed, Central: PMC e CINAHL, no período de 2008 a 2012, sendo selecionados e analisados 22 artigos no período de 2000 a 2012, que atenderam aos critérios de inclusão. Os resultados apontam aspectos acerca da percepção das

mulheres em relação à amamentação, que podem contribuir para a elaboração de recomendações com vistas a assistir a nutriz numa perspectiva que vai além da técnica, respeitando as percepções, significados e práticas atribuídas à amamentação pelas mulheres. Os demais manuscritos, em número de dois, são resultantes da pesquisa de campo. Por conseguinte, o segundo manuscrito objetivou compreender o significado da experiência vivida para o ser-mulher na amamentação com complicações puerperais. A análise das descrições experienciais expressas nos discursos do ser-mulher, mostra que o significado compreendido como central foi: Amamentar é mais importante do que a situação vivenciada na complicação puerperal. Emergiram ainda dois temas essenciais que convergem para o significado central, a saber: Percebendo o apoio da família e Sentimentos percebidos ao vivenciar a amamentação com complicação. Os resultados revelaram que a amamentação vivenciada pelo ser-mulher com complicação puerperal é composta por um conjunto de significados, oriundos de um corpo que não possui apenas a faceta do biológico, mas de um corpo que existe a partir de sua inserção no mundo, nas relações estabelecidas consigo e com os outros. Ao valorizar os significados descritos pelo ser-mulher, os profissionais de saúde e, particularmente os de enfermagem, que prestam cuidados diuturnamente, poderão proporcionar um cuidado permeado pela integralidade, contrapondo-se à visão fragmentada do pensamento cartesiano. O terceiro manuscrito se propôs compreender os significados atribuídos pelo ser-mulher que amamenta com complicações puerperais ao cuidado prestado pela equipe de saúde. Das descrições experienciais emergiram três temas essenciais, a saber: Percebendo o relacionamento estabelecido com a equipe; Percebendo as intervenções terapêuticas e Percebendo dificuldades em relação à gestão da maternidade. O estudo aponta caminhos que poderão ser trilhados pelos profissionais de saúde na busca de um cuidado integral que contemple a mulher no seu mundo vivido, considerando-a como um ser único, que possui necessidades e expectativas voltadas àquele momento singular de sua história. Concluo que as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno ao ser-mulher com complicação puerperal devem ultrapassar a dimensão do biológico e do tecnicismo, a fim de contemplá-la na sua singularidade e cotidiano vivencial com vistas à redução do desmame precoce e consequentemente da mortalidade infantil, mitigando a lacuna do que é preconizado pelas políticas públicas e o que de fato ocorre na prática.

Palavras-chave: Enfermagem obstétrica. Aleitamento materno. Complicação puerperal. Cuidado. Fenomenologia.

LIMA, Simone Pedrosa. **The meaning of the experience lived by breastfeeding women with puerperal complications.** 2015. 242 f. Thesis (Doctorate in Nursing) - Programme of Postgraduate in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

Advisor: Professor Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos, PhD.

Research line: The Health Nursing Care for Women and Newborns.

ABSTRACT

A qualitative study, with the Maurice Merleau-Ponty phenomenology of perception as its theoretical reference and the hermeneutic phenomenology of Max Van Manen for its theoretical and methodological framework. The guiding question for the study was: What is the meaning of the breastfeeding experience for women with puerperal complications? Its aim was to understand the meaning of the real-life experience of women with puerperal complications during breastfeeding. The experiential descriptions were obtained in two public hospitals in the northeast of Brazil in the period from February to October 2014, through unstructured interviews with twenty-eight postpartum mothers. Analysis followed the Van Manen guidelines adapted by Santos, involving the following steps: exhaustive reading of the material; thematic analysis; establishment of thematic units and convergence of thematic units, from which the key issues were identified. The research project was approved by the Federal University of Santa Catarina's Ethics Committee on Human Research under opinion number 485,322. The thesis has three manuscripts. The first consisted of an integrative literature review aimed at identifying the contribution of the developed research on the scientific knowledge about the perception of women regarding breastfeeding produced at the national and international level, showing and discussing the similarities and differences, to generate an overview of the topic. The search for articles took place from 2008 to 2012, using the databases MEDLINE, Pub/Med, LILACS, BDNF, PubMed Central: PMC and CINAHL, with 22 articles from 2000 to 2012 that met the inclusion criteria being selected and analysed. The results show aspects about women's perception regarding breastfeeding, which can contribute to the development of recommendations in order to assist the nurse in a perspective that goes beyond technique, respecting the perceptions, meanings and practices attributed to breastfeeding women. The other

two manuscripts are the results of field research. Consequently, the second manuscript aimed to understand the meaning of the real-life experience of the woman with puerperal complications in breastfeeding. The analysis of experiential descriptions expressed in the women's speeches shows that the core meaning was understood as: Breastfeeding is more important than the situation experienced in puerperal complications. Two other key issues emerged which converge to the core meaning, namely: Realizing family support and Feelings perceived during breastfeeding complications. The results showed that breastfeeding experienced by women with puerperal complications is composed of a set of meanings, originating from a body that not only has a biological facet, but a body that exists within the world, within the established relationships with themselves and others. By valuing the meaning described by women, health professionals and particularly nurses, who provide continuous care, may provide a more complete care in contrast to the fragmented view of Cartesian thought. The third manuscript proposes to understand the meanings attributed by the woman with puerperal complications who breastfeed to the care provided by the health team. From the experiential descriptions, three main themes emerged, namely: Perceiving the relationship established with the team; Perceiving therapeutic interventions, and Perceiving difficulties related to maternity management. The study shows ways that can be followed by health professionals in search of a comprehensive care that addresses the woman in her real world, considering her as a unique being with needs and expectations specific to that singular moment in her life. I conclude that the promotional, protective and supporting actions in breastfeeding for women with postpartum complications should exceed those of biological and technical, in order to see her in her uniqueness and every-day experience with a view to reducing early weaning, and consequently infant mortality, mitigating the gap between what is recommended by public policies and what actually occurs in practice.

Keywords: Obstetrical nursing. Breastfeeding. Puerperal complications. Care. Phenomenology.

LIMA, Simone Pedrosa. **El significado de la experiencia vivida por el ser-mujer en lactancia con complicaciones del puerperio**. 2015. 242 f. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Programa de Postgrado en Enfermería de la Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

Director: Dra. Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos

Línea de Investigación: El Cuidado de Enfermería para la Salud de la Mujer y del Recién Nacido.

RESUMEN

Estudio cualitativo, teniendo como referencia teórica la fenomenología de la percepción de Maurice Merleau-Ponty y como marco teórico y metodológico a la fenomenología hermenéutica de Max Van Manen. La pregunta de investigación que orientó el estudio fue: ¿Qué dice la experiencia vivida por la mujer en lactancia con complicaciones puerperales? Su objetivo fue comprender el significado de la experiencia vivida por el ser-mujer en lactancia con complicaciones del puerperio. Las descripciones experimentales se obtuvieron en dos hospitales públicos en el noreste del país, en el período de febrero a octubre de 2014, a través de entrevistas no estructuradas con veintiocho púérperas. Para el análisis, se han seguido las directrices de Van Manen adaptadas por Santos, que involucró a los siguientes pasos: lectura exhaustiva del material; análisis temático; establecimiento de unidades temáticas y convergencia de las unidades temáticas, identificándose las cuestiones clave. El proyecto de investigación fue aprobado por el informe consolidado número 485.322, del Comité de Ética en Investigación en Seres Humanos de la Universidad Federal de Santa Catarina. La tesis tiene tres manuscritos. El primero consistió en una revisión integrativa de la literatura cuyo objetivo fue identificar la contribución de la investigación desarrollada en el conocimiento científico producido en el ámbito nacional e internacional, sobre la percepción de las mujeres con respecto a la lactancia materna, demostrando y discutiendo las similitudes y diferencias, para componer una visión general del tema. La búsqueda de artículos se produjo en las bases de datos MEDLINE, Pub/Med, LILACS, BDNF, PubMed, Central: PMC y CINAHL, de 2008 a 2012. Fueron seleccionados y analizados 22 artículos desde 2000 a 2012, que reunieron los criterios de inclusión. Los resultados muestran aspectos acerca de la percepción de las mujeres relacionados con la lactancia materna, que pueden contribuir al desarrollo de recomendaciones con el fin de ayudar a la madre lactante en una

perspectiva que va más allá de la técnica, respetando las percepciones, significados y prácticas atribuidas a la lactancia por las mujeres. Los otros manuscritos, en número de dos, son el resultado de la investigación de campo. Por lo tanto, el segundo manuscrito es dirigido a entender el significado de la experiencia vivida por el ser-mujer en lactancia con complicaciones del puerperio. El análisis de las descripciones experienciales expresadas en los discursos de las mujeres, muestra que el significado que se entiende como central es: La lactancia materna es más importante que la situación vivida en las complicaciones puerperales. Surgieron dos cuestiones clave que convergen con el significado central, a saber: Dándose cuenta del apoyo de la familia y Sentimientos percibidos en la experiencia de lactancia materna con complicaciones. Los resultados revelaron que la lactancia materna de las mujeres con complicaciones posparto se compone de un conjunto de significados, viniendo de un cuerpo que no es sólo la faceta biológica, sino un cuerpo que existe por su inserción en el mundo, en las relaciones que se establecen con ellos mismos y los demás. Al valorar el significado descrito por las mujeres, los profesionales de la salud y en especial los de enfermería, quienes proveen cuidado continuamente, pueden proporcionar cuidado traspasado por la integridad, en contraste con la visión fragmentada del pensamiento cartesiano. El tercer manuscrito se propuso a comprender los significados atribuidos por el ser-mujer en lactancia con complicaciones del puerperio a la atención recibida por el equipo de salud. Tres temas principales surgieron de las descripciones experienciales, a saber: Realizando la relación que se establece con el equipo; Realizando las intervenciones terapéuticas y Realizando las dificultades relacionadas con la gestión de la maternidad. El estudio muestra caminos que pueden seguir los profesionales de salud en busca de una atención integral que aborde la mujer en su mundo real, considerándola como un solo ser, que tiene necesidades y expectativas centradas a ese singular momento de su historia. Mi conclusión es que las acciones de promoción, protección y apoyo de la lactancia materna para el ser-mujer en lactancia con complicaciones del puerperio deben exceder las dimensiones biológica y técnica para contemplarla en su singularidad y experiencia cotidiana con el fin de reducir el destete precoz y en consecuencia la mortalidad infantil, mitigando la brecha entre lo recomendado por las políticas públicas y lo que realmente ocurre en la práctica.

Palabras clave: Enfermería obstétrica. Lactancia materna. Complicaciones puerperales. Cuidado. Fenomenología.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
ENPACS – Estratégia Nacional para a Alimentação Complementar Saudável
GRUPESMUR – Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém- Nascido
HUAB- Hospital Universitário Ana Bezerra
IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IHAC – Iniciativa Hospital Amigo da Criança
MEJC – Maternidade Escola Januário Cicco
OMS – Organização Mundial da Saúde
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNAM – Política Nacional de Aleitamento Materno
PNAN – Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTI – Unidade de Tratamento Intensivo
WHO – World Health Organization

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1 –	Esquema I – O emergir da temática	30
Quadro 1 –	Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa	37
Quadro 2 –	Exemplo de análise estrutural das descrições experienciais – ser-mulher que amamenta com complicações puerperais	114
Figura 2 –	Esquema II- O caminho metodológico	124

SUMÁRIO

1	O EMERGIR DA TEMÁTICA: DAS PRÉ-REFLEXÕES À QUESTÃO NORTEADORA E OBJETIVO DO ESTUDO	21
2	REVISÃO DA LITERATURA	31
2.1	MANUSCRITO 1 - PERCEPÇÃO DE MULHERES QUANTO À PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	32
3	EM BUSCA DE UMA ILUMINAÇÃO TEÓRICO-FILOSÓFICA: A FENOMENOLOGIA DA PERCEPÇÃO DE MERLEAU-PONTY COMO REFERENCIAL	57
3.1	NOTAS INTRODUTÓRIAS SOBRE A FENOMENOLOGIA	57
3.1.1	Origem e principais teses da fenomenologia	57
3.1.2	Breve biografia e principais obras de Merleau-Ponty	61
3.2	A FENOMENOLOGIA DA PERCEPÇÃO	64
3.2.1	A percepção como uma experiência corporal	64
3.2.2	O campo fenomenal	68
3.2.3	O corpo e sua inserção no mundo	70
3.2.3.1	A espacialidade do corpo próprio e a motricidade	70
3.2.3.2	O corpo como expressão e fala	77
3.2.4	O mundo percebido	82
3.2.4.1	O mundo percebido e o sentir	83
3.2.4.2	O mundo percebido e o espaço	87
3.2.4.3	Outrem e o mundo humano	96
4	CAMINHO METODOLÓGICO	103
4.1	MAX VAN MANEN E AS CONCEPÇÕES DA FENOMENOLOGIA QUE LHE DERAM SUSTENTAÇÃO	104
4.2	VOLTANDO-ME PARA A EXPERIÊNCIA VIVIDA: SELECIONANDO O FENÔMENO DE INTERESSE, A PERSPECTIVA, O CONTEXTO DO ESTUDO E OS SUJEITOS SIGNIFICATIVOS	105
4.2.1	Selecionando o fenômeno de interesse	105
4.2.2	Selecionando a perspectiva de estudo do fenômeno: algumas pontuações	106
4.2.3	Selecionando o contexto da pesquisa	106
4.2.4	Selecionando os sujeitos significativos da pesquisa	108

4.3	INVESTIGANDO A EXPERIÊNCIA VIVIDA: A ENTRADA NO CONTEXTO DO ESTUDO E A OBTENÇÃO DAS DESCRIÇÕES EXPERIENCIAIS	109
4.3.1	A entrada no contexto do estudo	109
4.3.2	A obtenção das descrições experienciais	110
4.4	DESCREVENDO O PROCESSO DA ANÁLISE FENOMENOLÓGICO-HERMENÊUTICA DA EXPERIÊNCIA VIVIDA	112
4.5	DESENVOLVENDO UMA ESCRITA FENOMENOLÓGICA-HERMENÊUTICA	121
4.6	MANTENDO UMA RELAÇÃO FORTE E ORIENTADA PARA O FENÔMENO	122
4.7	EQUILIBRANDO O CONTEXTO DA PESQUISA: CONSIDERANDO AS PARTES E O TODO	122
4.8	DESCREVENDO OS COMPONENTES ÉTICOS DO ESTUDO	123
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	125
5.1	O SER DO FENÔMENO: CONHECENDO OS SUJEITOS SIGNIFICATIVOS DO ESTUDO	125
5.1.1	Características sociodemográficas	127
5.2	O SER DO FENÔMENO: ABORDAGEM DETALHADA.	125
5.2.1	Manuscrito 2 - Desvelando o significado da experiência vivida para o ser-mulher na amamentação com complicações puerperais	154
5.2.2	Manuscrito 3 – O cuidado prestado pela equipe de saúde à mulher que amamenta com complicação puerperal: desvelando significados	178
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	205
	REFERÊNCIAS	213
	APÊNDICE A – PROTOCOLO PARA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	223
	APÊNDICE B – ROTEIRO GUIA PARA A ENTREVISTA	229
	APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	231
	APÊNDICE D – CARTA DE APRESENTAÇÃO DO ESTUDO	235
	APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO	237
	ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	239
	ANEXO B - INSTRUÇÃO NORMATIVA 10/PEN/2011.	243

1 O EMERGIR DA TEMÁTICA: DAS PRÉ-REFLEXÕES À QUESTÃO NORTEADORA E OBJETIVO DO ESTUDO

A mortalidade infantil é um aspecto relevante da saúde pública, e combatê-la é um dos compromissos assumidos pelo Brasil. Assim sendo, entre 1990 a 2007 a taxa de mortalidade infantil no Brasil apresentou queda, passando de 47,1/1.000 nascidos vivos em 1990 para 19,3/1.000 em 2007, com um declínio médio de 59,0%. Em 2013, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a taxa de mortalidade infantil foi de 15,02 para cada mil nascidos vivos. Apesar da redução, os níveis atuais ainda são considerados altos e incompatíveis com o desenvolvimento do País. O declínio da mortalidade infantil no Brasil é resultado de um conjunto de ações, em particular o aumento das taxas de amamentação, pois, em todo o mundo, o aleitamento materno é considerado a estratégia isolada de maior impacto na redução da mortalidade, podendo evitar até 13% das mortes por causas evitáveis em menores de cinco anos (BRASIL, 2012b; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013).

Por conseguinte, o aleitamento materno é de fundamental importância para a mãe, a criança e a sociedade, devendo ser sempre incentivado e protegido. Constitui-se em uma sábia estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança, gerando um grandioso impacto na promoção da saúde integral para a dupla, mãe/bebê. Destarte, essa prática também gera benefícios na vida futura dos indivíduos, pois auxilia na redução de doenças crônicas como hipertensão, diabetes e obesidade, diminuindo o risco da mulher que amamenta em contrair câncer de mama e ovário, bem como de ter diabetes tipo II. Outras vantagens comprovadas cientificamente são apontadas para as mães, dentre elas o espaçamento das gestações, a involução uterina mais rápida no pós-parto e, sobretudo, o prazer único da mulher ao amamentar (UNICEF, 2008; BRASIL, 2010a; BRASIL, 2010b).

Estudo recente além de reafirmar a importância do aleitamento materno prolongado no impacto direto na inteligência humana, demonstra também, que os indivíduos amamentados por 12 meses ou mais quando comparados com aqueles amamentados por menos de um mês, apresentaram um aumento de renda em cerca de R\$ 300,00 ou 20% do nível de renda média, gerando impactos positivos tanto em nível individual como social (VICTORA et al., 2015).

Devido à importância comprovada cientificamente da amamentação e consequente redução dos índices de morbimortalidade infantil em todo o mundo, programas e políticas de incentivo ao aleitamento vêm sendo desenvolvidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), desde a década de 70. Em 1990, atendendo à Declaração de Innocenti, foi criada pela OMS e UNICEF a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) com o objetivo de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno através de mudanças nas rotinas e condutas das maternidades. Ao completar cerca de 25 anos de seu lançamento, essa iniciativa tem ascendido, contando atualmente com mais de 20 mil hospitais habilitados em 156 países no mundo, incluindo o Brasil (WHO, 1990; BRASIL, 2010b).

As mudanças no cenário do aleitamento materno em nosso País tiveram seu início a partir de 1981, com a implantação de uma política nacional específica, através da publicação da Portaria MS nº 42 e 198, que instituiu o Programa Nacional de Incentivo do Aleitamento Materno, culminando em reflexos positivos para a saúde da criança. Nos anos subsequentes, inúmeras iniciativas e legislações foram criadas, aprovadas e implementadas a fim de fortalecer o aleitamento materno no Brasil. Dentre essas destacamos: a Portaria INAMPS/MS nº 18 de 1983 que regulamentava a obrigatoriedade do sistema de alojamento conjunto nos hospitais públicos e conveniados; em 1988, aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes- NBCAL (Resolução nº 5); em 1988, através da Portaria MS nº 322 é aprovada a regulamentação para a instalação e funcionamento dos Bancos de Leite Humano. Salienta-se que houve nos últimos vinte anos outras publicações do Ministério da Saúde, visando ao aperfeiçoamento dessas normas e regulamentações, objetivando sempre proteger e incentivar a amamentação (BRASIL, 2011a).

Um marco na política de incentivo do aleitamento materno ocorreu em março de 1992, quando iniciou a implantação do IHAC no Brasil. Em 1994, através das Portarias MS nº 1.113 fica assegurado o pagamento de 10% a mais sobre a assistência ao parto, aos Hospitais Amigos da Criança vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS). No mesmo ano, a Portaria SAS/MS nº 155 institui diretrizes e normas do Hospital Amigo da Criança. Documento editado pelo ministério da saúde em 2010, afirma que havia naquele ano, 335 hospitais credenciados em todo o país (BRASIL, 2010b; BRASIL, 2011a).

No ano de 2000, foi elaborado um documento histórico para o novo século, intitulado de Declaração do Milênio das Nações Unidas, que reflete o compromisso assumido por 191 países, dentre eles o Brasil, em reduzir a mortalidade de crianças menores de 05 anos para dois terços até 2015. Em consonância, com esse objetivo, foi lançado em 2004 o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Esse pacto visava, dentre as estratégias propostas, a requalificação dos hospitais amigo da criança, intensificando os estímulos ao aleitamento materno (BRASIL, 2004; BRASIL, 2011b).

O Ministério da Saúde, por meio da agenda de compromissos, no ano de 2005, lançou o desafio de constituir uma rede única integrada de assistência à criança, apresentando linhas de cuidado integral, dentre elas a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Em 2006, após discussões ampliadas estabeleceu-se o Pacto pela Saúde, composto por três componentes a saber: Pacto pela vida; Pacto pela defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. Particularmente, o Pacto pela Vida reafirma a meta do governo brasileiro em reduzir a mortalidade infantil (BRASIL, 2004; BRASIL, 2011b).

Outras iniciativas mais recentes foram idealizadas pelo Ministério da Saúde, dentre elas destaca-se a Rede Cegonha e a Estratégia Amamenta Alimenta, inicialmente Rede Amamenta Brasil. A Rede Cegonha, considerada como uma estratégia inovadora foi instituída através da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 e possui como objetivo efetivar uma rede de cuidados para garantir às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011c).

Em outras palavras, a Rede Cegonha visa promover a prática de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, focando a atenção ao pré-natal, pré-parto, parto, pós-parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos 24 meses, bem como, estabelecer uma rede de atenção à saúde materna e infantil que garanta acesso, acolhimento, resolutividade e redução da mortalidade materna e infantil, através de quatro componentes, a saber: qualificação do pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança e, por último, o componente sistema logístico: transporte sanitário e regulação (BRASIL, 2011c).

A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil foi lançada em 2012 e surge como uma necessidade reconhecida pelo governo de se ter uma política nacional voltada para atenção básica, pois é nesse nível de

atenção que ocorre o maior contato da gestante, da puérpera e da lactante com o sistema de saúde. Apresenta como objetivo qualificar o processo de trabalho dos profissionais da atenção básica a fim de reforçar e estimular a promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável para crianças menores de dois anos no âmbito brasileiro. Para efetivação dessa iniciativa houve integração de duas ações importantes do Ministério da Saúde: a Rede Amamenta Brasil e a Estratégia Nacional para a Alimentação Complementar Saudável (ENPACS), que se uniram e formaram essa nova estratégia. A base legal adotada para a formulação da estratégia são políticas e programas já existentes como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), a Política Nacional de Aleitamento Materno (PNAM) e a Rede Cegonha (BRASIL, 2012b).

Os reflexos desses esforços foram constatados em pesquisas nacionais realizadas acerca da prevalência do aleitamento materno. Essas pesquisas tiveram por objetivos verificar a evolução dos indicadores de aleitamento materno e da alimentação complementar no período de 1999 a 2008, identificar grupos populacionais mais vulneráveis à interrupção da amamentação, como também avaliar as práticas alimentares saudáveis e não saudáveis. Os resultados demonstraram aumento da prevalência em menores de 4 meses, de 35,5% em 1999, para 51,2% em 2008. Entretanto, apesar da melhora considerável nos índices, a prática do aleitamento materno está muito aquém da recomendada, uma vez que a média do aleitamento materno exclusivo é de apenas 54,1 dias e o tempo mediano de aleitamento das crianças brasileiras entre 9 e 11 meses é de 341,6 dias (BRASIL, 2010b; BRASIL, 2012a).

As causas que contribuem para o desmame precoce são múltiplas e complexas, pois a amamentação é uma prática que desperta nas mulheres sentimentos tanto positivos como negativos, sendo um processo que vai além da fisiologia, pois depende das relações estabelecidas com o meio em que a mulher está inserida e do apoio que ela recebe diante das dificuldades vivenciadas. Nesse sentido, não basta apenas estar preparada nos aspectos técnicos relacionados à lactação, faz-se necessário também um olhar abrangente, sempre levando em consideração a multidimensionalidade que a comporta, incluindo os aspectos emocionais, a cultura familiar, a rede social de apoio à mulher, entre outros. É relevante que os profissionais reconheçam a mulher como protagonista do seu processo de amamentar, valorizando-a,

escutando-a, fortalecendo sua autoconfiança e empoderando-a (BRASIL, 2009).

Como enfermeira obstetra atuando na sala de parto e alojamento conjunto de um hospital universitário, observo que as mães ao iniciarem a amamentação, demonstram angústia por não saberem o que fazer com aqueles recém-nascidos que choram inquietos e que encontram dificuldades para mamar. Diante disso, aquele momento da amamentação, antes idealizado como algo tão simples, passa a ser uma atividade de extrema complexidade, exigindo muita dedicação, persistência e paciência, haja vista que se a mãe não tiver o apoio familiar e dos profissionais de saúde, além do desejo de amamentar, essa prática ocorre apenas enquanto ela se encontra no hospital/maternidade (em alguns casos não chega nem a acontecer) ou o desmame acontece nas primeiras semanas ou meses de vida da criança. São acrescentados a esse contexto as dúvidas e tabus dos familiares e nutrizes acerca do tema que infelizmente termina por influenciar negativamente o processo de lactação.

Somando-se ao desafio da lactação, a mulher no período puerperal experimenta várias modificações locais e sistêmicas que visam retornar a fisiologia desta ao período pré-gravídico. Inicia-se com a expulsão da placenta e das membranas ovulares e estende-se até o reinício dos ciclos menstruais. Essas transformações ocorrem não apenas em relação aos aspectos hormonais e genitais, mas no seu todo, não excluindo os aspectos emocionais (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2010; SÃO PAULO, 2010).

Especificamente nas questões emocionais, ressalta-se que essas são dinâmicas, sofrendo variações de intensidade e natureza, estando presentes as alterações do humor com labilidade emocional durante o curso do puerpério. Dentre os fatores mais comuns que contribuem para essas alterações estão o ajuste entre a imagem do filho ideal, construída durante a gestação, e o filho real; o desafio da relação entre a mãe e o filho construída de forma não verbal; a mulher comumente tem suas necessidades preteridas em privilégio do recém-nascido o que geralmente suscita ansiedade; alterações na libido, que são intensificadas pelas transformações físicas e podem gerar sentimentos de exclusão do companheiro levando à mulher uma preocupação adicional, e por fim a amamentação pode exigir muito da puérpera, produzindo a sensação de incapacidade, preocupações estéticas ou a ideia de ser uma etapa de dependência infinita na relação com seu filho (FROTA et al., 2008; SÃO PAULO, 2010; FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS

ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2010; ENGBRETSSEN et al., 2010; FORSTER; MCLACHLAN, 2010).

Sendo o puerpério um período delicado, a mulher torna-se suscetível a determinados agravos, tanto de origens endógenas quanto exógenas, denotando as complicações puerperais. Araújo e Reis (2012) afirmam que as principais complicações puerperais são: hemorragias pós-parto; infecções puerperais; alterações nas mamas lactantes; doenças tromboembólicas e transtornos psiquiátricos no pós-parto.

A hemorragia puerperal é definida e diagnosticada por um sangramento superior a 500 ml durante ou após a dequitação. Também estão presentes a hipotensão arterial, palidez cutânea, vertigens, inquietação e ansiedade, pulso fraco e rápido, sudorese fria e dispneia. As complicações mais importantes são: anemia, fadiga crônica, coagulação intravascular disseminada (CID), insuficiência renal, hepática e respiratória. As principais causas são atonia uterina e lacerações do trajeto (ARAÚJO; REIS, 2012).

As infecções puerperais apresentam uma incidência que varia de 1 a 10%, é definida por qualquer infecção no trato genital (infecção do útero e anexos, infecção da ferida operatória) e extragenitais (ingurgitamento mamário, mastite, tromboflebite, complicações respiratórias e infecções urinárias). As infecções genitais apresentam sinais e sintomas específicos com presença de dor intensa na região perineal associado à hiperemia local e sinais de abscesso em formação. As manifestações clínicas generalizadas são: calafrios, cefaleia, mal estar, anorexia, inquietação, ansiedade e taquicardia (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2010; ARAÚJO; REIS, 2012).

Em relação às alterações nas mamas lactantes, são elencadas as fissuras, ingurgitamento mamário e mastites. Esses problemas devem ser identificados e tratados precocemente, pois podem levar ao desmame precoce. A sintomatologia presente nesse quadro é febre, calafrios, mal estar, mamas cheias, doloridas, pesadas, endurecidas, com ou sem presença de nódulos. Diante dessas intercorrências, as mulheres se sentem impotentes, ansiosas e interpretam a experiência de amamentar como dolorosa e difícil (HERNÁNDEZ; VÁSQUEZ, 2010; STEINMAN et al., 2010; PALMÉR et al., 2010; ARAÚJO; REIS, 2012).

As doenças tromboembólicas estão relacionadas a todos os processos vasculares oclusivos, inclusive a tromboflebite superficial, trombose venosa profunda, tromboflebite séptica pélvica e tromboembolismo pulmonar. As tromboflebitides podem provocar obstrução do vaso sanguíneo pela deslocação de coágulo (trombos) por

meio da circulação. Quando há deslocamento do trombo para os pulmões ocorre a embolia pulmonar. Por conseguinte, a doença trombolítica pode ser causa de morbimortalidade materna no puerpério. As manifestações clínicas dessa patologia são: edema na panturrilha, eritema, calor, aumento da temperatura e sensibilidade do local afetado com queixa de dor ao andar e carregar peso (ARAÚJO; REIS, 2012).

Por último, os transtornos psiquiátricos mais comuns são a depressão pós-parto e a psicose puerperal. A depressão pós-parto ocorre em 10 a 15% das puérperas, geralmente nas primeiras quatro semanas e os sintomas associados são a perturbação no sono e apetite, falta de energia, sentimento de desvalia ou culpa excessiva, pensamentos recorrentes de morte e ideação suicida, sentimento de inadequação e rejeição ao bebê. A psicose puerperal, por sua vez, é uma manifestação rara, ocorre entre 1,1 e 4 para cada 1.000 nascimentos, surge até duas a três semanas pós-parto. Os sintomas incluem quadro alucinatório delirante, grave e agudo, delírios que envolvem seus filhos, estado confusional e comportamento desorganizado. Há risco para a própria mulher e para o bebê e é necessário que se proceda a encaminhamento para especialista em saúde mental (SÃO PAULO, 2010; ARAÚJO; REIS, 2012).

Ao considerar as complicações que as mulheres poderão vivenciar no puerpério, como também as situações que vivenciei como enfermeira ao prestar cuidados às mulheres que estavam amamentando e os índices de aleitamento materno no Brasil, que não são satisfatórios apesar de sua comprovada importância na redução da mortalidade infantil, surgem pré-reflexões e questionamentos acerca da vivência do ser-mulher que amamenta com complicações puerperais, à saber: Como se sente e age o ser-mulher diante dos desconfortos causados pelas complicações e a amamentação? Quais os movimentos e mecanismos que o ser-mulher que amamenta faz para transpor a problemática das complicações puerperais? Como o ser-mulher nas relações consigo mesma, com o outrem e com o mundo, elabora a amamentação vivenciando uma complicação puerperal? Como será que o ser-mulher que amamenta tem percebido o cuidado recebido ao vivenciar uma complicação puerperal? Esse cuidado atende à perspectiva da integralidade? O cuidado prestado nas complicações puerperais vislumbram as especificidades do aleitamento materno, no sentido de promover, proteger e apoiar essa prática?

Assim sendo, diante da complexidade desse contexto associado à escassez de estudos que contemplem as mulheres que vivenciam a amamentação com complicações puerperais de forma a compreender os

significados dessa experiência vivida, emergiu a seguinte **questão norteadora**: Qual o significado da experiência vivida para o ser-mulher na amamentação com complicações puerperais? Essas inquietações surgiram porque observo que na prática assistencial o aleitamento materno é abordado de forma técnica, na visão biomédica, desconsiderando a subjetividade do ser-mulher.

A fim de buscar respostas para essa questão, defini como objetivo do estudo compreender o significado da experiência vivida para o ser-mulher na amamentação com complicações puerperais. Para alcançar tal objetivo, por considerar a natureza do fenômeno, optei adotar como referencial teórico-filosófico a fenomenologia da percepção de Maurice Merleau-Ponty, tendo como referencial teórico-metodológico a fenomenologia hermenêutica de Max Van Manen. A escolha pela filosofia foi por concordar com Ayres (2009), quando afirma que conceitos filosóficos precisam ser revisitados para que os avanços conceituais já alcançados através das políticas implementadas, possam corresponder transformações nas práticas em saúde mais expressivas.

Nesse sentido, a eleição de Merleau-Ponty, decorreu de minha afinidade com a sua compreensão de que o sujeito é um corpo no mundo, porque é ele quem percebe, é ele que sente, constituindo-se uma unidade perceptiva viva, não sendo uma consciência separada da experiência vivida. O filósofo visualiza o corpo em uma totalidade, não como um conjunto de órgãos, em constante interação com o mundo, com as coisas ao redor, como uma fonte de sentidos (LIMA, 2012; MERLEAU-PONTY, 2011). Nesse sentido nas palavras de Merleau-Ponty:

Eu não posso pensar-me como uma parte do mundo, como simples objeto da biologia, da psicologia e da sociologia, nem fechar sobre mim o universo da ciência. Tudo aquilo que sei do mundo, mesmo por ciência, eu o sei a partir de uma visão minha ou de uma experiência do mundo (MERLEAU-PONTY, 2011, p.3).

Merleau Ponty (2011) defende um retorno à experiência perceptiva, sendo possível compreender o existir humano integrando as dimensões biológicas, sociais, psicológicas, políticas, culturais etc. Por conseguinte, as reflexões acerca da experiência vivida do ser-mulher que amamenta com complicações alicerçadas nas ideias do filósofo, possibilitou-me compreender como as mulheres vivenciam e percebem esse período através do mundo vivido, conduzindo-me a abster-me de pré-conceitos e juízos de valor.

No presente estudo ainda, optei pelo referencial teórico-metodológico a fenomenologia hermenêutica de Max Van Manen, com vistas à sistematizar e organizar a análise das descrições experienciais uma vez que sua proposta consta de um conjunto de sugestões metodológicas, mostrando caminhos e alertas para o pesquisador como também apresenta sugestões sobre o modo como redigir em ciência humana através da arte de escrever e (re) escrever, considerando as especificidades desta área (VAN MANEN, 1990; SANTOS, 2004).

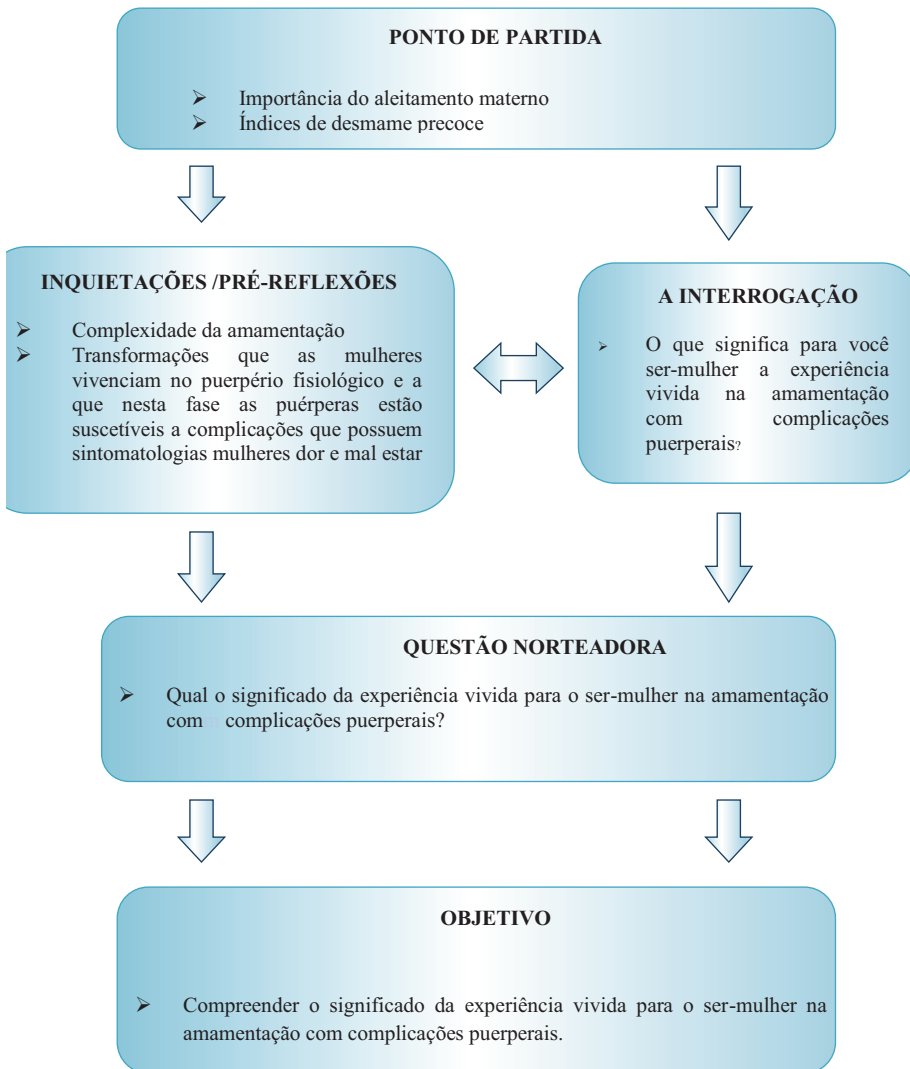
Por fim, acredito que o presente estudo traz contribuições importantes para o desenvolvimento de conceitos que busquem a conscientização dos profissionais acerca do real significado do aleitamento materno para as mulheres que amamentam com complicações puerperais, subsidiando a prática da equipe de saúde particularmente a da enfermagem na defesa da amamentação exclusiva e consequente redução da morbimortalidade infantil.

A ênfase para a enfermagem não ocorre casualmente, porque dentre as profissões da área da saúde é ela que desempenha ao lado do ser-mulher que amamenta uma assistência diuturna, sendo aqueles mais próximos, acessíveis e que interagem constantemente com a puérpera. Essa característica inerente à profissão, também contribui para que a equipe tenha uma maior facilidade em perceber qualquer intercorrência referente ao puerpério ou mesmo ao processo da lactação. Portanto, esses profissionais tornam-se naturalmente mediadores e articuladores da equipe multiprofissional nas tomadas de decisões e ações a serem desenvolvidas. A seguir, apresento representação esquemática do delineamento geral do presente estudo, adotado por Santos (2004) e readaptado no presente estudo (Esquema I).

REPRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DA PESQUISA

Figura 1 - Esquema I – O emergir da temática

Das pré-reflexões à questão norteadora



Fonte: Adotado por Santos (2004) e readaptado pela autora.

2 REVISÃO DA LITERATURA

A presente revisão de literatura é apresentada na forma de manuscrito, em conformidade com a Instrução Normativa N° 10/PEN/2011, a qual dispõe sobre os critérios para a elaboração e apresentação de trabalhos terminais dos Cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), tendo como título: “Percepção de mulheres quanto à prática do aleitamento materno: uma revisão integrativa”, que deverá ser submetido à avaliação e possível publicação em periódico classificado pelo sistema Qualis, da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

2.1 MANUSCRITO 1 – PERCEÇÃO DE MULHERES QUANTO À PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

PERCEÇÃO DE MULHERES QUANTO À PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

WOMEN'S PERCEPTION ON THE PRACTICE OF BREASTFEEDING: AN INTEGRATIVE REVIEW

PERCEPCIÓN DE LAS MUJERES SOBRE LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA: UNA REVISIÓN INTEGRATIVA

Simone Pedrosa Lima¹
Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos²

RESUMO

Foi realizada uma revisão integrativa com o objetivo de identificar a contribuição das pesquisas desenvolvidas sobre o conhecimento científico acerca da percepção das mulheres quanto à prática do aleitamento materno. A busca dos artigos ocorreu nas bases de dados MEDLINE, Pub/Med, LILACS, BDNF, PubMed Central: PMC e CINAHL, no período de 2008 a 2012, sendo selecionados e analisados 22 estudos. Da análise emergiram as categorias: vantagens do aleitamento materno; mitos e tabus em torno da amamentação; sentimentos contraditórios ao amamentar; aspectos culturais e manejo da amamentação. Os resultados apontam aspectos sobre as percepções das mulheres em relação à amamentação, que podem contribuir para a elaboração de recomendações com vistas a assistir à nutriz numa perspectiva que vai além da técnica respeitando as percepções, significados e práticas atribuídas à amamentação pelas mulheres.

Descritores: Aleitamento Materno. Percepção. Enfermagem.

¹Enfermeira Obstétrica. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Membro do GRUPESMUR – Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido. E-mail: simone.ufrn@hotmail.com

²Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Titular do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Líder e pesquisadora do GRUPESMUR. E-mail: gregos@matrix.com.br

ABSTRACT

An integrative review in order to identify the contribution of the developed research to the scientific knowledge about the perception of women regarding breastfeeding was performed. The search for articles took place from 2008 to 2012, using the databases MEDLINE, Pub/Med, LILACS, BDENF, PubMed Central: PMC and CINAHL, with 22 studies selected and analysed. The categories that emerged from the analysis were: advantages of breastfeeding; myths and taboos surrounding breastfeeding; mixed feelings when breastfeeding; cultural aspects and breastfeeding handling. The results show aspects of the perceptions of women on breastfeeding, which can contribute to the development of recommendations designed to assist women on breastfeeding from a perspective that goes beyond the technical, respecting the perceptions, meanings and practices attributed to breastfeeding by women.

Keywords: Breastfeeding. Perception. Nursing.

RESUMEN

Se realizó una revisión integrativa con el fin de identificar la contribución de la investigación desarrollada en el conocimiento científico acerca de la percepción de las mujeres con respecto a la lactancia materna. La búsqueda de artículos se produjo en las bases de datos MEDLINE, Pub/Med, LILACS, BDENF, PubMed Central: PMC y CINAHL, de 2008 a 2012. Fueran seleccionados y analizados 22 estudios. Surgieron a partir de las categorías de análisis: ventajas de la lactancia materna; mitos y tabúes que rodean a la lactancia materna; sentimientos contradictorios en la lactancia; aspectos culturales y de manejo de la lactancia. Los resultados muestran aspectos sobre las percepciones de las mujeres acerca de la lactancia materna, que pueden contribuir al desarrollo de recomendaciones con miras a asistir a la madre lactante en una perspectiva que va más allá de la técnica, en conformidad con las percepciones, significados y prácticas atribuidas a la lactancia por las mujeres.

Palabras clave: Lactancia materna. Percepción. Enfermería.

INTRODUÇÃO

A prática do aleitamento materno é de fundamental importância para a mãe, a criança e a sociedade, devendo ser sempre incentivada e protegida. Constitui-se em uma sábia estratégia natural de vínculo,

afeto, proteção e nutrição para a criança, gerando um grandioso impacto na promoção da saúde integral da dupla, mãe/bebê e consequente redução da morbidade e mortalidade infantil e materna (BRASIL, 2010).

Embora existam inúmeras evidências científicas comprovando a superioridade da amamentação sobre outras formas de alimentar a criança pequena e apesar dos esforços empreendidos no sentido de resgatar essa prática, as taxas de aleitamento materno no Brasil, em especial as relacionadas à amamentação exclusiva, estão bastante aquém do recomendado pelos organismos internacionais e nacionais e o profissional de saúde exerce um papel essencial na reversão desse quadro. Não basta apenas estar preparado nos aspectos técnicos relacionados ao manejo clínico da lactação, mas também se faz necessário vislumbrar esta prática sob um olhar abrangente, levando em consideração a multiplicidade de dimensões que o comportam, ou seja, as emocionais, as culturais, em especial a cultura familiar, a rede social de apoio à mulher, as econômicas, entre outras. É extremamente importante que os profissionais reconheçam a mulher como protagonista do seu processo de amamentar, valorizando-a, escutando-a e empoderando-a (BRASIL, 2009).

Com o intuito de subsidiar a prática dos profissionais de saúde que atuam na área de aleitamento materno, especialmente a dos enfermeiros, este estudo de revisão integrativa da literatura teve como objetivo de identificar a contribuição das pesquisas desenvolvidas sobre o conhecimento científico acerca da percepção das mulheres quanto à prática do aleitamento materno.

MÉTODO

A revisão integrativa é um método de pesquisa que permite estabelecer uma síntese e conclusões gerais de múltiplos estudos publicados a respeito de um tema específico, possibilitando contribuir para o avanço do conhecimento investigado, além de identificar lacunas do conhecimento que necessitam ser preenchidas com a realização de novos estudos. (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

É considerado por alguns autores, como um método valioso para a enfermagem, uma vez que nem sempre os profissionais da área dispõem de tempo para acessar a grande quantidade de conhecimento científico que vem sendo produzido e veiculado, bem como por sentirem dificuldade em empreender uma análise crítica dos estudos realizados. (POLIT; BECK, 2006).

A sua elaboração é de maneira sistemática, rigorosa e ordenada,

sendo utilizado para este fim um protocolo. (APÊNDICE A). Para a realização dessa pesquisa, seis etapas foram percorridas (GANONG, 1987; ROMAN; FRIEDLANDER, 1998). A primeira consistiu na definição do tema que se desenvolveu sobre a prática do aleitamento materno e definição da questão de pesquisa. Deste modo, foi delimitada a seguinte questão de pesquisa: qual o conhecimento científico produzido sobre a percepção de mulheres quanto à prática do aleitamento materno?

A segunda etapa consistiu em definir os critérios de inclusão e exclusão dos estudos, previamente estabelecidos. Foram definidos como critérios de inclusão: Pesquisas publicadas entre 2008 a 2012, em forma de artigos, com textos completos e indexados nas bases de dados selecionadas. Foram excluídos dessa revisão: Editoriais; Cartas; Artigos de Opinião; Artigos de revisão; Comentários; Resumos de Anais; Ensaio; Publicações duplicadas; Dossiês, TCC; Documentos oficiais de Programas Nacionais e Internacionais; Relatos de experiência, Estudos de reflexão, Estudos teóricos, Teses, Dissertações; TCC; Boletins Epidemiológicos; Relatórios de gestão; Documentos Oficiais de Programas Nacionais e Internacionais; Livros; Materiais publicados em outros idiomas que não sejam em inglês, português e espanhol e artigos que abordaram a percepção da prática do aleitamento materno em grupos específicos como: mães de prematuros, adolescentes, universitárias, entre outros.

A busca dos artigos foi realizada pela internet, nas seguintes bases de dados: Medline, Pub/Med (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online/Banco de Dados), PubMed Central: PMC, CINAHL (Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature) a LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde), BDEF (Base de Dados da Enfermagem), em inglês, espanhol e português, que continham os descritores Aleitamento materno, Enfermagem e Percepção, no título ou assunto/descriptor e que investigaram a percepção das mulheres quanto à prática do aleitamento materno independente do método de pesquisa. Foram localizados 918 artigos, sendo que destes, 22 atenderam aos critérios de inclusão.

A terceira etapa foi a definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados. A fim de organizar as informações elaborou-se ficha de catalogação contendo ano de produção, título, autor (es), profissão e titulação dos autores, periódico, estado/ país, descritores e palavras-chave, categoria da pesquisa, natureza da pesquisa, objetivo, referencial teórico, método de análise dos dados, população, cenário do estudo, temática dos artigos, preceitos éticos, percepção das mulheres

quanto a prática do aleitamento materno, evidenciando e discutindo as semelhanças e diferenças e recomendações para a prática.

A quarta etapa, avaliação dos estudos incluídos na revisão, compreendeu a avaliação criteriosa dos artigos, e se deu durante a elaboração e análise das fichas catalogadas. Empreendeu-se uma avaliação crítica dos estudos que atenderam aos critérios de inclusão, sendo nesta etapa, observado os aspectos metodológicos e a convergência e/ou divergência dos resultados nos diferentes estudos, possibilitando elaborar as categorias: vantagens do aleitamento materno; mitos e tabus em torno da amamentação; sentimentos contraditórios ao amamentar; aspectos culturais e manejo da amamentação.

A quinta etapa, discussão e interpretação dos resultados, consistiu em realizar a discussão dos principais resultados, estabelecendo uma comparação com o conhecimento teórico existente, a identificação de conclusões e implicações resultantes da revisão integrativa. Nesta etapa também foi possível elaborar recomendações para a prática, a partir das orientações advindas dos artigos que compuseram a revisão, bem como apontar a necessidade de novas pesquisas com a identificação de lacunas nos estudos incluídos.

Por fim, a sexta e última etapa, elaborou-se uma síntese com os principais resultados evidenciados da análise dos artigos incluídos que serão apresentados a seguir.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conhecendo os estudos

Ao consultar as bases de dados já descritas anteriormente, foram localizados 918 (novecentos e dezoito) artigos, sendo que 22 (vinte e dois) atenderam aos critérios de inclusão. Os artigos selecionados são apresentados no Quadro I, seguido de breve resumo a fim de conhecê-los. Na sequência, serão apresentadas e discutidas as categorias que emergiram da análise dos estudos, quais sejam: vantagens do aleitamento materno; mitos e tabus em torno da amamentação; sentimentos contraditórios ao amamentar; aspectos culturais e manejo da amamentação. Por último, foram elaboradas recomendações para a prática a partir dos artigos ora analisados.

Quadro 1 – Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa

TÍTULO	AUTORES	ANO DE PUBLICAÇÃO	PERIÓDICO	OBJETIVO	SUJEITOS DOS ESTUDOS
O reflexo da orientação na prática do aleitamento materno	Frota, Mirna Albuquerque; Aderaldo, Nicole Napoleão Soriano; Silveira, Vanessa Gomes; Rolm, Karla Maria Carneiro; Martins, Mariana Cavalcante.	2008	Cogitare enferm;13(3):403-409, jul.-set. 2008.	Identificar o conhecimento o das mães acerca da amamentação, visando investigar sentimentos maternos a respeito dessa prática.	Dez mães assistidas no alojamento conjunto
No sister, the breast alone is not enough for my baby' a qualitative assessment of potentials and barriers in the promotion of exclusive breastfeeding in southern Zambia	Eli Fjeld, Seter Siziya, Mary Katepa-Bwalya, Chipepo Kankasa, Karen Marie Moland, Thorkild Tylleskär.	2008	Int Breastfeed J. 2008	Coletar informações básicas acerca da alimentação infantil bem como atitudes e conhecimento os presentes nas mulheres da Mazabuka, Zâmbia	Nove grupos focais, com seis a nove mulheres em cada grupo bem como dezoito sujeitos distribuídos entre pais, avós, parteiras e profissionais de saúde.
Ser-mãe: compreensão dos significados e atitudes de cuidado com o recém-nascido no aleitamento materno	Gurgel, Almerinda Holanda; Oliveira, Jocélia Maria de; Sherlock, Maria do Socorro Mendonça	2009	Rev. RENE; 10(1):131-138, jan.- mar. 2009.	Compreender significados, atitudes, facilidades e dificuldades de "ser-mãe" no cuidado com o recém-nascido, no aleitamento materno.	Quinze nutrízes do município cearense.
Representações sociais de mulheres que amamentam sobre a amamentação e o uso de chupeta	Marques, Emanuele Souza; Cotta, Rosângela Minardi Mitre; Araújo, Raquel Maria Amaral	2009	Rev. bras. enferm; 62(4): 562-569, jul.-ago. 2009. ilus	Identificar os diferentes significados que envolvem o aleitamento materno e o uso de chupetas de um grupo de mães de crianças menores de seis meses de idade	Dezenove mães de crianças até seis meses de idade.

A amamentação na transição puerperal: o desvelamento pelo método de pesquisa-cuidado /	Catafesta, Fernanda; Zagonel, Ivete Palmira Sanson; Martins, Marialda; Venturi, KriscieKrisiane	2009	Esc. Anna Nery Rev. Enferm; 13(3):609-612, jul.-set. 2009	Desvelar as percepções do ser puérpera sobre a amamentação diante do processo de transição ao papel materno	Dezenove puerperas
Cultural beliefs that may discourage breastfeeding among lebanese women: a qualitative analysis	Hibah Osman, Lama El Zein, Livia Wick	2009	Int Breastfeed J. 2009; 4: 12	Descrever algumas crenças comuns que podem desencorajar a amamentação no Líbano.	Trezentos e cinquenta e três primíparas, que estavam nos quatro primeiros meses pós- parto.
Inherited understandings: the breast as object.	McBride-Henry K, White G, Benn C	2009	Nurs Inq. 2009 Mar; 16(1): 33-42	Investigar a experiência de ser uma mulher amamentado na Nova Zelândia	Dezenove mulheres que estão amamentando ou que amamentaram recentemente.
Barriers to best outcomes in breastfeeding for Māori: mothers' perceptions, whānau perceptions, and services	Glover M, Waldon J, Manaena-Biddle H, Holdaway M, Cunningham C.	2009	J Hum Lact. 2009 Aug; 25(3):307-16	Explorar as percepções das mulheres e familiares acerca da amamentação e alimentação infantil	Cinquenta e nove mulheres que deram a luz nos últimos três anos e vinte e sete membros de suas famílias.
Exclusive breastfeeding the relationship between maternal perception and practice.	Uchendu UO, Ikefuna AN, Emodi IJ	2009	Niger J Clin Pract. 2009 Dec;12 (4):403-6.	Avaliar a percepção da mãe acerca da amamentação exclusiva e determinar a relação entre essa visão e as suas práticas.	Duzentas mães.
Practices and beliefs about exclusive breastfeeding by women living in Commune 5 in Cali, Colombia	Hernández, Luzmila; Vásquez, Martha Lucía.	2010	Colomb. méd;41(2):161-170, abr.-jun. 2010.	Descrever as práticas e crenças sobre o aleitamento materno durante os primeiros seis meses após o parto.	Quinze mulheres que vivem na Comuna de 5 em Cali, Colômbia.

Understanding infant feeding beliefs, practices and preferred nutrition education and health provider approaches: an exploratory study with Somali mothers in the USA	Steinman Lesley, Mark Doescher, Gina A. Keppel, Suzinne Pak-Gorstein, Elinor Graham, AliyaHaq, Donna B. Johnson, Paul Spicer	2010	Matern Child Nutr. 2010 January; 6(1): 67-88.	Explorar as crenças e práticas das mães da Somália em torno da alimentação infantil e educação.	Trinta e sete mães.
Breastfeeding: An existential challenge women's lived experiences of initiating breastfeeding within the context of early home discharge in Sweden	Palmér Lina, Gunilla Carlsson, Margareta Mollberg, Maria Nyström	2010	Int J Qual Stud Health Well-being. 2010; 5(3): 10.3402/qhw.v5i3.5397.	Descrever a experiência vivida das mulheres ao iniciarem a amamentação.	Dezesseis mães no período de até dois meses pós -parto
Gendered perceptions on infant feeding in Eastern Uganda: continued need for exclusive breastfeeding support	Engebretsen Ingunn MS, Karen M Moland, Jolly Nankunda, Charles A Karamagi, Thorkild Tylleskär, James K Tumwine	2010	Int Breastfeed J. 2010; 5: 13	Compreender as percepções que pais e mães possuem em torno da alimentação infantil, bem como, em que grau a amamentação exclusiva ou substituição do leite materno tinham aceitabilidade, viabilidade, acessibilidade, sustentabilidade e segurança.	Oito grupos focais com a participação de oitenta e um sujeitos (mães e pais)
Women's views and experiences of breast feeding: positive, negative or	Forster DA, McLachlan HL.	2010	Midwifery. 2010 Feb;26(1):116-25	Explorar as opiniões das mulheres e experiências de aleitamento materno,	Novescentos e oitenta e uma primíparas

just good for the baby?				independen- temente delas teram ou não amamenta- da.	
The prevalence and determinants of breast-feeding initiation and duration in a sample of women in Ireland	Tarrant RC, Younger KM, Sheridan-Pereira M, White MJ, Kearney JM	2010	Public Health Nutr. 2010 Jun;13(6):760-70	Avaliar o início da amamentação e prevalência do nascimento até 6 meses em uma amostra de mães em Dublin, e bem como determinar os fatores associados ao início da amamentação	Quatrocentos e cinquenta mães
Breast-feeding attitudes and behavior among WIC mothers in Texas	Vaaler ML, Stagg J, Parks SE, Erickson T, Castrucci BC.	2010	Nutr Educ Behav. 2010 May-Jun;42(3 Suppl):S30-8	Explorar a influência das características demográficas sobre as atitudes em relação aos benefícios da amamentação, a aprovação da amamentação público, e o uso da fórmula infantil.	Seis mil quatrocentos e cinquenta cinco mães.
Maternal control of child-feeding during breast and formula feeding in the first 6 months post-partum	Brown A, Raynor P, Lee M	2011	J Hum Nutr Diet. 2011. Apr; 24(2):177-86.	Investigar as percepções das mães e se essas percepções interferem na duração da amamentação.	Quinhentos e duas mães de crianças na faixa etária de seis a doze meses.
Healthcare professionals' and mothers' perceptions of factors that influence decisions to breastfeed or	Brown A, Raynor P, Lee M.	2011	J Adv Nurs. 2011 Sep;67(9):1993-2003	Relatar as percepções das mães e profissionais de saúde em relação aos fatores que influenciam a decisão de	Vinte e três mães de crianças entre seis a doze meses e vinte profissionais de saúde.

formula feed infants: a comparative study				amamentar ou a utilização de fórmulas para alimentar uma criança.	
Perceived family perceptions of breastfeeding and Chinese new mothers' breastfeeding behaviors	Lu H, Li H, Ma S, Xia L, Christensson K	2011	Sex Reprod Healthc. 2011 Nov;2(4):143-7	Fornecer uma compreensão sobre os comportamentos em torno da amamentação das novas mães chinesas e, especialmente, explorar a relação entre o que as mães percebem e a percepção da família sobre o aleitamento materno .	Duzentos e quatorze mães.
Constraints to exclusive breastfeeding practice among breastfeeding mothers in Southwest Nigeria: implications for scaling up	Agunbiade Ojo. M.; Opeyemi.V. Ogunleye	2012	Int Breastfeed J. 2012; 7: 5	Investigar as práticas de amamentação e experiências de mães que amamentam e os papéis dos avós, bem como as limitações relacionadas ao trabalho que afetam os enfermeiros no sudoeste da Nigéria.	Duzentas mães e também foram feitas entrevistas em profundidade com onze mulheres, dez enfermeiros e avós
Infant nutrition in the first seven days of life in rural northern Ghana	Aborigo Raymond; Akawire Cheryl A Moyer, Sarah Rominski, Philip Adongo, John Williams, Gideon Logonia, Gideon Affah, Abraham Hodgson, Cyril Engmann	2012	BMC Pregnancy Childbirth. 2012; 12: 76	Explorar as práticas de alimentação infantil em um ambiente pobre em recursos e avaliadas as implicações para futuras intervenções voltadas para a saúde do recém-nascido.	Trinta e cinco mulheres, oito parteiras e dezesseis líderes comunitários.

Japan-France-US comparison of infant weaning from mother's viewpoint	Negayama K, Norimatsu H, Barratt M, Bouville JF	2012	J Reprod Infant Psychol. 2012 Feb;30(1):77-91. Epub 2012 Apr 27	Comparar três países industrializados sobre a relação entre alimentação e práticas .	Trezentos e dez japoneses, setecentos e cinquenta e seis francesas e duzentos e vinte e duas mães americanas

Síntese dos Artigos

Ao analisar os tipo de abordagem adotado nas pesquisas dos artigos que compuseram essa revisão, identificou-se que 13 (treze) foram desenvolvidas com abordagem qualitativa, 08 (oito) com abordagem quantitativa e 01 (um) quanti/qualitativa. A maioria dos estudos não possuía referencial teórico, e os poucos que mencionaram seu uso, referiram a representação social, fenomenologia, teoria fundamentada nos dados e teoria do cuidado transcultural. No geral, os estudos tiveram como objetivo avaliar a percepção/visão da prática do aleitamento materno na ótica das mulheres.

Nos estudos quantitativos houve a participação de 7.452 (sete mil quatrocentos e cinquenta e duas mulheres), 614 (seiscentos e quatorze mulheres) nos qualitativos e 211 (duzentos e onze mulheres) nos artigos com abordagem quanti /qualitativa. Houve um estudo qualitativo em que os autores não informaram o número exato de participantes, dessa forma esse trabalho não foi computado no que se refere ao quantitativo de sujeitos. A coleta de dados ocorreu através de grupos focais, observação participante, entrevistas abertas e em profundidade, bem como questionários sem especificações. As pesquisas ocorreram em diversos países como: França, Suécia, Estados Unidos (EUA), Japão, China, Colômbia, Brasil, Austrália, Líbano, Irlanda, Gana, Nigéria, Uganda, Zâmbia, Somália, Nova Zelândia e Reino Unido.

Alguns estudos que compuseram essa revisão tiveram como participantes das pesquisas profissionais de saúde, avós, parteiras entre outros, entretanto para a elaboração desse artigo consideramos apenas as percepções das mulheres. A seguir serão apresentadas e discutidas as categorias que emergiram da análise, a saber: Vantagens do aleitamento materno; Mitos e tabus em torno da amamentação; Sentimentos contraditórios ao amamentar; Aspectos culturais; Manejo da amamentação.

Vantagens do aleitamento materno

A maior parte dos artigos analisados contempla essa categoria. As mulheres ao serem questionadas quanto à percepção da prática da amamentação, apontam os benefícios do aleitamento materno. Importante para a saúde do bebê, prevenção de doenças, tornando-os mais inteligentes no futuro são algumas dessas respostas (FROTA et al., 2008; GURGEL; OLIVEIRA; SHERLOCK, 2009; MARQUES; COTTA; ARAÚJO, 2009; GLOVER et al., 2009; ENGBRETSSEN et al., 2010; FORSTER; MCLACHLAN, 2010; ABORIGO et al., 2012). Os benefícios da amamentação são traduzidos como importantes para superar quaisquer dificuldades em torno dessa prática (VAALER et al., 2010). Outras vantagens elencadas são o fator econômico, as propriedades calmantes e a praticidade do leite humano. A questão econômica surge associada à praticidade do leite materno, já que as mães não necessitam acordar durante à noite para preparar fórmulas artificiais (GURGEL; OLIVEIRA; SHERLOCK, 2009; GLOVER et al., 2009). Nutrizes da Somália relatam a preferência do leite materno sobre o artificial porque, segundo elas, o leite humano possui propriedades calmantes facilitando o sono da criança (STEINMAN et al., 2010).

Em suma, o conhecimento das mães gira em torno das vantagens do aleitamento materno que são direcionadas para o bebê. Entretanto, surgem poucos estudos nos quais as mulheres referem como vantagem a perda de peso, demonstrando o desejo delas em retornarem ao peso pré gravídico (MARQUES; COTTA; ARAÚJO, 2009; GLOVER et al., 2009). Percebeu-se ainda que esses conhecimentos são adquiridos em grande parte no pré-natal e em menor proporção, através de panfletos e internet (FROTA et al., 2008; MARQUES; COTTA; ARAÚJO, 2009; GLOVER et al., 2009; ENGBRETSSEN et al., 2010; ABORIGO et al., 2012). Salienta-se que os trabalhos mostram os conhecimentos adquiridos pelas mulheres são deficientes, pois reproduzem o discurso biomédico ao ter um foco nas vantagens da amamentação, sendo estas responsabilizadas pela saúde de seus filhos, ou então, as mulheres vivenciam a amamentação sem ter tido nenhuma orientação durante o ciclo gravídico puerperal (FROTA et al., 2008; GURGEL; OLIVEIRA; SHERLOCK, 2009; MARQUES; COTTA; ARAÚJO, 2009).

Mitos e tabus em torno da amamentação

Nessa categoria estão presentes os mitos e tabus em torno da amamentação, a saber: leite fraco, leite insuficiente, colostro fresco e

questões relacionadas a imagem corporal da mulher, particularmente as mamas (MARQUES; COTTA; ARAÚJO, 2009; OSMAN; EL ZEIN; WICK, 2009; STEINMAN et al., 2010; PÁLMER et al., 2010; HERNÁNDEZ; VÁSQUEZ, 2010; BROWN; RAYNOR; LEE, 2011a).

O leite fraco e o leite insuficiente estão associados à aparência aguada do leite materno e, respectivamente, à quantidade produzida. Assim, o choro do bebê é associado à fome não saciada, inconformismo do lactente, mesmo depois de ter sido amamentado, suscitando nas genitoras um sentimento de insegurança, bem como questionamentos quanto à capacidade de produção de leite. Esse panorama induz o início de uma dieta complementar, antes dos seis meses de idade, através de fórmulas de leite e sucos, acarretando o desmame precoce (MARQUES; COTTA; ARAÚJO, 2009; OSMAN; EL ZEIN; WICK, 2009; HERNÁNDEZ; VÁSQUEZ, 2010; PÁLMER et al., 2010; BROWN , RAYNOR, LEE, 2011a).

Outro mito encontrado foi o ideário que o colostro deve ser fresco, pois caso passe no seio materno mais de duas horas, é considerado velho e inapropriado para o lactante (STEINMAN et al., 2010).

Houve também o impacto da amamentação sobre as mamas. Essas são associadas à sexualidade, então as mulheres sentem vergonha do tamanho das mamas e acreditam que em longo prazo elas vão cair e ficarão deformadas (BROWN; RAYNOR; LEE, 2011a). Ainda na perspectiva da sexualidade, na visão das africanas, mamas que foram sugadas pelos companheiros, não devem ser tocadas por bebês (ENGBRETSSEN et al., 2010).

Sentimentos contraditórios ao amamentar

Nessa categoria surgem os sentimentos que as mães expressam ao amamentar, sentimentos esses que são ambíguos, pois nos artigos encontram-se relatos de alegria e satisfação como também há sentimentos de impotência e insatisfação.

As mães relatam sentimentos de prazer, satisfação e felicidade, pois reconhecem a importância da amamentação para elas e seus filhos. Sendo assim, se sentem valiosas e dedicadas quando amamentam (FROTA et al., 2008; GURGEL; OLIVEIRA; SHERLOCK, 2009; CATAFESTA et al., 2009; AGUNBIADÉ; OGUNLEYE, 2012). A amamentação é concebida como um dom divino que faz parte da natureza feminina (CATAFESTA et al., 2009; STEINMAN et al., 2010).

Em outros estudos a amamentação é vista como algo que ultrapassa a fronteira do biológico, sendo considerado um processo natural, tornando-se um canal de comunicação e manifestação de amor, formando um vínculo emocional e um desafio existencial (ENGBRETSSEN et al., 2010; FORSTER; MCLACHLAN, 2010; HERNÁNDEZ; VÁSQUEZ, 2010; PÁLMER et al., 2010; STEINMAN et al., 2010; NEGAYAMA et al., 2012). As mães entendem que as crianças ao nascerem passam por um período de transição, deixando para trás um ambiente seguro, quente e aquoso. Então, a amamentação é entendida como um momento de adaptação dos bebês à vida fora do útero, permitindo a fusão temporária entre mãe e filho, sendo importante para o desenvolvimento psico afetivo das crianças (HERNÁNDEZ; VÁSQUEZ, 2010). Nesse sentido há nas mulheres um sentimento de satisfação ao estabelecer com seus filhos uma forma única de comunicação, pois a amamentação oportuniza um diálogo com o bebê, através de sorrisos, olhares e carinhos, momento em que se passa amor ao lactante (HERNÁNDEZ; VÁSQUEZ, 2010; AGUNBIADE; OGUNLEYE, 2012).

Entretanto, esses sentimentos são ofuscados pela presença da insegurança na realização dessa prática, cansaço e culpa, pois, segundo as mães, a amamentação requer um esforço físico e emocional extra, elas terminam não priorizando as tarefas do lar e cuidados com os outros filhos (FROTA et al., 2008; GURGEL; OLIVEIRA; SHERLOCK, 2009; CATAFESTA et al., 2009; ENGBRETSSEN et al., 2010). Assim sendo, as nutrizes definem a amamentação como um teste de resistência, desafiante e estressante (AGUNBIADE; OGUNLEYE, 2012).

O medo da dor ao amamentar é outro sentimento presente entre as entrevistadas (GURGEL; OLIVEIRA; SHERLOCK, 2009). Os estudos mostram que sentimentos negativos como a ansiedade e impotência são despertados diante das intercorrências e/ou falta de apoio adequado no processo de lactação (CATAFESTA et al., 2009; GURGEL; OLIVEIRA; SHERLOCK, 2009; HENRY; WHITE; BENN, 2009; FORSTER; MCLACHLAN, 2010; HERNÁNDEZ; VÁSQUEZ, 2010; PÁLMER et al., 2010; STEINMAN et al., 2010; AGUNBIADE; OGUNLEYE, 2012). As intercorrências citadas são o ingurgitamento mamário, fissuras, produção de leite insuficiente, sendo que em alguns casos essas intercorrências são responsáveis pelo desmame precoce (FJELD et al., 2008; GURGEL; OLIVEIRA; CATAFESTA et al., 2009; OSMAN; EL ZEIN; WICK, 2009; SHERLOCK, 2009; HERNÁNDEZ; VÁSQUEZ, 2010; PÁLMER et al., 2010; STEINMAN et al., 2010;

BROWN; RAYNOR; LEE, 2011a; LU et al., 2011; NEGAYAMA et al., 2012).

Mulheres com fissuras e que não praticaram o aleitamento materno exclusivo, denominam o processo de lactação como doloroso e difícil. As lacerações causam dor intensa e termina por impedir a amamentação, tornando as mães infelizes e culpadas por não poderem alimentar seus filhos. A vivência da amamentação passa a ser permeada por um dualismo de sentimentos, envolvendo o querer amamentar e não poder devido às fissuras (HERNÁNDEZ; VÁSQUEZ, 2010; BROWN; RAYNOR; LEE, 2011a; AGUNBIADE; OGUNLEYE, 2012).

Sentimentos de desgosto e julgamento moral também foram encontrados entre as participantes dos estudos. Elas se sentem responsáveis por doenças que acometem as crianças ou por eventuais casos de óbitos (ENGBRETSSEN et al., 2010).

Outro sentimento contraditório diz respeito as crianças que são amamentadas exclusivamente ficam presas ao peito e há uma espécie de vício no infante. Como todo vício é difícil de ser quebrado, segundo as mães essa relação causa sofrimento na criança e na mãe e, por consequência, ocorre a interrupção precoce do aleitamento. Há também temores entre as mulheres em torno dessa dependência do bebê ao peito materno, pois elas referem ter medo de adoecer e morrer, ficando a criança sem ter o que comer. Assim, as mães visualizam a amamentação como algo que interfere em suas vidas, dando a elas mais responsabilidade e cobranças que a fórmula infantil não proporcionaria (FJELD et al., 2008; FORSTER; MCLACHLAN, 2010; HERNÁNDEZ; VÁSQUEZ, 2010; BROWN; RAYNOR; LEE, 2011b; AGUNBIADE; OGUNLEYE, 2012).

A volta ao trabalho das genitoras é outra situação que gera insegurança e ansiedade, pois elas consideram difícil conciliar as duas atividades (CATAFESTA et al., 2009; ENGBRETSSEN et al., 2010; STEINMAN et al., 2010; NEGAYAMA et al., 2012). O cansaço é apontado como um dificultador já que as nutrizas passam o dia fora trabalhando e, ao chegar à casa, a criança fica durante toda a noite no peito materno e as mães ficam exaustas. Somado a esse quadro, a nutriz tem a produção de leite diminuída, pois as mamadas foram espaçadas, sendo a solução oferecer fórmulas infantis aos bebês (STEINMAN et al., 2010).

Por fim, a amamentação em público é percebida pelas nutrizas como uma experiência constrangedora, vergonhosa e traumática, porém necessária devido à fome do bebê. As mulheres contaram histórias de desaprovação social e acrescentaram que os companheiros se afastam

quando elas necessitam amamentar seus bebês em público (FJELD et al., 2008; GLOVER et al., 2009; FORSTER; MCLACHLAN, 2010; STEINMAN et al., 2010). Em sentido oposto a esses artigos houve um estudo realizado no Texas, no qual as mães referiram não ter qualquer constrangimento acerca da amamentação em público (VAALER et al., 2010).

Aspectos culturais

Os estudos demonstram que a prática da amamentação é permeada por valores sócios culturais (GURGEL; OLIVEIRA; SHERLOCK, 2009; HERNÁNDEZ; VÁSQUEZ, 2010). Os valores e costumes são repassados de geração a geração, representando um componente relevante para os profissionais de saúde que assistem às puérperas no processo de lactação. Os estudos dessa revisão mostram bem esse aspecto, ao surgir recomendações para aumentar a quantidade e qualidade do leite materno, as quais não possuem comprovação científica, mas são aceitas e consideradas como válidas pelas mulheres. Assim sendo, bebidas, infusões e alimentos específicos são recomendados para aumentarem a quantidade do leite e manter os lactentes adequadamente nutridos.

O açúcar mascavo é apontado como um ingrediente de base, presente em bebidas e infusões. Dentre as plantas medicinais utilizadas encontra-se água, funcho (*Foeniculumvulgare*) e a erva doce. A *Foeniculum vulgare* é conhecida por suas propriedades diuréticas e pela sua eficácia contra parasitas exógenos. A erva doce aumenta a produção do leite e tem efeito sobre a cor e consistência, as mães ao consumi-la têm a sensação de que as mamas estão enchendo e que o leite fica grosso, com mais qualidades nutricionais. Outra bebida utilizada é o açúcar mascavo com leite ou sozinho, podendo ser acrescido de uma banana ou casca de banana. Em relação aos alimentos, os estudos referenciam diversos, como por exemplo, a sopa, feijão, grãos, aveia, creme de trigo, farinha de milho com manteiga do carité (HERNÁNDEZ; VÁSQUEZ, 2010; STEINMAN et al., 2010; ABORIGO et al., 2012).

Os artigos trazem também as crenças elencadas por contribuírem para a diminuição do leite materno. As colombianas acreditam que a exposição frequente aos raios solares seria responsável pela baixa na produção. Elas creem no poder de penetração do leite em diversas situações, quando a mulher sai à rua, quando o leite é derramado no solo na presença do sol ou ainda em ocasiões em que as mães ensopam um

pano com leite materno e em seguida expõe ao sol. A crença é que o leite ao evaporar, também desaparecerá da genitora e a criança acaba por recusar a mama. As mulheres quando não desejam mais continuar a amamentar utilizam essa crença como uma forma de secar o leite (HERNÁNDEZ; VÁSQUEZ, 2010).

No Líbano a quantidade de leite está vinculada à história familiar da mulher, ou seja, a incapacidade de amamentar é explicada como sendo herdada de sua linha materna. Nesse estudo, observou-se que as mulheres cujas famílias possuíam essa crença, estavam sob pressão significativa e nem se quer tentavam amamentar (OSMAN; EL ZEIN; WICK, 2009).

O início da lactação também é permeado por crenças. Em alguns países da África, o início da amamentação é marcado por rituais e rotinas. Por exemplo, antes de a criança ser amamentada pela primeira vez, algumas medidas são adotadas, como cortar o cordão umbilical e oferecer ao bebê bebidas que visam liberar a garganta da criança. As bebidas referenciadas são água com açúcar e ou sal, água pura e água com amendoim (FJELD et al., 2008; ENGEBRETSEN et al., 2010; ABORIGO et al., 2012).

Ainda na cultura africana, particularmente no norte de Gana, o leite das primíparas é testado quanto à amargura, ao ser colocado na presença das formigas pretas. Se as formigas conseguirem rastejar para fora do leite, ele é considerado bom para o consumo. Caso contrário, se as formigas morrem, o leite é ruim e venenoso, e poderá causar diarreia na criança (ABORIGO et al., 2012). A crença de que o leite materno poderá ser de má qualidade, também está presente no Líbano. A qualidade está atrelada ao comportamento que a criança apresenta. Se o bebê diminui o tempo entre as mamadas, fica agitado, não dorme bem ou não cresceu adequadamente, o leite é considerado de valor nutricional fraco (OSMAN; EL ZEIN; WICK, 2009).

A amamentação é descrita como uma prática social, já que não se relaciona apenas com a mãe e bebê. Um exemplo disso é a crença do mal olhado presente em alguns países. Acredita-se que uma mulher menstruada não pode olhar uma nutriz, ocorrendo esse fato, a lactante é acometida por forças do mal e não poderá mais amamentar sua criança (OSMAN; EL ZEIN; WICK, 2009).

Manejo da amamentação

O manejo da amamentação emerge como um desejo das mulheres em possuírem o domínio da técnica de amamentar, ou seja, a habilidade.

Nesse sentido as mulheres percebiam as mamas como um objeto, ou seja, um equipamento que precisa funcionar, produzir leite e alimentar uma criança. Assim, o domínio de como fazer o objeto funcionar é importante, tornando as mães tecnicamente capazes e aptas a nutrir um bebê (HENRY; WHITE; BENN, 2009).

Outro aspecto mencionado foi o tempo da amamentação. Alguns artigos apontam que o período da amamentação pretendido pelas mulheres, difere daquele preconizado pelos profissionais de saúde. O tempo necessário para essas lactantes são em média de seis meses, não havendo justificativas para a ampliação desse tempo (FROTA et al., 2008; FORSTER; MCLACHLAN, 2010). O início precoce da amamentação foi reconhecido como importante, mas para as mães africanas o atraso na descida do leite, o sangramento pós-parto, o cansaço devido ao trabalho de parto e doenças no recém-nascido impedem a sucção e são razões que justificam o atraso na amamentação. Outro aspecto relatado pelas africanas é que esse início seria efetivado após a higiene dos peitos e do bebê no pós-parto (FJELD et al., 2008; ENGBRETSSEN et al., 2010; ABORIGO et al., 2012).

Recomendações para a prática

Os estudos que compuseram essa revisão, são unânimes em ressaltar os benefícios da amamentação e por consequência a sua importância. Entretanto, dificuldades e crenças permeiam essa prática e se fazem necessárias serem observadas e valorizadas pelos profissionais a fim de se aumentar os índices de sucesso do aleitamento exclusivo até aos seis meses, continuando até os dois anos de idade como recomendado pela Organização Mundial de Saúde. Dentre as recomendações são elencadas a educação associada à promoção de saúde, a valorização e respeito, por parte dos profissionais, das crenças e práticas que permeiam o aleitamento, a participação do profissional de saúde na volta ao trabalho das mães e inclusão no processo de lactação dos familiares mais próximos da puérpera (FROTA et al., 2008; CATAFESTA et al., 2009; GURGEL; OLIVEIRA; SHERLOCK, 2009; HERNÁNDEZ; VÁSQUEZ, 2010; AGUNBIADE; OGUNLEYE, 2012).

No que diz respeito à educação associada à promoção de saúde, os autores recomendam que seja feita de forma processual, durante o ciclo gravídico puerperal, de forma a acompanhar a nutriz no seu domicílio nos primeiros dias do puerpério, período de transição em que a mulher se encontra fragilizada, não havendo geralmente a presença

dos profissionais da saúde (FJELD et al., 2008; FROTA et al., 2008; CATAFESTA et al., 2009). Uma das estratégias descritas para realizar as orientações acerca da amamentação é a formação de grupos com as mães no intuito de haver trocas de experiências, auxiliando, dessa forma, a tomada de consciência pelas lactantes, tornando o aprendizado significativo (FJELD et al., 2008; FROTA et al., 2008). Nesse contexto, o profissional de saúde assume o papel de facilitador das atividades, ao direcionar as discussões para pontos indispensáveis do ato de amamentar, indo além da técnica, ao valorizar as dúvidas, crenças e sentimentos das mulheres (FROTA et al., 2008; CATAFESTA et al., 2009). As palestras também são citadas como uma forma de sensibilização para a importância da amamentação, havendo o respeito aos questionamentos levantados pelas mães (FROTA et al., 2008).

No tocante aos temas, os achados demonstram que há lacunas na educação proporcionada pelos profissionais de saúde. Por conseguinte, assuntos como produção insuficiente, riscos da alimentação mista, amamentação em público devem ser reforçados. No contexto africano, onde a AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) alcança proporções significativas, os autores acrescentam a esses temas, a prevenção e transmissão mãe e filho da síndrome (FJELD et al., 2008; VAALER, et al., 2010).

Em relação às crenças e práticas, os estudos apontam que elas podem incentivar ou favorecer o abandono da lactação. A recomendação é que seja elaborado pelos profissionais da saúde, particularmente os da enfermagem, um plano de cuidados que valorize o ideário das mães, pois há práticas e crenças que devem ser resguardadas. Nesse sentido, as mulheres se identificariam e aceitariam melhor as recomendações fornecidas, pois estariam de acordo com suas crenças e costumes (OSMAN; EL ZEIN; WICK, 2009; HERNÁNDEZ; VÁSQUEZ, 2010; STEINMAN et al., 2010).

Quanto à volta ao trabalho das mães, os autores recomendam que essa volta seja pensada junto com o profissional da saúde, particularmente os da enfermagem, considerando as especificidades das mulheres, orientando-as quanto à legislação bem como às formas de manter a lactação nessa fase (CATAFESTA et al., 2009).

No que se refere à inclusão dos familiares no processo de lactação, os artigos demonstram que a participação desses é um diferencial para o sucesso na amamentação. Assim sendo, houve estudos em que as mães das nutrizes e os companheiros ganharam um destaque especial, sendo os principais incentivadores da amamentação para aquelas que tiveram sucesso. Em contrapartida, a falta de apoio de

qualidade desses e de outros familiares próximos foi considerada um fator importante para o desmame precoce. Dessa forma, as políticas de incentivo ao aleitamento materno devem abranger os companheiros e familiares a partir do pré-natal estendendo-se ao pós-parto, para que esses sejam um apoio às nutrizes no processo de lactação, auxiliando-as a vencer os possíveis problemas e ou sentimentos negativos em torno da amamentação (TARRANT et al., 2009; ENGBRETSSEN et al., 2010; PÁLMER et al., 2010; LU et al., 2011; ABORIGO et al., 2012; AGUNBIADE; OGUNLEYE, 2012).

O apoio dos profissionais de saúde foi outro ponto ressaltado nos artigos. As mães associam o aumento da duração do aleitamento materno ao apoio desses profissionais. Segundo elas, quando ocorrem as inseguranças e ou problemas, à medida que os profissionais tiram as dúvidas e proporcionam orientações para resolvê-los, as mulheres tornam-se mais seguras e prolongam a lactação (HENRY; WHITE; BENN, 2009; BROWN; RAYNOR; LEE, 2011a).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa revisão integrativa permite sistematizar e elaborar uma síntese acerca das percepções das mulheres quanto à prática do aleitamento materno em diversos países. Assim sendo, vislumbra-se a complexidade da amamentação, uma vez que ela desperta nas mulheres sentimentos tanto positivos como negativos, sendo um processo que vai além da fisiologia, pois depende das relações estabelecidas com o meio em que a mulher está inserida e do apoio que ela recebe diante das dificuldades vivenciadas.

Durante a elaboração das categorias, constataram-se semelhanças entre as percepções das mulheres quanto à prática do aleitamento materno, principalmente no que se refere aos benefícios da amamentação, a insegurança quanto à produção do leite materno e os sentimentos contraditórios que giram em torno do aleitamento materno. As maiores diferenças foram as diversidades quanto aos aspectos culturais, dependendo do país de origem.

Nesse sentido, os profissionais de saúde precisam conhecer o contexto cultural que as mulheres estão inseridas e serem sensíveis para perceber as práticas que estimulam e as que desencorajam o aleitamento materno exclusivo. Por conseguinte, a educação e o apoio proporcionado pelos profissionais de saúde deve perpassar pelo conhecimento sobre a percepção, significados, práticas, dificuldades e valores atribuídos pelas mulheres à amamentação.

REFERÊNCIAS

ABORIGO, R. A. et al. Infant nutrition in the first seven days of life in rural northern Ghana. **BMC Gravidez e Parto**, Londres, v. 12, p. 76, 2012. Disponível em: [em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/12/76>](http://www.biomedcentral.com/1471-2393/12/76). Acesso em: 10 maio 2013.

AGUNBIADE, O. M.; OGUNLEYE, O.V. Constraints to exclusive breastfeeding practice among breastfeeding mothers in Southwest Nigeria: implications for scaling up. **Int Breastfeed J.**, Londres, v. 7, n. 5, abr. 2012. Disponível em: [em: <http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/7/1/5>](http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/7/1/5). Acesso em: 02 maio 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília, 2009. 112 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias**. 2. ed .Brasília, 2010. 92 p.

BROWN, A.; RAYNOR, P.; LEE, M. Healthcare professionals' and mothers' perceptions of factors that influence decisions to breastfeed or formula feed infants: a comparative study. **Journal of Advanced Nursing**, Rockville, v. 67, n. 9, p. 1993–2003, 2011a. Disponível em: [em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21507050>](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21507050). Acesso em: 03 abr. 2013.

BROWN, A.; RAYNOR, P.; LEE, M. Maternal control of child-feeding during breast and formula feeding in the first 6 months post-partum. **J Hum Nutr Diet**, Rockville, v. 24, p. 177–186, 2011b. Disponível em: [em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21332836>](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21332836). Acesso em: 04 abr. 2013.

CATAFESTA, F. et al. A amamentação na transição puerperal: o desvelamento pelo método de pesquisa-cuidado. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 609-612, jul./set. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452009000300022&script=sci_arttext>. Acesso em: 04 maio 2013.

ENGBRETSEN, I. M. et al. Gendered perceptions on infant feeding in eastern Uganda: continued need for exclusive breastfeeding support. **Int Breastfeed J.**, Londres, v. 5, p. 13, 2010. Disponível em: <<http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/5/1/13>>. Acesso em: 10 maio 2013.

FJELD, E. et al. No sister, the breast alone is not enough for my baby' a qualitative assessment of potentials and barriers in the promotion of exclusive breastfeeding in southern Zambia. **Int Breastfeed J.**, Londres, v. 3, n. 26, nov. 2008. Disponível em: <<http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/3/1/26>>. Acesso em: 04 maio 2013.

FORSTER, D. A.; MCLACHLAN, H. L. Women's views and experiences of breast feeding: positive, negative or just good for the baby? **Midwifery**, Rockville, v. 26, n. 1, p. 116-25, fev. 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18606483>>. Acesso em: 10 maio 2013.

FROTA, M. A. et al. O reflexo da orientação na prática do aleitamento materno. **Cogitareenferm.**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 403-409, jul./set. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v30n1/v30n1a06.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2013.

GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing research. **Res Nurs Health.**, v. 10, n. 1, p. 1-11, mar. 1987.

GLOVER, M. et al. Barriers to best outcomes in breastfeeding for Maori: mothers' perceptions, Whanau perceptions, and services. **J. Hum. Lact.**, v. 25, n. 307, mar. 2009. Disponível em: <<http://jhl.sagepub.com/content/25/3/307>>. Acesso em: 06 abr. 2013.

GURGEL, A. H.; OLIVEIRA, J. M.; SHERLOCK, M. S. M. Ser-mãe: compreensão dos significados e atitudes de cuidado com o recém-nascido no aleitamento materno. **Rev. RENE**, Fortaleza, v. 10, n. 1, p.: 131-138, jan./mar. 2009. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/455>>. Acesso em: 09 abr. 2013.

HENRY, K. M.; WHITE, G.; BENN, C. Inherited understandings: the breast as object. **Nursing Inquiry.**, [S.l.], v. 16, n.1, p. 33-42, 2009. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440-1800.2009.00428.x/abstract>>. Acesso em: 05 maio 2013.

HERNÁNDEZ, L.; VÁSQUEZ, M. L. Practices and beliefs about exclusive breastfeeding by women living in Commune 5 in Cali. **Colomb. méd.**, Colombia, v. 41, n. 2, p. 161-170, abr./jun. 2010. Disponível em: <<http://www.libsearch.com/view/1100790>>. Acesso em: 08 abr. 2013.

LU, H. et al. Perceived family perceptions of breastfeeding and chinese new mothers' breastfeeding behaviors. **Sexo Reprod healthc**, v. 2, n. 4, p. 143-7, Nov. 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22055982>>. Acesso em: 08 abr. 2013.

MARQUES, E. S.; COTTA, R. M. M.; ARAÚJO, R. M. A. Representações sociais de mulheres que amamentam sobre a amamentação e o uso de chupeta. **Rev. bras. enferm.**, Viçosa, v. 62, n. 4, p. 562-569, jul./ago. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n4/12.pdf>>. Acesso em: 06 abr. 2013.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. P. P.; GALVAO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 mar. 2015.

NEGAYAMA, K. et al. Japan-France-US comparison of infant weaning from mother's viewpoint. **J Reprod infantil Psychol.**, Rockville, v. 30, n. 1, p. 77-91, fev. 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3379788/>>. Acesso em: 10 abr. 2013.

OSMAN, H.; EL ZEIN; WICK, L. Cultural beliefs that may discourage breastfeeding among Lebanese women: a qualitative analysis. **Internacional Amamentação Journal.**, Londres, v. 4, n. 12, nov. 2009. Disponível em: <<http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/4/1/12>>. Acesso em: 06 abr. 2013.

PÁLMER, L. et al. Breastfeeding: an existential challenge - women's lived experiences of initiating breastfeeding within the context of early home discharge in Sweden. **Int J Qual Stud Health Well-being.**, v. 5, n.3, p. 10, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20978548>>. Acesso em: 08 abr. 2013.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. Using research in evidence-based nursing practice. In: Polit DF, Beck CT, editors. **Essentials of nursing research. Methods, appraisal and utilization.** Philadelphia [USA]: Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p.457-94.

ROMAN, A. R.; FRIEDLANDER, M. R. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 3, n. 2, p. 109-12, jul./dez. 1998.

STEINMAN, L. et al. Understanding infant feeding beliefs, practices and preferred nutrition education and health provider approaches: an exploratory study with Somali mothers in the USA. **Matern Child Nutr.**, Rockville, v. 6, n. 1, p. 67-88, jan. 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3049329/>>. Acesso em: 05 abr. 2013.

TARRANT, R.C. et al. The prevalence and determinants of breast-feeding initiation and duration in a sample of women in Ireland. **Public Health Nutrition**, Rockville, v. 13, n. 6, p. 760–770, set. 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19758484>>. Acesso em: 02 abr. 2013.

UCHENDU, U. O.; IKEFUNA, A. N.; EMODI, I. J. Exclusive breastfeeding-the relationship between maternal perception and practice. **Nigerian Journal of Clinical Practice**, v. 12, n. 4, 2009. Disponível em: <<http://www.ajol.info/index.php/njcp/article/view/54639>>. Acesso em: 10 abr. 2013.

VAAALER, M. L. et al. Breast-feeding attitudes and behavior among WIC mothers in Texas. **Journal of Nutrition Education and Behavior.**, v. 42, n. 3, maio/jun. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jneb.2010.02.001>>. Acesso em: 09 abr. 2013.

3 EM BUSCA DE UMA ILUMINAÇÃO TEÓRICO-FILOSÓFICA: A FENOMENOLOGIA DA PERCEPÇÃO DE MERLEAU-PONTY COMO REFERENCIAL

Em busca da compreensão do significado da experiência vivida para o ser-mulher na amamentação com complicações puerperais, identifiquei na corrente filosófica denominada de fenomenologia, e mais especificamente na fenomenologia da percepção de Maurice Merleau-Ponty, uma matriz conceitual que me forneceu iluminação teórica necessária para o desenvolvimento do presente estudo.

Assim sendo, apresento neste capítulo elementos que considere essenciais para uma melhor compreensão, sustentação teórica, análise e discussão dos resultados. O mesmo está subdividido em duas partes. Uma primeira, em que são abordadas algumas notas introdutórias acerca da fenomenologia, sua origem e principais teses, seguida de breve biografia e principais obras de Merleau-Ponty, e uma segunda parte onde aprofundi os elementos conceituais da fenomenologia da percepção propriamente dita, abordando os temas: a percepção como experiência corporal; o campo fenomenal; o corpo e sua inserção no mundo e o mundo percebido.

3.1 NOTAS INTRODUTÓRIAS SOBRE A FENOMENOLOGIA

3.1.1 Origem e principais teses da fenomenologia

O movimento fenomenológico tem sido reconhecido como uma das mais notáveis manifestações filosóficas do século XIX e desperta interesse dos profissionais e pesquisadores de diversos campos de conhecimento (GONÇALVES et al., 2008).

Edmundo Husserl (1859-1938) considerado o fundador da fenomenologia, nasceu em Prossnitz, atual República Tcheca. Estudou na Universidade de Leipzig, obtendo o título de doutor em matemática. Foi apenas nos anos de 1880 que ele despertou seu interesse pela filosofia. Na época ele encontrou o psicólogo e filósofo Franz Brentano, cujo trabalho era voltado para a noção de intencionalidade. Husserl ao assistir às aulas de Brentano, mudou o curso do seu desenvolvimento intelectual, colocando-o na direção da fenomenologia (DARTIGUES, 2008; CERBONE, 2012).

No início do século XX, surge o primeiro trabalho de Husserl, *Investigações Lógicas*, que contém uma objeção à visão tradicional da ciência, particularmente ao ponto de vista positivista, pois o pensamento

científico dominante da época voltava-se para os estudos influenciados pelos modelos galileicos e newtonianos da física que primavam por fatos observáveis e mensuráveis (DARTIGUES, 2008; GONÇALVES et al., 2008; CERBONE, 2012).

Na obra “Investigações Lógicas”, a fenomenologia foi concebida como um tipo de disciplina pura, não empírica que revela as fontes, sem haver quaisquer suposições. A obra de Edmundo Husserl criou uma revolução nas perspectivas de produção de conhecimento na civilização ocidental ao eleger a consciência pré-reflexiva do sujeito como critério de produção de conhecimento, sendo uma ciência rigorosa, mas não exata e que procede por descrição e não por dedução (GONÇALVES et al., 2008; CERBONE, 2012).

Assim sendo, a fenomenologia enfoca a descrição exclusiva dos fenômenos, colocando de lado quaisquer questões referentes às suas origens causais e sua natureza. Por conseguinte, não vai pressupor nada, ficando à parte as descobertas e teorias da ciência, para explorar simplesmente o fenômeno como é dado à consciência. É uma ciência rigorosa, preocupando-se com a realidade como ela é, empregando uma forma de reflexão que possibilita olhar as coisas como elas se manifestam (MOREIRA, 2002; TERRA et al., 2006).

A concepção de fenomenologia como uma ciência pura é a compreensão de que ela é uma ciência que parte do zero, ou seja, uma ciência das essências. As essências referem-se ao sentido ideal ou verdadeiro de alguma coisa, sendo as unidades básicas de entendimento comum de qualquer fenômeno, aquilo sem o que o próprio fenômeno não pode ser pensado. As essências são inerentes aos fenômenos, sem as quais já não é mais o mesmo fenômeno (MOREIRA, 2002).

A fenomenologia estuda os fenômenos vividos da consciência a partir de um conceito fundamental, o da consciência intencional. A ideia de intencionalidade é de que a consciência é sempre consciência de alguma coisa, pois a consciência está dirigida para um objeto. Não significa afirmar que o objeto está inserido na consciência como que dentro de um recipiente, mas que só há sentido do objeto para uma consciência. As essências não têm existência própria, elas não existem fora do ato da consciência, sendo o objeto sempre objeto para uma consciência, ele nunca é objeto em si, mas objeto percebido, pensado, experienciado. Objeto e consciência não são duas entidades separadas na natureza, consciência e objeto se definem a partir da correlação, uma vez que consciência é sempre consciência de algo e se objeto é sempre objeto para uma consciência, fica clara a correlação (DARTIGUES, 2008; GONÇALVES et al., 2008).

A atitude fenomenológica se contrapõe à dicotomia sujeito-objeto, pois na visão de Husserl não há consciência desvinculada do mundo para ser percebido e nem há mundo sem uma consciência para percebê-lo. Na fenomenologia o objeto é sempre para um sujeito que lhe atribui significado, ou seja, a fenomenologia busca a compreensão de um fenômeno, fundamentando-se na premissa de que o homem é sujeito e objeto do conhecimento e vivencia intencionalmente a sua existência, atribuindo-lhe sentido e significado (GONÇALVES et al., 2008; CERBONE, 2012).

Cupani (1985) ressalta que como ocorre no positivismo, também na fenomenologia não há uma posição absolutamente homogênea entre os filósofos. Entretanto, há um consenso geral no que diz respeito à crítica ao positivismo. Na perspectiva de se entender melhor essas críticas, este autor elaborou dez principais teses da fenomenologia a partir das ideias que Husserl, Max Scheler, Maurice Merleau-Ponty e Jean Paul Sartre tinham em comum. Nesse sentido as principais teses são:

1- A Fenomenologia baseia-se em uma atitude intelectual de fidelidade ao que “se manifesta” (*‘phainomenon’*, fenômeno) à consciência de quem se considera “fenomenólogo”. Assim sendo, a reflexão do fenomenólogo tem origem em sua experiência pessoal. Trata-se de “voltar às coisas mesmas”;

2- Tudo quanto é “dado” a consciência humana vale como um “objeto” a propósito do qual é justo formular enunciados e pretender atingir conhecimento;

3- A Fenomenologia baseia-se numa atenção especial aos “fenômenos” (à experiência vivida) com o propósito de vê-los e entendê-los melhor por meio de uma descrição cuidadosa;

4- Possui como pretensão fundamental *todas* as suas afirmações em “dados” e ainda ser um procedimento continuamente *intuitivo*, que aceita qualquer outro recurso tão somente na medida em que se apoie na intuição;

5- A descrição fenomenológica esforça-se para contemplar os fenômenos de forma fiel, detectando neles a “essência”, ou seja, aquilo que caracteriza um fenômeno como *tal* fenômeno;

6- O “essencial” de um fenômeno é aquilo que não pode ser eliminado sem ao mesmo tempo destruir o fenômeno como fenômeno específico. Os elementos não elimináveis devem ainda depender uns dos outros de tal modo que não seja possível modificar um deles sem atingir os outros;

7- A Fenomenologia se limita a pesquisar o “dado” à consciência, o que se “manifesta”. “Consciência”, para a Fenomenologia, é sempre “consciência de (algo)”, a consciência é “intencional” em sentido etimológico: ‘in-tendere’, “dirigir-se a”;

8- A “intencionalidade” da consciência não significa, porém, que ela seja algo passivo, meramente receptivo. Ao contrário, a Fenomenologia acredita que a intencionalidade (maneira como a consciência se dirige a algo) é responsável pela forma como o objeto “se dá” à consciência. A essa tese correspondem os conceitos, centrais no pensamento de Husserl, de ‘noesis’ (literalmente: “pensamento”, o ato de consciência) e ‘noema’ (literalmente: “o pensado”, o objeto assim como ele “aparece” em função de ‘noesis’);

9- A Fenomenologia quando bem entendida e praticada constitui-se a experiência mais originária que um sujeito humano pode fazer. Ela representa o olhar mais limpo e detalhado relativo ao que o sujeito vive efetivamente.

10- A Fenomenologia é possível sob a condição de “suspender”, metódica e transitoriamente, a confiança que o sujeito possui no conhecimento científico e nas convicções do senso comum. Essa suspensão (‘epokhé’, ou “colocação entre parênteses”), significa a abstenção de toda forma de saber prévio, no sentido de não lhe dar por válido, mas tampouco negá-lo, nem criticá-lo.

As teses supracitadas tornam-se relevantes à medida que sintetizam a Fenomenologia como método de investigação. Para este estudo, em particular, as concepções que nortearam foram as de Maurice Merleau-Ponty. Optei pelas ideias deste filósofo por ele ser o que trabalha com a fenomenologia da percepção que se volta para o sensível, à experiência perceptiva, originária, vivida primordialmente no corpo (GONÇALVES et al., 2008; CERBONE, 2012).

O corpo é concebido por Merleau-Ponty em sua totalidade e através desse corpo é possível nossa existência no mundo, como também é a partir dele que nos relacionamos com os outros. Na concepção do filósofo, os fenômenos não podem ser compreendidos separados do ser que os vivencia na totalidade de sua existência. Nesse sentido, acredito que as teorias defendidas por Merleau-Ponty possibilitou a compreensão do fenômeno ora proposto, contribuindo na construção de um cuidado em enfermagem que contemple a mulher em sua singularidade, subjetividade, inserida no mundo, que está em constante relação consigo mesma e com os outros. Um cuidado que contemple a mulher que amamenta com complicações puerperais, verdadeiramente holístico.

3.1.2 Breve biografia e principais obras de Merleau-Ponty

Maurice Merleau-Ponty, escritor e filósofo, nasceu em 14 de março de 1908 em Rochefort e faleceu em 14 de maio de 1961, em Paris. Estudou na École Normale Supérieure em Paris, graduando-se em filosofia em 1931. Merleau-Ponty retornou à École Normal e Supérieure para realizar o doutorado. No ano de 1938 apresentou sua tese preliminar, intitulada “A estrutura do comportamento”, onde foi desenvolvida uma crítica às concepções então predominantes sobre o reflexo condicionado como um fenômeno voltado apenas para a fisiologia como também criticou as teorias behavioristas em psicologia. Em 1945, foi nomeado professor de filosofia, na Universidade de Lyon, sendo chamado para lecionar na Sorbonne, Paris em 1949 (SANTOS, 2004; MERLEAU-PONTY, 2011; CERBONE, 2012).

Merleau-Ponty (2011) conceitua fenomenologia como o estudo das essências, mas também como uma filosofia que repõe as essências na existência, pois para compreender o homem e o mundo é necessário partir de sua facticidade. Para Merleau-Ponty (2011) todo esforço da fenomenologia consiste em reencontrar o contato ingênuo com o mundo, para dar-lhe enfim um estatuto filosófico, sendo uma tentativa descrever a experiência tal como ela é, sem considerar a sua origem psicológica e as explicações causais que o cientista, historiador ou o sociólogo dela possam fornecer.

Ao longo de sua vida envolveu-se com temáticas específicas da fisiologia, psicologia e psicopatologia, sendo fortemente influenciado pela psicologia da Gestalt, particularmente no que diz respeito à estrutura holística da experiência. Esse movimento rejeitou as descrições sensacionistas da experiência perceptual, ou seja, teorias que concebem a percepção como envolvendo algum tipo de átomos sensórios ou sensações como elementos principais em favor de uma teoria que enfatiza a prioridade das formas significativas inerentes à experiência perceptual (GONÇALVES et al., 2008; MERLEAU-PONTY, 2011; CERBONE, 2012).

Em 1945, Merleau-Ponty publica a “Fenomenologia da Percepção”, constituindo-se um marco em sua carreira e um completo repensar do método fenomenológico e da fenomenologia. Nessa obra o filósofo analisa detalhadamente o modo como a experiência se dá a um sujeito, uma vez que todo conhecimento presente em nossa consciência passa primeiramente pela percepção. Uma filosofia enraizada na existência é possível porque nada do que somos e fazemos pode prescindir dos atos perceptivos. Seus pensamentos também são

norteados pela potência da fala e possibilidades do corpo. Para o filósofo é a partir do corpo que se estabelece nossa existência no mundo (MERLEAU-PONTY, 2011; GONÇALVES et al., 2008; CERBONE, 2012).

Nesse sentido o corpo não é um mero autômato, sujeito às forças externas, muito menos abrigo de uma consciência pura capaz de controlá-lo, ao contrário o organismo reage mais a constelação de estímulos do que a elementos isolados. Ao desenvolver essas concepções, Merleau-Ponty questiona as teses científicas sobre o papel da estrutura orgânica na compreensão dos comportamentos humanos, especialmente o funcionamento do sistema nervoso. Trata-se fundamentalmente de questionar a aplicação das leis de causalidade ao comportamento humano (GONÇALVES et al., 2008; MERLEAU-PONTY, 2011; CERBONE, 2012).

Merleau-Ponty, de modo geral, desenvolveu todos os seus pensamentos contrapondo-se às concepções clássicas e argumenta,

que não se tratava de negar ou de limitar a ciência, trata-se de saber se ela tem o direito de negar ou de excluir como ilusórias todas as pesquisas que não procedam como ela por mediações, comparações e que não sejam concluídas por leis, como a física clássica, vinculando determinadas consequências e determinadas condições. Trata-se de saber se a ciência oferece ou oferecerá uma representação do mundo que seja completa, que se baste, que se feche de alguma maneira em si mesma, de tal forma que não tenhamos mais nenhuma questão válida a colocar além dela (MERLEAU-PONTY, 2004. p.6).

Partindo das lacunas deixadas pela ciência e reflexões acerca das teorias que eram predominantes, Merleau-Ponty publicou obras que tratam do corpo, percepção, linguagem, signos e significados, existência e principalmente o ser, para quem esses temas encontram sentido (SOUZA; ERDMANN, 2006). Assim, além da *Estrutura do Comportamento e Fenomenologia da Percepção*, outras obras foram escritas pelo filósofo, como: *Conversas*, *O Olho e o Espírito*, *A Prosa do Mundo*, *O Visível e Invisível*.

“*Conversas*” foi lançada no final de 1948 e consta de sete conferências encomendadas pela rádio nacional francesa, sendo transmitida pela rede programa nacional de radiodifusão do mesmo país, com a finalidade de ser consultada por profissionais e pesquisadores. Os

temas tratados pelo filósofo foram: O mundo percebido e o mundo da ciência; Exploração do mundo percebido: O espaço; Exploração do mundo percebido: As coisas sensíveis; Exploração do mundo percebido: a animalidade; O homem visto de fora; A arte e o mundo percebido; e por último, o mundo clássico e o mundo moderno (MERLEAU-PONTY, 2004a).

O Olho e o Espírito foi o último livro escrito por Merleau-Ponty, que ele pôde concluir em vida. Nessa obra o filósofo volta a fazer questionamentos acerca da visão e da pintura e busca mais uma vez palavras que sejam capazes de explicar o milagre do corpo humano, seu diálogo mudo com os outros, com o mundo e consigo mesmo, bem como as fragilidades desse milagre. Reencontra-se nessa obra, uma crítica à ciência moderna, de sua confiança em suas construções, como também uma crítica ao pensamento reflexivo e sua incapacidade de explicar a razão da experiência do mundo de onde ela surge. O Olho e o Espírito mostra uma forma diferente de escrita, a meditação que Merleau-Ponty faz em torno da pintura, fornece uma linguagem nova, próxima da linguagem literária e poética, uma linguagem que consegue subtrair todos os artifícios da técnica que a academia cria ser inseparável da filosofia (LEFORT, 2004; MERLEAU-PONTY, 2004b).

A Prosa do Mundo, último manuscrito inacabado devido a sua morte, publicado em 1969, o filósofo destaca a possibilidade de diálogo das formas de conhecimento científico e filosófico com a arte, pois os objetos da arte detêm o olhar colocando-lhe questões. A filosofia como uma forma de reaprender a ver o mundo e o mundo de toda a gente, assim como a educação tem na arte e na cultura em geral, possibilidades singulares de conhecimento (MERLEAU-PONTY, 2002; NÓBREGA, 2007; CERBONE, 2012).

O Visível e o Invisível, uma obra que Merleau-Ponty estava escrevendo na ocasião do seu falecimento e, portanto, considerada inacabada, é permeada por uma concepção de que o problema ontológico é aquele ao qual se subordinam todos os outros e devido a isso, a ontologia não pode ser um teísmo, um naturalismo ou um humanismo, em outras palavras, não pode identificar o Ser com um dos seres – Deus, o homem ou a natureza. Assim sendo, essa obra circunscreve três concepções filosóficas que serão afastadas pelo filósofo: o teológico, que coloca o Absoluto como início de tudo; o humanista, presente tanto nas filosofias da consciência quanto nas antropologias filosóficas, que faz da subjetividade o ponto de partida; e, enfim, o naturalismo cientificista e o materialismo que, visando corrigir

as tendências anteriores, concebem o homem e o mundo como processos objetivos impessoais (MERLEAU-PONTY, 2005; CHAÚÍ, 2010).

É também na obra *O Visível e o Invisível* que Merleau-Ponty aprofunda as questões referentes à consciência e propõe de forma radical resolver o problema da relação entre ela, o mundo e o corpo. Assume a reversibilidade do sensível como solo primeiro das experiências e o corpo é apresentado como simultaneidade do sujeito e do objeto no ato sensível. Caso tocamos nosso corpo ou o mundo, nunca haverá coincidência entre as duas partes da experiência. Cada um deixa algo escapar da outra quando estão prestes a se encontrar, para exemplificar sua posição, o filósofo descreve o toque da mão direita pela mão esquerda, como determinar qual é a que toca e qual é a tocada? (GONÇALVES et al., 2008).

3.2 A FENOMENOLOGIA DA PERCEPÇÃO

Para melhor elucidação das ideias desenvolvidas por Merleau-Ponty em sua obra “*Fenomenologia da Percepção*”, tomadas como base para fundamentar teórica e filosoficamente o presente estudo, discorrerei acerca delas, dividindo-as em quatro subtemas: o primeiro, abordando a percepção como uma experiência corporal, o segundo, o campo fenomenal, o terceiro, o corpo e sua inserção no mundo e o quarto e último, o mundo percebido.

3.2.1 A percepção como uma experiência corporal

Na concepção de Merleau-Ponty (2011), a percepção é “o fundo sobre o qual todos os atos se destacam e ela é pressuposta por eles. O mundo é o campo dos meus pensamentos e das as minhas percepções, pois o homem está no mundo e é no mundo que ele se conhece” (MERLEAU-PONTY, 2011, p.6). Ao desenvolver suas ideias acerca da percepção, Merleau-Ponty (2011) critica o empirismo e intelectualismo, desenvolvendo na sua obra argumentos que comprovam a insuficiência desses para explicar a experiência perceptual. Nessa perspectiva surge a discussão no que se refere aos conceitos de sensação e juízo.

Para o empirismo, sensação é o reflexo preciso ou uma resposta físico fisiológica a um estímulo externo também exato. Assim, a percepção é descrita como uma recepção de estímulos e posse de sensações e a experiência perceptual é composta por canais independentes, ou seja, há um fluxo separado de sensações (CHAÚÍ, 2000; CERBONE, 2012).

Chauí (2000) esclarece que em relação à sensação e percepção, tanto as teorias empiristas como as intelectualistas, apesar de suas diferenças, concordavam num aspecto: julgavam que a sensação era uma relação de causa e efeito entre pontos das coisas e pontos de nosso corpo. As coisas seriam como mosaicos de qualidades isoladas justapostas e nosso aparelho sensorial (órgãos dos sentidos, sistema nervoso e cérebro) também seria um mosaico de receptores isolados e justapostos. Por isso, a percepção era considerada a atividade que “somava” ou “juntava” as partes numa síntese que seria o objeto percebido.

Em relação ao juízo, a visão tradicional o descreve como desempenhando um papel central na experiência perceptual, ou seja, perceber alguma coisa consiste em fazer juízo a respeito dessa coisa. Assim sendo, na visão clássica o juízo aliado à sensação forma a percepção, porém Merleau-Ponty mostra que se a percepção interpreta, ela o faz a partir do mundo, com sentido sensível, anterior a qualquer juízo (REIS, 2008).

Ao descrever os sujeitos da experiência como aqueles destinados ao mundo, Merleau-Ponty (2011) argumenta que a lição mais importante que a redução fenomenológica possui é a impossibilidade da redução por completo. O filósofo ressalta que os seres humanos não são parte do mundo como objetos da biologia, psicologia e da sociologia, uma vez que tudo aquilo que sabemos do mundo, mesmo por ciência, sabemos a partir da nossa visão ou da nossa experiência do mundo, assim sendo, a experiência perceptual nunca exclui o caráter mundano de nossa existência.

Cerbone (2012) afirma que para Merleau-Ponty a descrição mais fundamental da experiência perceptual envolve a ideia de figura e fundo. Mesmo a experiência visual mais simples envolve noções de figura e fundo. Assim, nossa experiência imediata não envolve uma consciência de quaisquer unidades sensíveis como defende o empirismo, ao contrário, por exemplo, quando vemos algo, vemos dentro de uma cena contra um pano de fundo. Ao discorrer acerca dessa temática Merleau-Ponty (2011) diz que quando percebemos algo, sempre percebemos no meio de outra coisa, o algo percebido sempre faz parte de um campo, pois um dado perceptível isolado é inconcebível, uma superfície homogênea não oferece nada a perceber, não há nenhuma percepção. Resumindo, ocorre o que Cerbone (2012) denomina de integridade da percepção, a qual prioriza o todo sobre as partes, de forma que as partes não são independentes, mas são interligadas umas às outras e o todo, as constituem.

Para clarear melhor esse aspecto de integridade da percepção defendido por Merleau-Ponty (2011), Chauí (2000) afirma que sentimos e percebemos formas, ou seja, totalidades estruturadas com sentido e significação. Por exemplo, ter a sensação e a percepção de um cavalo é sentir/perceber de uma só vez sua cor, suas partes, sua cara, seu lombo e seu rabo, seu porte, seu tamanho, seu cheiro, seus ruídos, seus movimentos. O cavalo-percebido não é um feixe de qualidades isoladas que enviam estímulos ao meu sistema nervoso (como afirma o empirista), nem um objeto indeterminado aguardando que meu pensamento diga às minhas sensações: “Este objeto é um cavalo” (como afirma o intelectualista). O cavalo-percebido não é um mosaico de estímulos exteriores (empirismo), nem uma ideia (intelectualismo), mas é, precisamente, um cavalo-percebido.

Para Merleau-Ponty as propriedades do ver, ouvir, tocar, cheirar e provar, não apenas se influenciam mutuamente, como também são influenciadas por respostas afetivas e emocionais. Consequentemente, ao definir a percepção pelas propriedades físicas e químicas dos estímulos que agem em nossos aparelhos sensoriais, o empirismo elimina da percepção a cólera ou a dor que, todavia há num rosto, a essência que apreendemos em uma hesitação, em uma reticência ou ainda uma cidade que conhecemos através da atitude de um funcionário ou no estilo de um monumento. A percepção assim empobrecida torna-se uma operação de puro conhecimento, um registro de qualidades e o sujeito que percebe fica perante o mundo como o cientista diante de suas experiências. Entretanto, se admitimos que ao percebermos algo, ocorrem projeções, associações e transferências que estão fundadas em algum caráter intrínseco do objeto, o mundo humano deixa de ser uma metáfora para ser o que ele é, o meio e a pátria de nossos pensamentos (MERLEAU-PONTY, 2011; CERBONE, 2012).

Na exploração do mundo percebido as coisas não são simples objetos que contemplamos diante de nós, elas suscitam em nós reações favoráveis ou desfavoráveis, e é por isso que os gostos de um homem, seu caráter, sua atitude em relação ao mundo, são impressos nos objetos que ele escolheu para estar ao seu redor, nas cores que prefere ou nos lugares onde gosta de passear. Os objetos que habitam em nossos sonhos são da mesma forma significativos, nossa relação com os objetos não é uma relação distante cada uma fala ao nosso corpo e a nossa vida porque são revestidas de características humanas (dóceis, agressivos, resistentes). O homem encontra-se nas coisas e as coisas estão investidas nele (MERLEAU-PONTY, 2004).

Sendo assim, quando a percepção ocorre, há a unificação das funções motoras e afetivas, revelando a importância de se voltar para existência. O filósofo ao estudar as relações entre o sujeito, seu corpo e o mundo, admite que é pelo corpo que sabemos o que acontece ao redor, são as posturas corporais que proporcionam a cada momento uma noção de nossas relações com as coisas e outros corpos. Há na experiência perceptual um caráter corporificado, a integridade da percepção é caracterizada pela integridade da autoexperiência corporal edificada sobre ela. Merleau-Ponty reforça a teoria da percepção fundada na experiência do sujeito encarnado, do sujeito que olha, sente e, nessa experiência do corpo fenomenal, do corpo vivido (GONÇALVES et al., 2008; NÓBREGA, 2008; CERBONE, 2012).

Para o filósofo o corpo não é um mero objeto orgânico no mundo e também não é uma ideia, é corpo vivido. O corpo torna-se o ponto de vista sobre o mundo, sendo a fonte de sentido das coisas no mundo. Existe um sentido introjetado nos movimentos, gestos, posturas do corpo que revelam um modo intencional de o sujeito estar presente no mundo. O sujeito experiencia intencionalmente o mundo para depois elaborar um conceito sobre ele. As significações surgem das relações do corpo com o mundo, e antes de serem concebidas como um ato de pensamento são atribuídas à atividade corporal, possibilitando reconhecer no corpo um núcleo de significados, em que não se separa a expressão do expresso (MERLEAU-PONTY, 2011).

Merleau-Ponty ao discorrer acerca dos fenômenos da experiência vivida fundamenta suas concepções exemplificando duas situações patológicas, o caso do membro fantasma e um caso de um homem chamado Schneider. Em particular, no primeiro caso, o paciente continua a sentir a presença de um membro que foi amputado, uma vez que, pacientes com membros cortados relatarão dores e outras sensações no membro perdido, além de vez em quando agirem de forma que pressupõem a presença do membro. Para esclarecer essas situações, Merleau-Ponty volta-se para as teorias que tentam explicar o fenômeno do membro fantasma (MERLEAU-PONTY, 2011; CERBONE, 2012).

O modelo fisiológico explica o estado do membro fantasma em termos principalmente da continuação dos impulsos nervosos do coto remanescente após a amputação. Já o modelo intelectualista defende que quando há recordação das circunstâncias em que houve a perda do membro ou quando alguém que estava envolvido nas circunstâncias da perda é encontrado, lembram o paciente o membro perdido denotando um caráter psicológico a experiência (CERBONE, 2012).

Merleau-Ponty (2011) afirma não admitir nem a explicação fisiológica, nem a explicação psicológica, nem tão pouco a explicação mista para o fenômeno do membro fantasma. Tanto a explicação empirista como a intelectualista são falhas, embora, haja méritos, suas inadequações e antagonismos revelam que nenhum deles é suficiente (CERBONE, 2012).

A compreensão do membro fantasma é possível na perspectiva do ser no mundo. A recusa à mutilação e à deficiência é um engajamento do eu no mundo físico e inter-humano, que continua a ampliar-se para seu mundo, mesmo diante das deficiências e amputações. A recusa à deficiência demonstra nossa inerência ao mundo, a negação implícita daquilo que contrapõe ao movimento natural que nos impulsiona às nossas tarefas, às nossas preocupações, aos nossos horizontes familiares (MERLEAU-PONTY, 2011). Portanto, a descrição de Merleau-Ponty acerca do membro fantasma é traduzida na autoexperiência corporal, o corpo é o veículo do ser no mundo, nesse sentido tenho consciência do mundo por meio do meu corpo (MERLEAU-PONTY, 2011).

Merleau-Ponty rompe com a noção de corpo-objeto e reforça a teoria da percepção fundada na experiência do sujeito encarnado, do sujeito que olha, sente e, nessa experiência do corpo fenomenal, reconhece o espaço como expressivo e simbólico. Para o filósofo o corpo possui várias implicações com a história e cultura. Sob o sujeito encarnado, ocorre a interdependência como corpo, o tempo, o outro, a afetividade, o mundo da cultura e das relações sociais (NÓBREGA, 2008; MERLEAU-PONTY, 2011).

Ao descrever essa comunicação vital do corpo com o mundo, Merleau-Ponty cria o conceito de “campo fenomenal”. Este campo consiste em reencontrar uma experiência direta do corpo no mundo vivido, aquém dos conceitos. Ele se dá pela relação “eu, o outro e as coisas” em estado nascente, cujo sentido deverá ser ampliado até a ideia de motricidade, afetividade e expressão (MERLEAU-PONTY, 2011; REIS, 2008). Devido à importância do conceito de campo fenomenal, tecerei algumas reflexões acerca dessa temática a partir do pensamento de Merleau-Ponty.

3.2.2 O campo fenomenal

Ao iniciar o capítulo que trata a temática do campo fenomenal, Merleau-Ponty se volta para o sentir, e o conceitua como uma comunicação vital com o mundo, tornando esse mundo presente para nós como um lugar familiar de nossa vida. É ao sentir que o objeto

percebido e o sujeito que percebe devem sua espessura. O sentir é o tecido intencional que o conhecimento procurará decompor (MERLEAU-PONTY, 2011).

Nesse contexto, o filósofo aponta que o momento decisivo da percepção é o surgimento de um mundo verdadeiro e exato. Para encontrar esse mundo em seu estado original, precisamos deixar de lado o prejuízo do mundo e encontrar um campo fenomenal que nos dê acesso à experiência direta (MERLEAU-PONTY, 2011).

A fim de elucidar a noção de campo fenomenal, Merleau-Ponty volta a tecer considerações acerca da visão tradicional da ciência em torno da percepção, sensação e sua relação com o corpo. De acordo com Merleau-Ponty (2011) a expressão que faz o corpo aparecer como manifestação no exterior, ou seja, por exemplo, nossos gestos, sorrisos ou um sotaque de alguém que fala, ao ser explicado pela fisiologia mecanicista como uma série de reações causais converte o corpo vivo em uma coisa sem interior.

Na visão tradicional, o sentir é destacado da afetividade e da motricidade, tornando-se a simples recepção da qualidade, e assim o corpo vivo deixa de ser os nossos corpos, a expressão do Ego concreto e passa a ser um objeto entre os outros. Por conseguinte, o corpo do outro não é percebido por mim como o invólucro de um outro Ego. Assim, o corpo vivo torna-se um interior sem exterior, o ser humano torna-se um expectador imparcial (MERLEAU-PONTY, 2011).

Contraopondo-se à visão tradicional, Merleau-Ponty (2011) concebe a percepção como aquela que retoma o mundo vivido aquém do mundo objetivo. Ao encontrar o mundo vivido nos é possível compreender os limites do mundo objetivo, devolver à coisa sua fisionomia concreta, restituir à subjetividade sua inerência histórica, reencontrar os fenômenos, retornar ao sistema “Eu-Outro-as coisas” no estado inicial.

Assim sendo, para Merleau-Ponty o campo fenomenal aparece no resgate da percepção que retoma o mundo vivido. Temos aqui o fenômeno que é o modo como as coisas e o mundo se apresentam para o sujeito, e isso não ocorre de forma que a coisa e o mundo sejam pura idealidade. Também não pode ser pura subjetividade, esse fenômeno aparece em um campo onde temos a estrutura das relações sujeito-objeto e sujeito-sujeito. O fenômeno tem sua origem no campo fenomenal que é na relação imediata entre sujeito e mundo. O mundo não pode ser representado, e sim constituído pela relação entre sujeito-mundo, através da percepção (MERLEAU-PONTY, 2011; HONÓRIO, 2012).

Essa experiência direta do corpo que o “campo fenomenal” busca reencontrar, revela o caráter transcendental da fenomenologia. Esse caráter significa que a reflexão não possui o olhar do mundo inteiro, ela apenas dispõe de uma visão parcial e de uma potência limitada. A reflexão não ocorre sem levar em consideração minha educação, cultura e história. Por conseguinte, os pensamentos originários que contribuem para minha percepção nunca surgem ao mesmo tempo (MERLEAU-PONTY, 2011).

O filósofo chama a atenção para a necessidade de não apenas praticarmos a filosofia, mas também de dar-nos conta da transformação que ela proporciona no mundo e em nossa existência. A filosofia se encontra no começo perpétuo da reflexão, sendo que a reflexão verdadeira ocorre sobre o irrefletido, havendo uma mudança na estrutura de nossa existência (MERLEAU-PONTY, 2011). Ao realizar a verdadeira reflexão, posso me perceber como um ser pensante que existe no mundo, possuidor de um ego que pode meditar sobre o mundo objetivo e encontrar características individuais de um eu. Esse raciocínio me faz perceber a relação existente entre mim e o outro que também existe no campo transcendental de uma forma inteiramente particular (MERLEAU-PONTY, 2011; HONÓRIO, 2012).

3.2.3 O corpo e sua inserção no mundo

Nessa seção teceremos algumas considerações sustentadas por Merleau-Ponty que envolvem o corpo inserido no mundo, ou seja, a partir da experiência do ser no mundo, o filósofo desenvolve conceitos que contemplam o corpo nas dimensões da espacialidade, motricidade e tempo como também as relações que são estabelecidas desse corpo com a linguagem. Sendo assim, este capítulo constará de duas subdivisões inspiradas na obra Fenomenologia da Percepção de Merleau-Ponty (2011). A espacialidade do corpo próprio e a motricidade e o corpo como expressão e fala.

3.2.3.1 A espacialidade do corpo próprio e a motricidade

O corpo encontra-se vinculado ao mundo e a percepção se faz com um corpo através de sua existência em um mundo espacial e temporal, as palavras de Merleau-Ponty (2011) a seguir mostram esse aspecto:

Enquanto tenho um corpo e através dele ajo no mundo, para mim o espaço e o tempo não são uma

soma de pontos justapostos, nem tão pouco uma infinidade de relações das quais minha consciência operaria a síntese e em que ela implicaria meu corpo; não estou no espaço e no tempo, não penso o espaço e o tempo; eu sou no espaço e no tempo, meu corpo a eles e os abarca. A amplitude dessa apreensão mede a amplitude de minha existência (MERLEAU-PONTY, 2011, p.194 -195).

Merleau-Ponty (2011) se dedica a conceituar espaço e temporalidade no intuito de esclarecer a relação deles com o corpo e o mundo. Nesse sentido o filósofo considera que o espaço opõe-se ao concreto e suas localizações absolutas. Porém o espaço encontra-se desenhado no nosso corpo havendo uma correlação inseparável. Os lugares do espaço se definem em torno de nós, no alcance dos nossos objetivos ou dos nossos gestos. Para que possamos ser representados no espaço é preciso que primeiro tenhamos sido incluídos nele por nosso corpo.

Ao iniciar a reflexão acerca da espacialidade, Merleau-Ponty (2011) descreve como a visão tradicional em torno do espaço é equivocada. Para exemplificar sua posição, ele diz que quando um braço encontra-se sobre a mesa, não podemos dizer que está ao lado do cinzeiro, da mesma forma que o cinzeiro encontra-se ao lado do telefone. Não podemos pensar assim, porque conforme Merleau-Ponty (2011) as partes do nosso corpo estão relacionadas umas às outras de uma maneira original, não sendo, portanto, uma junção de órgãos justapostos no espaço. Afirma ainda o filósofo que a posse do meu corpo é uma posse indivisa e tenho ciência da posição de cada um dos meus membros, por meio de um esquema corporal.

Nesse sentido, Merleau-Ponty (2011) introduz a noção de esquema corporal. O filósofo ressalta que a noção de esquema corporal é ambígua, surgindo dessa característica duas definições que não contemplam verdadeiramente a conceituação de esquema corporal. Na primeira, o esquema corporal seria uma junção de conteúdos sensoriais que se associam a partir da infância. Na segunda definição, o esquema corporal não é mais considerado um simples resultado das associações realizadas no decorrer da experiência, mas uma tomada de consciência global de minha postura no mundo intersensorial, uma 'forma' no sentido da Gestalpsychologie (MERLEAU-PONTY, 2011; LEAL 2012).

Para Merleau-Ponty (2011), as duas definições estão ultrapassadas porque o esquema corporal integra as partes existentes do corpo em si ativamente, em razão de seu valor para os projetos do organismo. O esquema corporal, para o filósofo, é a maneira que meu corpo está no mundo. Ao discutir o esquema corporal nessa perspectiva, Merleau-Ponty (2011) traz à tona uma espacialidade corporal de situação e não de posição.

O filósofo diz que quando usamos a palavra “aqui” aplicada ao nosso corpo, não quer dizer uma posição determinada pela relação com outras posições, mas significa a instalação das primeiras coordenadas, a ancoragem do corpo vivo em um objeto, a situação do corpo em relação as suas tarefas. Resumindo, a espacialidade do esquema corporal é dinâmica, pois se refere às partes do corpo envolvidas em situação. O corpo não se reduz ao espaço, mas seu movimento é meio de percepção do espaço, do tempo e da ação (REIS, 2008; MERLEAU-PONTY, 2011). Nesse sentido, a espacialidade exterior é condicionada pela espacialidade corporal, da mesma forma que o corpo inserido no mundo realiza-se na ação, no movimento do ser no mundo (LEAL, 2012).

Merleau-Ponty (2011) passa a discutir a motricidade do corpo através de uma distinção entre movimento abstrato e movimento concreto, fazendo uma comparação entre um sujeito doente acometido de cegueira psíquica e um sujeito considerado normal. O filósofo explica que o sujeito doente ao fechar os olhos é incapaz de executar os movimentos abstratos, ou seja, movimentos que não estão orientados para uma situação efetiva. Como, por exemplo, mover as pernas ou os braços sob um comando, ou ainda não consegue descrever a posição do seu corpo ou mesmo de sua cabeça. A execução de movimentos abstratos apenas serão possíveis mediante a permissão a esses doentes de olhar o membro que foi designado para realizar o movimento ou ainda de executar movimentos preparatórios com todo o seu corpo (MERLEAU-PONTY, 2011).

Por outro lado, quando se trata de o doente executar os movimentos necessários à vida, contanto que eles sejam habituais, mesmo com olhos fechados, ele os executa com uma rapidez e uma segurança surpreendentes. Nesse segundo caso, os movimentos aqui descritos são nomeados de concretos (MERLEAU-PONTY, 2011).

Merleau-Ponty (2011) ao descrever o sujeito normal, exemplifica que quando o sujeito normal executa sob o comando uma saudação militar, interpreta essa situação como uma experiência, restringindo o movimento aos seus elementos mais significativos e não se coloca ali por inteiro. O sujeito normal e o ator, por exemplo, não

tornam reais as situações imaginárias, mas, ao contrário, destacam seu corpo real de sua situação vital para fazê-lo falar, respirar e até chorar no imaginário. Resumindo, para o doente os movimentos abstratos são transtornantes e, na maioria, às vezes de execução impossível, já no normal além de mobilizar seu corpo para situações reais ele pode agir num mundo virtual (LEAL, 2012).

Por conseguinte, o movimento abstrato é responsável por cavar no interior do mundo pleno, no qual se faz o movimento concreto, uma zona de reflexão e de subjetividade, sobrepondo-se ao espaço físico, um espaço virtual ou humano. O movimento concreto ocorre no ser ou no atual, já o movimento abstrato acontece no que é possível ou no não ser (MERLEAU-PONTY, 2011).

O filósofo explica ainda que as limitações encontradas nos doentes é porque os movimentos abstratos exigem um poder de traçar fronteiras no mundo dado, traçar direções, dispor perspectivas, em outras palavras, organizar o mundo dado conforme os projetos do momento, construir um sistema de significações que represente no exterior a atividade interna do sujeito. Para os doentes o mundo só existe como um mundo pronto, já nos normais os projetos polarizam o mundo e fazem surgir nele sinais inúmeros que conduzem à ação, da mesma forma que os letreiros de um museu conduzem a um visitante.

Merleau-Ponty (2011) segue mostrando como são estabelecidas as relações do corpo, espaço e mundo, voltando-se novamente para o exemplo de uma pessoa doente. No entender do filósofo o doente picado por um mosquito ao coçar o local com sua mão, estabelece uma relação vivida no sistema natural do corpo próprio. A operação é de ordem fenomenal, não passa por um mundo objetivo, e apenas aquele que está observando é que atribui ao sujeito que se movimenta uma representação objetiva do corpo vivo. Merleau-Ponty (2011) cita um sujeito posto diante de sua agulha, tesoura e suas tarefas familiares. Esse sujeito não precisa procurar suas mãos ou seus dedos porque eles não são objetos a serem encontrados num espaço objetivo, mas potências já mobilizadas pela percepção da tesoura ou da agulha, ou seja, há presença de fios intencionais que ligam o sujeito aos objetos. Nunca é o nosso corpo objetivo que movemos, mas movemos nosso corpo fenomenal, é o nosso corpo que se levanta para pegar os objetos e os percebe.

Segundo Merleau-Ponty (2011) a motricidade é entendida enquanto intencionalidade original. A experiência motora do nosso corpo não é um caso singular de conhecimento, ela nos fornece uma forma de ter acesso ao mundo e ao objeto e essa experiência deve ser

reconhecida como original e originária. Nesse sentido o filósofo esclarece:

O movimento não é o pensamento de um movimento e o espaço corporal não é o espaço pensado ou representado. Cada movimento determinado ocorre em um meio, sobre um fundo que é determinado pelo próprio movimento (...). Um movimento é apreendido quando o corpo o compreendeu, quer dizer, quando ele o incorporou ao seu mundo, e mover seu corpo é visar às coisas através dele, é deixá-lo corresponder a sua solicitação, que se exerce sobre ele sem nenhuma representação. Portanto, a motricidade não é como uma serva da consciência, que transporta ao corpo ao ponto do espaço que nós previamente nos representamos. Para que possamos mover nosso corpo em direção a um objeto, primeiramente é preciso que o objeto exista para ele, é preciso então a região do em “si” (MERLEAU-PONTY, 2011,p.193).

No entendimento de Merleau-Ponty (2011) o nosso corpo habita o espaço e o tempo, ou seja, na medida em que tenho corpo ajo no mundo, o espaço e o tempo não é uma soma de justapostos, muito menos uma infinidade de relações das quais minha consciência operaria uma síntese. Não estou no espaço e no tempo, não penso o espaço e o tempo; eu sou no espaço e no tempo meu corpo envolve o espaço e o tempo. A intensidade dessa apreensão mede a intensidade de minha existência (MERLEAU-PONTY, 2011).

Entretanto, essa inserção no espaço e no tempo nunca é total porque a motricidade os modela de acordo com uma intencionalidade do corpo frente ao mundo, a qual por ser aberta não se limita a um sistema de posições atuais. Diante dos limites no que se refere à compreensão do esquema corporal como um simples poder do organismo de localizar-se espacialmente e mover-se no tempo, obtém-se uma nova via de análise: a do ser no mundo (ALVARENGA, 2011; MERLEAU-PONTY, 2011).

O esquema corporal como uma experiência do corpo no mundo suscita o hábito enquanto renovador desse esquema. O filósofo faz uma análise sobre a aquisição dos hábitos motores e exemplifica um sujeito que adquire o hábito de uma nova dança. Ele explica que para dançar se faz necessário que a nova dança agregue em si certos elementos da motricidade geral, ou seja, em primeiro lugar é preciso uma consagração

motora. É o corpo que apanha e compreende o movimento. Assim, a aquisição do hábito é uma apreensão de significação, mas é uma apreensão de significação motora (MERLEAU-PONTY, 2011).

Para melhor esclarecer a noção de hábito, Merleau-Ponty (2011) aponta outras situações presentes no nosso dia a dia, como uma mulher que usa um chapéu e alguém que dirige um automóvel. No caso da mulher, ele diz que ela mantém distância segura entre a pluma do seu chapéu e os objetos que poderiam danificá-lo. Semelhantemente o motorista ao conduzir um automóvel até uma rua estreita, avalia a largura do carro em relação à rua e assim verifica se poderá passar ou não.

O filósofo esclarece que nesses casos não se trata de uma estimativa rápida de comparação entre larguras e distâncias, mas de ter ciência que os lugares do espaço não se definem como posições objetivas em relação ao nosso corpo. Os lugares no espaço registram em torno de nós o alcance variável de nossos objetivos e gestos. Nas palavras de Merleau-Ponty:

Habituar-se a um chapéu, a um automóvel ou a uma bengala é instalar-se neles ou, inversamente, fazê-los participar do caráter volumoso do nosso corpo próprio. O hábito exprime o poder de dilatar nosso ser no mundo ou de mudar de existência anexando a nós novos instrumentos (MERLEAU-PONTY, 2011 p. 199).

Por isso, o hábito não é nem um conhecimento nem automatismo, ele é um saber que está em nossas mãos, entregando-se apenas ao esforço corporal, não podendo ser traduzido por uma designação objetiva. Para se adquirir um hábito faz-se necessário que o corpo compreenda e compreender é experimentar uma espécie de combinação entre aquilo que visamos e aquilo que é dado, em outras palavras entre a intenção e a efetuação, sendo o corpo nosso ancoradouro no mundo (MERLEAU-PONTY, 2011).

De acordo com Merleau-Ponty (2011), o hábito não reside nem no pensamento nem no corpo objetivo, porém reside num corpo como mediador do mundo. Para ilustrar sua afirmação o filósofo se reporta a um organista experiente. O organista ao ter contato com um instrumento que não é o seu habitual, precisa de uma hora de trabalho em média para estar em condição de executar seu programa. Um tempo tão pequeno não permite julgar que reflexos condicionados novos substituam os reflexos já estabelecidos. Mas, o organista ao sentar no banco, acionar

os pedais e tocar as teclas, avalia o instrumento com seu corpo, instalando-se no órgão como nós habitamos em uma casa.

Durante o ensaio e execução, as teclas, os pedais e os teclados são dados ao organista como potências de valor emocional e musical, e suas posições apenas lhe são dadas como lugares onde esse valor aparece no mundo, não sendo, portanto, posições no espaço objetivo. Entre a música que está indicada na partitura e a música que de fato ressoa do órgão, há uma relação tão direta que o corpo do organista e o instrumento são apenas o lugar de passagem dessa relação. Nesse sentido, corpo é sobretudo um espaço expressivo (MERLEAU-PONTY, 2011).

Em relação à temporalidade, Merleau-Ponty (2011) acredita que a temporalidade é formada pela subjetividade, pois há uma relação íntima do tempo com ela. Para elucidar melhor tal afirmação o autor teoriza que a noção de acontecimento não tem lugar no mundo objetivo, já que este é desprovido de passado e de futuro. Os acontecimentos não são sucessivos, pois eles assim como a formação da neve no alto da montanha, o seu derretimento, a formação da água e do rio, e assim por diante, são recortes do mundo objetivo. A noção de “acontecimento” adquire sentido a partir da presença de alguém, a quem alguma coisa acontece. O tempo supõe necessariamente um sujeito, ele não é um processo real, o tempo surge de minha relação com as coisas. Nas coisas, o futuro e o passado são preexistentes e sobrevivem eternamente, “aquilo que para mim é passado ou futuro está presente no mundo” (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 552).

Ao se referir ao passado, Merleau-Ponty (2011) cita o exemplo de sua mesa, como uma forma de clarificar essa relação com o sujeito. Segundo ele, na sua mesa havia manchas de tinta e inscrição de suas iniciais. Porém esses traços por si mesmos não remete a ninguém o passado, eles são o presente, e se ele encontrou na mesa signos de algum acontecimento anterior, é porque ele encontrou o sentido no passado e porque o filósofo trazia consigo essa significação. Assim sendo, na visão de Merleau-Ponty (2011), a análise do tempo nos permite pensar no ser, “porque é pelas relações entre o tempo sujeito e o tempo objeto que podemos compreender as relações entre o sujeito e o mundo” (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 577).

Ivo e César (2008) ao sintetizarem as ideias de Merleau-Ponty acerca da temporalidade, mostram que o homem é temporalizado ao mesmo tempo em que é temporalizante e o tempo não é aquele contado no relógio ou o retirado da rotação da terra, mas é algo que vive na intimidade do ser humano. Dessa forma, permite o sujeito buscar em sua

experiência vivencial, em sua ação dialética, um recurso para promover uma história e a validar numa intersubjetividade, numa interação com o outro, a qual comporta igualmente um sentido histórico.

3.2.3.2 O corpo como expressão e fala

Merleau-Ponty (2011) reconhece o corpo como uma unidade separada do objeto científico e visualiza que descrevendo o fenômeno da fala poderia ultrapassar, uma vez por todas, a dicotomia entre sujeito e o objeto. A posse da linguagem, em linhas gerais, é compreendida pela simples existência efetiva de imagens verbais, ou seja, traços que são deixados em nós pelas palavras pronunciadas ou ouvidas. O filósofo afirma que não importa muito se esses traços são corporais ou que eles sejam depositados em um psiquismo inconsciente, o relevante é que nos dois casos não há sujeito falante. Para a compreensão da linguagem, Merleau-Ponty propõe abordar a fala em sua origem, recuperando o movimento primordial do ato expressivo, o que corresponde a língua em seu estado nascente.

Nesse sentido, Merleau-Ponty (2011) desenvolve uma crítica às duas abordagens tradicionais, o empirismo e o intelectualismo. Para o empirismo a palavra não é mediada por nenhum conceito, elas surgem segundo a organização da mecânica nervosa ou segundo as leis da associação, sendo assim, as palavras não possuem sentido, são apenas um fenômeno psíquico, fisiológico ou físico. Em relação ao intelectualismo, a palavra continua carente de uma eficácia própria, pois é somente o signo exterior de um reconhecimento interior, uma operação categorial, desprovida de sentido, uma vez que é o pensamento que possui sentido e a palavra continua sendo um invólucro vazio (MERLEAU-PONTY, 2011).

Nessas perspectivas, a palavra é tão somente um fenômeno articular, sonoro, ou a consciência desse fenômeno, mas em qualquer um dos casos, as palavras são apenas o acompanhamento exterior do pensamento. O filósofo afirma que no ponto de vista do empirismo, estamos aquém da palavra enquanto significativa, já que não há ninguém que fale. No intelectualismo, estamos além, uma vez que há um sujeito, mas ele não é falante, é um pensante. Consequentemente, tanto o intelectualismo como o empirismo tornam-se sem êxito em explicar a dimensão da linguagem, pela simples observação que a palavra possui um sentido (MERLEAU-PONTY, 2011).

Merleau-Ponty (2011) segue demonstrando que se é o pensamento que possui sentido e não a palavra, então por que um objeto

que nos é familiar parece-nos indefinido enquanto não encontramos o seu nome? Ou então, por que o sujeito pensante encontra-se ignorante de seus pensamentos enquanto não os formulou para si, ou mesmo os pronunciou e escreveu? O exemplo de muitos escritores demonstra bem esse aspecto, quando iniciam um livro sem saber o que nele de fato colocarão. Por conseguinte, Merleau-Ponty adverte: “um pensamento que se contentasse em existir para si, ou seja, fora dos incômodos da fala e da comunicação, logo que aparecesse cairia na inconsciência, o que significa dizer que ele nem mesmo existiria para si” (MERLEAU-PONTY, 2011 p. 241).

Ao surgir um pensamento, é necessário que nos apropriemos dele e é através da expressão que ele se torna nosso. A designação dos objetos não ocorre depois do reconhecimento, ela é o reconhecimento. De acordo com, Merleau-Ponty (2011, p. 242),

se a criança pode conhecer-se como membro de uma comunidade linguística antes de conhecer-se como pensamento de uma Natureza, é sob a condição de que o sujeito possa ignorar-se como pensamento universal e aprender-se como fala e de que a palavra, longe de ser o simples signo dos objetos e das significações, habite as coisas e veicule as significações. Assim, a fala não traduz, naquele que fala, um pensamento já feito, mas o consoma.

Assim, a fala não é um signo do pensamento, fala e pensamentos estão envolvidos um no outro, o sentido encontra-se enraizado na fala, sendo a fala a existência exterior do pensamento. O pensamento não existe fora das palavras e fora do mundo. Os pensamentos já constituídos e expressos que lembramos no silêncio, nos enganam ao nos proporcionar a ilusão de uma vida interior. Na realidade, esse silêncio é um sussurrante de falas e a vida interior é uma linguagem interior (MERLEAU-PONTY, 2011).

Ao continuar tecendo considerações acerca do pensamento, Merleau-Ponty (2011) defende que compreendemos além daquilo que pensamos e explica seu pensamento através da leitura de um texto difícil. Quando lemos, as palavras despertam em nós pensamentos que nos pertenciam anteriormente, mas às vezes essas significações se unem a um pensamento novo, acarretando novas significações. Dessa forma, há uma retomada do pensamento do outro por meio da fala, uma forma de pensar segundo o outro, que locupleta nossos próprios pensamentos.

O sentido das palavras é induzido pelas próprias palavras, ou seja, “o sentido está enraizado na fala, e a fala é a existência exterior do sentido” (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 247).

A significação conceitual da fala é formada por antecipação a partir de uma significação gestual sendo essa inseparável da fala. Assim sendo, para Merleau-Ponty a fala é um gesto e a partir dessa concepção ele expande a compreensão da linguagem, relacionando-a com as experiências do corpo e da existência. O filósofo explica que o sentido do gesto se confunde com a estrutura do mundo e ainda que esse sentido não é dado e sim compreendido. Alcança-se a compreensão ou a comunicação dos gestos pela correlação entre minhas intenções e os gestos do outro, pois é como se a intenção do outro habitasse no meu corpo ou como se minhas intenções habitassem no seu. Há confirmação do outro em mim e de mim no outro, assim é através do nosso corpo que compreendemos o outro e é pelo nosso corpo que percebo as coisas (NÓBREGA 2010; MERLEAU-PONTY, 2011).

Desse modo, Merleau-Ponty (2011) prossegue demonstrando como o corpo assimila as significações contidas na conduta do outro. Ele explica que as significações acessíveis, ou seja, os atos de expressão prévios formam entre os sujeitos falantes um mundo comum, ao qual a fala presente e nova se refere. Nesse sentido, fala é tão somente o modo de manejar o mundo linguístico ou a forma que ela maneja as significações adquiridas (MERLEAU-PONTY, 2011).

Dessa feita, a teoria merleau-pontyana da expressão delimita dois tipos de fala: a fala falante e fala falada. Nas palavras do filósofo:

A primeira é aquela em que a intenção significativa se encontra em estado nascente. Aqui, a existência polariza-se em um certo “sentido” que não pode ser definido por nenhum objeto natural; é para além do ser que ela procura alcançar-se e é por isso que ela cria a fala como apoio empírico do seu próprio não - ser (...). A fala falada desfruta as significações disponíveis como uma forma obtida. A partir dessas aquisições, tornam-se impossíveis outros atos de expressão autêntica, aquelas do escritor, do artista ou do filósofo. Essa abertura sempre recriada na abertura do ser é o que condiciona a primeira fala da criança assim como a fala do escritor, a construção da palavra, assim como a dos conceitos (MERLEAU-PONTY, 2011 p. 249).

Em outras palavras, a fala falada se faz pelas ideias, por conceitos que formam o mundo cultural em que nos situamos. Na fala falada não há criação, mas repetições do que já foi adquirido em um momento anterior da cultura. É essa fala adquirida que nos dá a ilusão de que há um sistema de significações do qual a fala seria a tradução, pois podemos nos lembrar desses pensamentos e expressá-los. Por outro lado, o novo aparece na fala falante, em que o silêncio é quebrado e deixa brotar uma ideia. Ela não é o jorrar de um original ainda desconhecido, mas a expressão de uma vida interior. Mas esse pensamento original não vem do nada, ele surge na reorganização da fala constituída (CAMARGO, 2011).

No entendimento de Merleau-Ponty (2011) vivemos num mundo onde a fala encontra-se instituída. Para todas as falas, possuímos em nós significações formadas. As falas despertam em nós pensamentos secundários, estes são traduzidos em outras falas que não solicitam de nós nenhum esforço verdadeiro de expressão, que por sua vez, não exige de nossos ouvintes esforço algum para a compreensão. O mundo linguístico e o intersubjetivo, não nos causa nenhuma surpresa, pois é no interior de um mundo já falado e falante que refletimos.

Por conseguinte, perdemos a consciência do que ocorre casualmente na expressão e comunicação, seja em uma criança que aprende a falar, isto é, junto a todos que transformam o silêncio em fala. Nossa visão acerca do homem continuará a ser superficial enquanto não reencontrarmos essa origem e encontrarmos, sob o ruído das falas, o silêncio originário, enquanto não delinearmos o gesto que rompe o silêncio (MERLEAU-PONTY, 2011).

Caldin (2011) destaca que na concepção de Merleau-Ponty para que as palavras voltem a nos surpreender, elas precisam contrair certa corporeidade por meio de uma intencionalidade corporal que se manifesta pelos gestos, e, assim, a significação acontece porque fornecemos corpo a uma intenção. A palavra expressa uma significação condizente com o gesto, com a intencionalidade corporal.

Outro ponto relevante na concepção merleau-pontyana é que o gesto também está relacionado com a forma de como acolhemos uma situação e a vivemos. Ele exemplifica que o japonês furioso sorri já o ocidental fica vermelho ou pálido, bate o pé e a fala fica estridente. Não basta que os dois sujeitos tenham as mesmas estruturas orgânicas e o mesmo sistema nervoso para que em ambos ocorram às mesmas emoções representadas pelos mesmos signos. O que é verdadeiramente importante é a maneira pela qual os sujeitos fazem uso de seu corpo, é a

informação simultânea do seu corpo e de suas emoções (MERLEAU-PONTY, 2011).

Na linha do pensamento em torno das emoções, Nóbrega (2010) mostra que na fenomenologia do corpo defendida por Merleau-Ponty, a afetividade não é apenas um mosaico de estados afetivos, satisfações ou dores fechadas em si mesmo, mas é uma forma original de ser e estar no mundo, uma dialética de um corpo em direção ao outro. Corpo, emoções e linguagem são organizadores de nossa condição humana, num contexto sensorial e histórico imprimindo sentido aos acontecimentos.

Merleau-Ponty (2011) reconhece uma natureza enigmática do corpo próprio, pois ele não é um ajuntamento de partículas, das quais cada uma permaneceria em si ou uma mistura de processos definidos de uma vez por todas. O corpo secreta em si mesmo um sentido, que não vem de lugar algum. Esse sentido projeta o corpo em sua circunvizinhança material e o comunica aos outros sujeitos encarnados. O corpo para ser expresso, em última análise, precisa tornar-se pensamento ou a intenção que ele nos significa. É o corpo que mostra, ele que fala. Nesse sentido, Merleau-Ponty (2011, p. 268) diz: “Essa revelação de um sentido imanente ou nascente no corpo vivo se estende, como o veremos, a todo mundo sensível e nosso olhar, advertido pela experiência do corpo próprio, reencontrará em todos os outros “objetos” o milagre da expressão”.

Por acreditar que o fenômeno da fala poderia superar a dicotomia entre o sujeito e o objeto, Merleau-Ponty (2011) sintetiza suas ideias acerca da temática no final do capítulo do Corpo como expressão e fala. O filósofo ressalta que a experiência do corpo próprio, revela-nos uma forma de existência ambígua. Pois se tentarmos pensar no corpo como um conjunto de processos em terceira pessoa (visão, motricidade e sexualidade), percebemos que essas funções não estão ligadas entre si e ao mundo exterior por relação de causalidades.

As funções estão confusamente retomadas e ligadas em um drama único. Assim sendo, corpo não é objeto e a consciência que temos dele não é um pensamento, ou seja, não podemos examiná-lo por partes e depois juntar as partes a fim de formar dele uma ideia clara. A unidade do corpo é sempre confusa e implícita. Seja o meu corpo ou o corpo de outra pessoa, a forma de conhecer o corpo humano, é vivê-lo, em outras palavras, retomar por mim mesmo o drama que transpassa e confundir-me com ele. A redescoberta do corpo implica não apenas em um objeto entre todos que resiste à reflexão e permanece colado ao sujeito, essa falta de clareza atinge o mundo percebido (MERLEAU-PONTY, 2011).

3.2.4 O mundo percebido

Ao abordar o mundo percebido, Merleau-Ponty (2011) desperta o sentido deste mundo através da “experiência do corpo no mundo”. O filósofo ressalta que o corpo próprio está no mundo assim como o coração no organismo, sendo o corpo aquele que mantém o espetáculo visível contínuo em vida, anima e alimenta o mundo, formando com ele um sistema. Merleau-Ponty (2011) esclarece que para apreendermos a unidade do objeto faz-se necessário a mediação da experiência corporal, ou seja, de acordo com o saber de um sujeito encarnado um mesmo apartamento pode ser visto por diferentes posições. Assim sendo, quando recolocamos um objeto na experiência corporal, é retirado desse objeto a sua objetividade.

De acordo com Merleau-Ponty (2011) a análise reflexiva derruba duas tendências em torno dos objetos que são vistas como verdadeiras. A primeira é afirmar que o objeto é “em si ou absolutamente, sem perguntar-se o que ele é?” A segunda é crer na “significação presuntiva do objeto, sem perguntar-se como ele entra em nossa experiência?” (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 275).

A análise reflexiva substitui a existência absoluta do objeto pelo pensamento de um objeto absoluto, destruindo sua estrutura interna. O filósofo exemplifica sua concepção, através da experiência perceptiva de um cubo. Ele diz que se para ele existe um cubo com seis faces iguais e se ele pode alcançar o objeto, não é porque ele o constitui do interior, é “porque pela experiência perceptiva eu me afundo na espessura do mundo” (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 275).

Para Merleau-Ponty (2011), quando percebemos um lado após o outro do cubo, não construímos ideia do geometral que explica essas perspectivas, mas o cubo já está ali diante de mim, revelando-se através das perspectivas. Merleau-Ponty (2011, p. 276) elucida melhor essa teoria ao afirmar que:

A coisa e o mundo me são dados com as partes de meu corpo não por uma “geometria natural”, mas em uma conexão viva comparável, ou antes, idêntica à que existe entre as partes de meu próprio corpo. A percepção exterior e a percepção do corpo próprio variam conjuntamente porque elas são as duas faces de um mesmo ato.

O filósofo mostra que um sujeito que se adapta a ter uma visão a grande distância, ele ao ver seus dedos ou objetos que estão próximos,

possuirá uma diplopia, que se prolonga como um desdobramento do corpo. A experiência citada por Merleau-Ponty (2011) reafirma o entendimento de que toda percepção exterior é sinônima de uma certa percepção de nosso corpo, da mesma forma que toda percepção de nosso corpo é determinada pela linguagem da percepção exterior.

De acordo com Merleau-Ponty (2011) o corpo comunica-se com o mundo sensível, sendo a teoria do esquema corporal, uma teoria da percepção. O filósofo nos adverte que precisamos despertar para experiência do mundo tal como ela aparece a nós. Pois estamos no mundo por nosso corpo e percebemos o mundo com o nosso corpo. Ao retomarmos o contato com o mundo e com o nosso corpo, também reencontramos a nós mesmos. Machado (2010) resume o pensamento de Merleau-Ponty mostrando que o ser, efetiva-se no mundo de forma sensível e deve ser apreendido com os sentidos enquanto expressão de existência, enquanto vivência corpórea. Dito feito, norteados pelos pensamentos de Merleau-Ponty (2011) passarei a explorar o mundo sensível com relação ao sentir, o espaço, a coisa e o natural e por fim o outrem e o mundo humano.

3.2.4.1 O mundo percebido e o sentir

No entendimento de Merleau-Ponty (2011) o pensamento objetivo deixa de lado o sujeito da percepção, porque ele concebe o mundo como inteiramente pronto e também como o meio em que todo acontecimento é possível, tratando a percepção como um desses acontecimentos. Ele abre uma crítica aos filósofos que descrevem as sensações como que estivessem em um país distante, em outras palavras, sem se dar conta que ele mesmo percebe, que ele é sujeito perceptivo. A percepção assim vivenciada refuta o que Merleau-Ponty acredita acerca da percepção em geral.

Merleau-Ponty (2011) reforça que a percepção quando vista no seu interior, não deve nada ao que sabemos do outro modo sobre o mundo, sobre os estímulos descritos pela física ou ainda, sobre os órgãos do sentido da forma que a biologia os descreve. A percepção não pode ser explicada como um acontecimento no mundo, mas a cada momento ela se apresenta como uma re-criação ou uma re-constituição do mundo. Nesse sentido, se acreditamos em um passado, no organismo como os livros o concebem, é porque em primeiro lugar temos um campo perceptivo presente e atual, “uma superfície de contato com o mundo ou perpetuamente enraizado nele (...). Todo saber se instala nos horizontes da percepção” (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 280).

Merleau-Ponty (2011) desenvolve alguns questionamentos como forma de suscitar em nós uma reflexão em torno dos conhecimentos tidos como tradicionais e que na visão dele não explica de fato como ocorre à percepção. O filósofo questiona: como foi possível acreditar que víamos com os nossos olhos o que na verdade apreendíamos com o espírito? Como é que o mundo se desdobra pouco a pouco e jamais inteiramente? Enfim como ocorre a percepção?

O próprio filósofo responde seus questionamentos e declara que nós só compreenderemos a percepção, se o eu empírico e o corpo não forem imediatamente objetos ou nunca se tornarem objetos em uma totalidade, se jamais dissermos “EU” absolutamente e se toda a reflexão seja um ato de posição voluntária sobre o fundo e sobre uma vida de consciência pré-pessoal. Merleau-Ponty (2011) acredita que retornando à experiência da sensação e observando-a de perto, poderemos aprender a relação viva daquele que percebe com seu corpo e com o seu mundo.

Nessa perspectiva Merleau-Ponty (2011) aponta a psicologia indutiva como aquela que nos ajuda a compreendermos melhor o que seria sensação, dando-lhe uma nova configuração. Pois a “sensação não é nem um estado ou uma qualidade, nem consciência de um estado ou de uma qualidade”. As cores, vermelho e azul, por exemplo, estão inseridas em uma certa conduta (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 281).

No intuito de explicar melhor essa afirmação Merleau-Ponty (2011) discorre acerca de experiências realizadas com cores no geral e seus respectivos resultados. Ele explica de certa forma, o vermelho e o amarelo são descritos como cores que provocam uma experiência de arranchamento, de um movimento que se afasta do centro. Por outro lado, o verde e o azul, a experiência descrita é a de repouso, de concentração. Nas duas situações as cores agem sempre no mesmo sentido, de formar um valor motor definido.

Por conseguinte, as sensações, estão distantes de serem reduzidas às “qualidades sensíveis”, elas possuem uma significação motora, as sensações estão envolvidas por uma significação vital. Assim, não é na relação exterior que se explica as reações provocadas pelas cores, já que as reações motoras provocadas por determinada cor, não são efeitos em um corpo objetivo. Não é no mundo físico que se constitui a fisionomia motora da cor. Para compreendermos a significação motora das cores é necessário atentarmos para os seguintes pontos: as cores não devem mais ser concebidas como estados fechados em si mesmos ou qualidades que não podem ser descritas, sujeitas à constatação de um ser pensante, como também se faz necessário compreendermos que motricidade não é mais a simples consciência de minhas mudanças de

lugar no presente ou no futuro, mas a motricidade torna-se uma função que a cada instante estabelece nossos padrões de grandeza e a amplitude de meu ser no mundo (MERLEAU-PONTY, 2011).

Para compreendermos a significação motora das cores não é preciso se questionar como e por que o verde, por exemplo, significa o repouso e a paz, o que é necessário se fazer é reaprender a viver o verde como nosso corpo o vive, como concreções de paz. Ao constatarmos que o vermelho aumenta a amplitude das ações, devemos entender que não ocorre dois fatos distintos, a sensação do vermelho e as reações motoras, mas o que acontece é que “o vermelho por sua textura que nosso olhar segue e repousa, já é a amplificação de nosso ser motor”(MERLEAU-PONTY, 2011, p. 285).

Assim sendo, o sujeito da sensação não é um pensador que percebe uma qualidade, nem tão pouco um meio inerte que seria modificado ou afetado pela sensação, “sujeito é uma potência que co-nasce em um meio de existência ou se sincroniza com o meio” (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 285).

No intuito de tornar claro essa relação entre o sujeito que sente e o sensível, Merleau-Ponty (2011) afirma que esse processo é semelhante entre aquele que deseja dormir e o sono. Ao respirar lentamente e profundamente para chamar o sono, sucede que a boca do sujeito se comunica com algum pulmão exterior que chama e retém a respiração, um determinado ritmo respiratório desejado pelo sujeito, agora se torna o próprio ser do sujeito, e o sono que até o momento era visado como significação, converte-se em situação.

Merleau-Ponty (2011) ressalta o caráter intencional da sensação, uma vez que ela não repousa em si mesma, mas visa e significa para além dela. Mas, aquilo que é visado pela sensação, apenas é reconhecido com clareza pela familiaridade do meu corpo com ele. Outro ponto é levantado pelo filósofo que comprova a intencionalidade da sensação, a saber:

A sensação é intencional porque encontro no sensível a proposição de um ritmo de existência – abdução ou adução – e porque dando sequência a essa proposição, introduzindo-me na forma de existência que assim me é sugerida, reporto-me a um ser exterior, seja para abrir-me, ou seja, para fechar-me a ele (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 288).

Em outras palavras, o sujeito que sente e o sensível não está um na frente do outro como dois termos exteriores e a sensação não é uma invasão do sensível no sujeito que sente. É nosso olhar que subentende a cor, é o movimento das nossas mãos que subentendem os objetos, ou melhor dizendo, nosso olhar acopla-se à cor e nossas mãos acoplam-se à dureza ou moleza dos objetos. Nessa troca entre o sensível e o objeto, não há um que sobressaia sobre o outro mas, um oferece sentido ao outro. Na ausência de nossas mãos e dos nossos olhares, o sensível é tão somente uma solicitação vaga (MERLEAU-PONTY, 2011).

Segundo Merleau-Ponty (2011) os sentidos possuem uma unidade, pois eles se comunicam. Para ele, no interior de cada sentido há uma camada originária do sentir que é anterior à divisão dos sentidos. O filósofo explica que quando fixamos nossos olhos num objeto e em seguida retiramos os olhos desse mesmo objeto ocorre quatro efeitos advindos dessa experiência, a saber: a cor mostra-se como superficial, pois ela está num lugar definido do espaço, a cor desdobra-se sobre o objeto; ou a cor torna-se atmosférica e propaga-se em torno do objeto; ou então, nós sentimos a cor em nossos olhos como vibração de nossos olhares e finalmente a cor comunica a todo nosso corpo uma mesma forma de ser, ela nos preenche e não faz mais jus ao nome de cor.

O filósofo discorre, ainda que da mesma forma, existe um som objetivo que ecoa fora de nós no instrumento, um som atmosférico que se encontra entre o objeto e o nosso corpo, um som que ressoa em nós, como se nós tivéssemos nos tornado a flauta ou o pêndulo. Assim, o som e a cor são recebidos em nossos corpos, sendo difícil limitar nossa experiência a um único registro sensorial (MERLEAU-PONTY, 2011).

Para Merleau-Ponty (2011) com a noção de esquema corporal, não é apenas a unidade do corpo que é descrita de forma inovadora, mas também a unidade dos sentidos e a unidade dos objetos. Nos nossos corpos as experiências visuais e auditivas, por exemplo, são pregnantes uma na outra, e seus valores de importância funda a unidade antepredicativa do mundo percebido. Resumindo, o corpo não é tão somente um objeto, uma junção de qualidades entre outros, “ele é um objeto sensível a todos os outros, que ressoa para todos os sons, vibra para todas as cores e que fornece às palavras a significação primordial através da maneira pela qual ele as acolhe” (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 317).

Dessa maneira, quando alguém nomeia parte do meu corpo ou ainda quando eu o represento para mim, sinto no ponto relacionado uma quase-sensação de contato, sendo uma emergência dessa parte de meu corpo no esquema corporal completo. Assim sendo, não reduzimos a

significação da palavra e a significação do percebido a uma soma de sensações corporais, mas afirmamos que o corpo é um estranho objeto que utiliza suas partes de forma simbólica no mundo, e por meio dele podemos frequentar, compreender e encontrar uma significação para o mundo (MERLEAU-PONTY, 2011).

3.2.4.2 O mundo percebido e o espaço

Para Merleau-Ponty (2011) o espaço não é um ambiente em que as coisas estão organizadas, mas meio em que a posição das coisas é possível. Em outras palavras, ao invés de imaginá-lo como uma solução de éter em que as coisas estão mergulhadas, ou de compreendê-lo abstratamente com um caráter que lhe seja comum, devemos concebê-lo como uma potência universal de suas conexões.

O filósofo mostra a importância da reflexão, e afirma que quando não refletimos, vivemos nas coisas e consideramos vagamente o espaço como ambiente ou atributo comum das coisas. Entretanto, quando refletimos, retomamos o espaço em sua fonte, pensamos nas relações que estão sob a palavra espaço e percebemos então que “elas só vivem por um sujeito que as trace e as suporte, passo do espaço espacializado para o espaço espacializante” (MERLEAU-PONTY, 2011, p.328).

No espaço espacializado, nosso corpo e as coisas, suas relações concretas de alto e baixo, direita e esquerda, próximo e distante, podem ser apresentadas a nós com uma multiplicidade irreduzível, já no espaço espacializante descobrimos uma capacidade singular e indivisível de traçar o espaço. No primeiro tipo de espaço, lidamos com o espaço físico, com suas regiões qualificadas de forma diferente, no espaço espacializante lidamos com o espaço geométrico em que as dimensões podem ser substituíveis, temos a espacialidade homogeneia e isotrópica (MERLEAU-PONTY, 2011).

No intuito de esclarecer suas concepções acerca do espaço, Merleau-Ponty (2011) desenvolve o capítulo em quatro partes, a saber: alto e baixo, profundidade, movimento e espaço vivido. Com relação ao alto e baixo, Merleau-Ponty (2011) recorre à experiência de pacientes que possuem visão sem inversão retiniana, pois para o filósofo não poderemos compreender a experiência do alto e do baixo no nosso cotidiano, pois elas estão disfarçadas sob suas aquisições próprias.

Assim sendo, o filósofo narra que ao colocar óculos que viram para baixo as imagens retinianas, a paisagem de primeiro parece a esse paciente de forma irreal e invertida e no segundo dia de experiência a percepção normal começa a ser restaurada, entretanto o paciente possui

o sentimento de que seu corpo encontra-se invertido. No segundo ciclo de experiências que duram cerca de oito dias, os objetos continuam invertidos, mas menos irreais do que da primeira vez. No segundo dia, a imagem não se encontra mais invertida, mas é o corpo que é percebido em posição anormal. Do terceiro ao sétimo dia, o corpo se endireita gradativamente, e por fim parece que está em posição normal, principalmente quando o paciente encontra-se ativo (MERLEAU-PONTY, 2011).

Merleau-Ponty (2011) esclarece ainda, que desde o quinto dia, os gestos que primeiramente se enganavam pelo novo modo de visão e que necessitam de correção, considerando a subversão visual, caminham sem erro para seu alvo. As novas aparências visuais, que no princípio estavam fechadas sobre um fundo de espaço antigo, envolvem-se de um horizonte norteadas pelas novas aparências visuais, de primeiro com um esforço consciente, e nos dias seguintes de forma natural. No sétimo dia, a localização dos sons é certa, caso o objeto sonoro for visto ao mesmo tempo em que é ouvido. Em contrapartida, a localização é incorreta e com dupla representação se o objeto sonoro não surgir no campo visual (MERLEAU-PONTY, 2011).

No entendimento de Merleau-Ponty (2011), a compreensão dessa experiência não ocorre nem pela consideração de conteúdos nem por uma atividade de ligação. Portanto, o filósofo encontra uma terceira espacialidade para explicar a experiência. Ela não é das coisas no espaço, nem tão pouco do espaço espacializante, fugindo desse modo da análise kantiana, sendo pressuposta dela. Segundo Merleau-Ponty (2011) é necessário que ocorra:

um absoluto no relativo, de um espaço que não escorregue nas aparências, que se ancore nelas e se faça solidário a elas, mas que, todavia, não seja dada com elas a maneira realista e possa, como mostra a experiência de Stratton sobreviver à subversão das aparências. Precisamos investigar a experiência originária para quem da distinção entre forma e conteúdo (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 334).

O filósofo descreve outra experiência para sustentar sua tese acerca do espaço, suscitando dois conceitos importantes: nível espacial e pontos de ancoragem. Ele expõe o exemplo de um sujeito que vê apenas o quarto que se encontra através de um espelho inclinado a quarenta e cinco graus em relação à vertical. No primeiro momento, o sujeito vê o

quarto oblíquo. Um homem que se desloca nesse quarto parece caminhar inclinado para o lado. Caso caia um papel, a impressão é de que ele cai na direção oblíqua. Após alguns minutos, ocorre uma mudança repentina: paredes, o homem que anda e o papel passam ser verticais. Essa experiência semelhante a de Stratton, apresenta a vantagem de colocar em destaque uma redistribuição instantânea do alto e baixo, sem qualquer exploração motora (MERLEAU-PONTY, 2011).

Merleau-Ponty (2011, p.335) reafirma que não há sentido algum em dizer que a imagem oblíqua ou invertida “traz consigo uma nova localização do alto e do baixo, da qual teríamos conhecimento pela exploração motora do novo espetáculo”. Porém visualizamos nesse momento que essa exploração não é nem mesmo necessária, a orientação é estabelecida por um ato integral do sujeito perceptivo. Antes da experiência, a percepção aceitava um certo nível espacial em relação ao espetáculo experimental que primeiramente parecia oblíquo e que durante a experiência esse espetáculo conduz a um outro nível em relação ao qual o conjunto do campo visual pode outra vez parecer direito.

Na experiência descrita, paredes, portas e o corpo do homem, determinados como oblíquo, pretendem dar por si só, as direções privilegiadas, atraem para si o vertical, desempenham o papel de pontos de ancoragem. Quanto ao nível espacial, Merleau-Ponty (2011) explica que ele precede a si mesmo, pois toda formação de um nível preestabelece um outro nível, que se trata dos pontos de ancoragem. No ambiente de um determinado espaço, os pontos de ancoragem devem a sua estabilidade, e nos convida a formar outro espaço. Dessa forma, o alto e baixo não são simples nomes para indicar uma orientação em si dos conteúdos sensoriais.

O filósofo ressalta que o corpo próprio não define nenhuma direção. O que é relevante para a orientação do espetáculo, não é o nosso corpo como ele é, ou seja, enquanto coisa no espaço objetivo. Mas, o que importa na orientação do espetáculo é o “meu corpo enquanto sistema de ações possíveis, um corpo virtual cujo lugar fenomenal é definido por sua tarefa e situação. Meu corpo está ali, onde ele tem algo a fazer” (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 336).

Nesse sentido, Merleau-Ponty (2011) esclarece que a imagem do espelho, em primeiro lugar, oferece um quarto orientado de maneira diferente, em outras palavras, o sujeito não está envolvido com os utensílios que estão ali, o sujeito não habita naquele quarto, ele não coabita com o homem que vai e vem no quarto. Entretanto, passados alguns minutos, e na condição de que o sujeito não reforce sua

ancoragem inicial, voltando-se para fora do espelho, acontece a maravilha de um quarto refletido evocando um sujeito capaz de viver nele. Esse corpo virtual transfere o corpo real de tal maneira, que o sujeito não percebe mais o mundo que de fato está, como também não sente mais suas pernas e braços verdadeiros, ele sente as pernas e braços que são necessários para caminhar e agir no quarto refletido, o sujeito habita no espetáculo. Assim, ocorre uma variação de nível espacial e se estabelece uma nova posição e o espaço é uma certa posse do mundo por meu corpo, um poder de meu corpo sobre o mundo.

Assim sendo, a formação de um nível espacial é tão somente um dos meios de formação do mundo pleno, uma vez que nosso corpo tem poder sobre o mundo na medida em que nossa percepção nos proporciona um espetáculo variado e articulado, que minhas intenções motoras, desenrolam-se, recebendo do mundo as respostas que esperam. Apenas com as noções de nível de espaço e do corpo enquanto sujeito no espaço, é possível compreender os fenômenos descritos por Merleau-Ponty.

Em relação à profundidade, Merleau-Ponty (2011) aponta que as concepções clássicas da percepção a negam. O filósofo refere-se à Berkeley, cujo pensamento acerca da profundidade é de que ela não é dada à visão, por não poder ser registrada, uma vez que nossas retinas apenas recebem uma projeção plana do espetáculo. Ainda na perspectiva de Berkeley, a profundidade não pode ser vista, porque ela não se desenrola sob o nosso olhar, ela surge apenas de forma abreviada. Em outro tipo de análise clássica, o intelectualismo e a profundidade também não são visíveis, pois se a impressão sensorial pudesse ser registrada em nossos olhos, ela proporcionaria apenas uma multiplicidade em si a ser percorrida, e dessa forma a distância como todas as outras relações espaciais, só são possíveis para um sujeito que pense e faça a sua síntese.

Merleau-Ponty (2011) declara que as duas posições apesar de denotarem certo antagonismo, traduzem a mesma fragilidade, pois as duas demonstram a profundidade assimilada como a largura considerada de perfil. O filósofo chama à atenção para o fato de que todos os homens e filósofos compartilham do conceito de equivalência entre profundidade e largura, conduzindo-os a esquecerem a originalidade da profundidade.

No entendimento de Merleau-Ponty (2011) a profundidade nos conduz a rejeitar o prejuízo do mundo e a reencontrar a experiência primordial onde ela surge, pois entre todas as dimensões ela é a mais existencial, porque ela não se indica no próprio objeto, ela pertence à

perspectiva e não às coisas. Nesse sentido, a profundidade não pode nem ser extraída das coisas, nem tão pouco ser posta nas coisas pela consciência, anunciando um elo que não pode ser dissolvido entre mim e as coisas. Ao reencontrar a visão de profundidade que não está objetivada e formada de pontos exteriores, é possível mais uma vez ultrapassar as concepções clássicas e precisar a relação entre sujeito e objeto.

Assim, Merleau-Ponty aponta que a análise clássica da profundidade é superficial porque é voltada apenas para o mundo e o objeto constituindo-se um relato superficial. O filósofo diz: “aqui minha mesa, mais adiante o piano ou a parede, ou ainda um automóvel parado diante de mim e posto em movimento.” Ele explica que tradicionalmente essas expressões significam um intervalo entre ele e a mesa, e entre o automóvel e ele, há um intervalo crescente, sendo que de onde ele se encontra não é mais possível ver o automóvel, mas é indicado a ele, devido a grandeza do objeto. A análise clássica considera que “a grandeza aparente da mesa, do piano e da parede, que comparada a sua grandeza real, os localiza no espaço” (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 345).

Merleau-Ponty (2011) discorre ainda que nas concepções clássicas há uma preocupação em decifrar certos fatos dados, como a convergência dos olhos e a grandeza aparente da imagem, recolocando-os em um contexto de relações objetivas que os fundamentam. Contrapondo-se a esse pensamento, o filósofo nos convida a descrever a grandeza aparente e a convergência dos olhos como nós a apreendemos no interior. Para ele, ter uma experiência de estrutura não é um processo passivo, mas é necessário que se viva a experiência reencontrando seu sentido imanente. Por conseguinte, nunca se pode ter uma experiência de estrutura correlacionando-a a condições de fato como a sua causa, e é justamente isso que ocorre quando a consciência de distância é produzida para o valor de convergência e grandeza da imagem retiniana, pois a consciência dependerá desses fatores na medida em que eles se fazem presentes nela.

Convergência e grandeza aparente estão presentes na experiência de profundidade como um motivo, e não como signos, nem tão pouco causa da profundidade. Merleau-Ponty (2011) define motivo como um antecedente que age apenas por um sentido e é a decisão que afirma esse sentido como válido, proporcionando-lhe sua força e eficácia. O filósofo exemplifica uma viagem que precisamos fazer devido a um luto. Ele explica que o luto motiva a viagem porque o luto é uma situação que requer nossa presença, seja para fazer uma última

homenagem ao morto, para consolar os familiares. Ao decidirmos fazer a viagem, validamos o motivo e assumimos a situação.

Nessa perspectiva a relação do motivante com o motivado é recíproca. Da mesma maneira ocorre a relação entre a experiência da convergência, ou da grandeza aparente e a experiência da profundidade. Essa relação não ocorre embasada em causas, a organização em profundidade surge milagrosamente, mas secretamente as causas a motivam enquanto já inserem em seu sentido e enquanto são uma e outra, certa maneira de olhar a distância. A convergência dos olhos não é a causa da profundidade, mas é um pressuposto na orientação em direção ao objeto à distância (MERLEAU-PONTY, 2011).

Merleau-Ponty (2011) nos questiona então o que é ver um cubo? Para o empirismo é a associação dos aspectos efetivos do desenho a uma série de outras aparências. Dito de outra forma, seriam as aparências que o desenho ofereceria, quando visto de mais perto, visto de perfil, visto de diferentes ângulos. O filósofo refuta essa explicação, pois, para ele, quando vemos um cubo não encontramos em nós nenhuma dessas imagens, elas são o resultado de uma percepção da profundidade que as torna possíveis, não sendo consequência das imagens.

Merleau-Ponty (2011) segue em seu raciocínio e lança outro questionamento: Então qual é este ato único que apreende a possibilidade de todas as aparências? Na visão do intelectualismo, o cubo é um sólido formado por seis faces iguais e por doze arestas iguais que se cruzam em ângulo reto, sendo a profundidade somente a coexistência das faces e das arestas iguais. Porém, nessa definição de profundidade continua sendo apenas uma consequência dela. Segundo Merleau-Ponty (2011) o ato que ajusta as aparências, que proporciona aos ângulos agudos ou obtusos o valor de retos, aos lados deformados valor de quadrados, não é o entendimento das relações geométricas de igualdade e do ser geométrico ao qual as aparências pertencem, mas é o

investimento do objeto por meu olhar que o penetra, o anima e faz as faces laterais valerem imediatamente como quadrados vistos de viés, a ponto de que nós nem mesmo os vemos sob seu aspecto perspectivo de losango. Essa presença simultânea a experiências que todavia se excluem, essa implicação de uma na outra, essa contração em um único ato perceptivo de todo um processo possível fazem a originalidade da profundidade, ela é a dimensão segundo a qual as coisas ou os elementos das coisas se envolvem uns aos outros,

enquanto a largura e a altura são as dimensões segundo as quais eles se justapõem (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 356-357).

Resumindo, Merleau-Ponty nos ensina que a profundidade é o sustentáculo invisível da visibilidade, em outras palavras, a estrutura. Não é coisa nem ideia, mas a inteligibilidade de nascentes estruturas. Ela possibilita movimentações, apreensões diversificadas, tornando possível ver outras formas, apreender interdisciplinaridades e transdisciplinaridades, novas estruturas de conhecimento, o rompimento com ordenações disciplinadoras. Permite-nos recriarmos, transfazermos, enfim a profundidade é uma distância vivida (ESPÓSITO, 2011).

No que concerne ao movimento, Merleau-Ponty (2011) acredita que ele não pode ser definido como um deslocamento ou mudança de posição. É preciso redescobrir sob o pensamento objetivo do movimento, uma experiência pré-objetiva. Nela o movimento toma emprestado o seu sentido, sendo uma variação do poder do sujeito sobre seu mundo. O filósofo antes de desenvolver as suas considerações acerca do movimento, ele apresenta uma preocupação que é a de fazer a distinção entre móbil e movimento. Nesse sentido ele coloca em evidência a experiência de uma pedra sendo jogada para o outro lado do jardim. No instante em que é jogada, ela vira um bólido confuso, voltando a ser pedra ao cair no chão. Porém para melhor compreendermos esse fenômeno, é necessário decompô-lo, argumenta Merleau-Ponty (2011).

Ele explica que a pedra não é modificada pelo movimento, ela é a mesma pedra que estava nas mãos dele, a qual foi encontrada no chão, sendo, portanto, a mesma pedra que atravessou o ar. O movimento é tão somente uma qualidade accidental do móbil uma mudança nas relações entre a pedra e a circunvizinhança. Assim, não existe movimento sem um móbil que o sustente sem interrupção, do ponto de partida ao ponto de chegada. O movimento não é nem um pouco ligado ao móbil, ele consiste em suas relações à circunvizinhança, ele não ocorre sem que haja um referencial exterior. Por conseguinte, não há movimento sem móbil e referencial objetivo, não há movimento absoluto.

Merleau-Ponty (2011) discute ainda as concepções clássicas em torno do movimento e defende que não se pode dar razão nem a psicologia, nem tão pouco ao lógico. Para o filósofo, é necessário dar razão as duas concepções e descobrir o meio de reconhecer a tese e a antítese como sendo verdadeiras. O lógico está correto quando estabelece uma constituição do próprio fenômeno dinâmico e uma descrição do movimento pelo móbil, mas o lógico erra ao apresentar a

identidade do móbil como uma identidade expressa, sendo ele mesmo obrigado a reconhecê-lo. O psicólogo erra ao descrever o fenômeno de modo mais próximo, pois ele é conduzido contra a sua vontade a colocar o móbil em movimento, mas acerta ao conceber o móbil de maneira concreta.

Merleau-Ponty (2011) nos adverte que para compreendermos o fenômeno do movimento é necessário conceber um mundo que não seja feito apenas de coisas, mas de transições. O algo em movimento que reconhecemos como necessário à composição de uma mudança é definido por sua maneira de passar. Ele esclarece que o pássaro que atravessa o jardim, no momento do movimento, é tão somente uma potência acinzentada de voar, assim sendo, visualizaremos que as coisas são definidas em primeiro lugar por seu comportamento e não por suas propriedades estáticas. Não somos nós que reconhecemos o pássaro, é ele voando que se desloca, que se faz unidade de seu movimento.

Para Merleau-Ponty (2011), o fenômeno do movimento possui implicação espacial e temporal. Ao reconhecermos um movimento e um movente, não há consciência alguma de suas posições objetivas, assim como conhecemos um objeto distante e sua grandeza sem nenhuma interpretação e assim como a cada momento sabemos o lugar de um acontecimento na espessura de nosso passado sem nenhuma evocação expressa. O movimento é uma modulação de um ambiente já familiar e nos conduz novamente a um questionamento central: como se constitui este ambiente que serve de pano de fundo a todo ato de consciência?

O filósofo responde esse questionamento afirmando que a relação do móbil com seu fundo passa pelo nosso corpo. Para explicar essa relação, Merleau-Ponty (2011) volta-se primeiro para a experiência de transportar nosso olhar de um objeto ao outro. Quando vivenciamos essa ação não possuímos consciência alguma de nosso olho enquanto objeto, enquanto globo suspenso na órbita, de seu deslocamento ou repouso no espaço objetivo, nem tão pouco dos resultados disso na retina. A imobilidade do objeto não é deduzida ao ato de olhar, ela é simultânea, os dois fenômenos envolvem-se um no outro. “O olho é uma certa potência de alcançar as coisas, não uma tela onde elas se projetam”. Nossos olhos estão em repouso ou em movimento em relação a uma coisa que se aproxima ou se distancia dele (MERLEAU-PONTY, 201, p. 375).

Portanto, se o corpo proporciona à percepção do movimento o solo ou o fundo que ela necessita para se estabelecer, é enquanto potência que percebe, enquanto corpo estabelecido no mundo. “Repouso e movimento aparecem entre um objeto que por si não está determinado

segundo o repouso e o movimento e o meu corpo que, enquanto objeto, também não o está, quando meu corpo se ancora em certos objetos” (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 375). Da mesma forma que o alto e o baixo, o movimento é um fenômeno de nível, todo movimento admite uma certa ancoragem que pode modificar-se.

No que diz respeito ao espaço vivido, somos impulsionados pelo filósofo a refletir sobre ele no sentido de ampliarmos nossas concepções, e assim compreendermos o espaço que vai além da distância física ou geométrica, que existe entre nós e as coisas. A distância vivida nos liga às coisas que contam e existem para nós, liga as coisas entre si. Essa distância mede a cada momento a amplidão de nossas vidas. A distância vivida é ao mesmo tempo muito curta e muito longa, pois a maior parte dos acontecimentos não possui importância para nós, enquanto os mais próximos nos obcecamos (MERLEAU-PONTY, 2011).

Para Merleau-Ponty (2011) a experiência do espaço está atrelada a todos os outros modos de experiência e com todos os outros dados psíquicos. O espaço em que todos os objetos têm a mesma relevância e o mesmo direito de existir encontra-se circundado e penetrado de um lado a outro por uma espacialidade que as variações doentes revelam. Mais uma vez, para se fazer entender, Merleau-Ponty (2011) nos direciona a refletir em torno da experiência de uma pessoa doente. Na montanha, o esquizofrênico contempla uma paisagem. Após um momento ele se sente ameaçado e surge nele um interesse em tudo que está ao seu redor, como se do exterior lhe fosse posto uma situação para qual ele não encontra resposta. De repente, a paisagem surge para ele de forma estranha, então é como se um segundo céu negro, sem limites, penetrasse no céu da tarde.

Merleau-Ponty (2011) esclarece que esse segundo espaço, que surge por meio do espaço visível, é aquele dado a nossa maneira própria de projetarmos o mundo, e o distúrbio do esquizofrênico resume-se no fato de que esse projeto perpétuo se separa do mundo objetivo tal como ele é apresentado pela percepção. Em outras palavras, o espaço está relacionado com a visão e a percepção do sujeito. Nesse sentido é importante destacar a presença do homem enquanto sujeito, que percebe este mundo, como um ser inserido no mundo, mantendo relações com os objetos e com os outros sujeitos na representação do espaço (PEREIRA, CORREIA, OLIVEIRA, 2010).

3.2.4.3 Outrem e o mundo humano

Merleau-Ponty (2011) inicia o capítulo afirmando que estamos lançados em uma natureza e ela não é apenas vista fora de nós, nos objetos em que não há história, ela é visualizada no centro da subjetividade. O filósofo faz uma reflexão acerca do tempo no contexto de sua vida e nos mostra que as interpretações que possuímos das experiências por nós vivenciadas, tanto do passado como do presente, provavelmente sofrerão mudanças de acordo com os conhecimentos e vivências ao longo da vida. Ainda, em relação ao tempo, Merleau-Ponty (2011) mostra dois aspectos: primeiro, nossa fragilidade no sentido de não ser possível possuímos posse do tempo, e segundo, como esse tempo encontra-se interligado a nossa história.

Na concepção do filósofo, a transcendência dos momentos do tempo funda e compromete a nossa história de maneira simultânea. Funda porque abre a nós um futuro totalmente novo, havendo possibilidade de reflexão naquilo que há de obscuro no nosso presente. E compromete nossa história porque a partir deste futuro jamais seria possível compreender o presente que vivemos com absoluta certeza, assim o vivido nunca é inteiramente compreensível. Tal é o destino de um ser que nasceu e foi dado a si mesmo como algo a compreender.

Merleau-Ponty (2011) destaca a relevância do tempo natural ao longo de nossa existência. Para ele, o tempo encontra-se no centro de nossa história e nos cerca. Nós somos mantidos na existência pessoal por um tempo que não estabelecemos, devido a esse motivo, as nossas percepções se alinham sobre um fundo de natureza. O filósofo explica que ao percebermos, e mesmo quando não temos consciência orgânica de nossa percepção, temos consciência de agregar “consciências” sonhadoras e dispersas, havendo dessa forma uma existência generalizada. A pista dessa existência é o objeto natural, sendo que primeiramente todo objeto em algum aspecto é natural e constará de cores, de qualidades táteis e sonoras, caso ele possa entrar em nossa vida.

Por conseguinte, da mesma forma que a natureza adentra até o centro de nossa vida pessoal e entrelaça-se a ela, os comportamentos descem na natureza e assentam nela sob a forma de um mundo cultural. Não há em torno de nós apenas um mundo físico, composto por ar, água e terra. Há também um mundo cultural, representado por plantações, povoados, ruas, igrejas, sendo que cada uma dessas representações marca a ação humana a qual ela convém. A civilização que participamos, existe para nós através dos utensílios que ela possui. Caso

seja uma civilização desconhecida ou estranha, várias maneiras de ser ou de viver podem repousar sobre as ruínas, nos instrumentos quebrados ou paisagem que percorremos. O mundo cultural nesse momento possui múltiplos sentidos, existe naquele contexto uma sociedade a conhecer, um espírito objetivo que habita os vestígios e as paisagens. Como isso é possível? Merleau-Ponty questiona e responde imediatamente. “No objeto cultural, eu sinto, sob um véu do anonimato a presença de outrem” (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 466).

Os utensílios presentes naquela cultura representam uma multiplicidade de Eu, ou seja, diante dos vestígios de uma civilização desaparecida, idealizamos por analogia a espécie de homem que ali viveu. Ao tecer essas considerações em torno do mundo cultural, Merleau-Ponty (2011) destaca a importância de sabermos como se processa a experiência do nosso próprio mundo cultural. Dito feito, ele explica que ao vermos os outros homens fazerem uso dos utensílios que estão a nossa volta, interpretamos a conduta deles por analogia com a nossa, e por nossa experiência íntima somos ensinados o sentido e a intenção dos gestos percebidos, em outras palavras, as ações dos outros (Eus) sempre seriam compreendidas pelo Eu.

Ao discorrer como se processa nossa experiência no mundo cultural, Merleau-Ponty (2011) questiona como um Eu pode ser colocado no plural? Como podemos falar de outros? A resposta é “que o primeiro dos objetos culturais é aquele pelo qual eles todos existem, é o corpo de outrem enquanto portador de um comportamento”. Diante dessa resposta, o filósofo levanta outra reflexão importante, no sentido de saber como um objeto no espaço (seja corpo de outrem ou utensílios) torna-se o rastro falante de uma existência, ou ao contrário, um pensamento ou projeto pode ao ser separado do sujeito tornar-se manifesto fora do seu corpo, visível no ambiente que ele edificou. Seguida a essa reflexão e com vistas a esclarecê-la Merleau-Ponty (2011) faz duas considerações importantes: a primeira, que a constituição de uma sociedade não é formada apenas por duas ou três consciências, mas de um número indefinido de consciências e a segunda é que a análise da percepção de outro sujeito encontra a dificuldade que o mundo cultural possui, uma vez que a percepção deve “resolver o paradoxo de uma consciência vista pelo lado de fora, de um pensamento que reside no exterior e que, portanto, comparados à minha consciência e ao meu pensamento, já são anônimos e sem sujeitos” (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 467).

Para esse problema Merleau-Ponty (2011) afirma que o corpo traz o começo da solução. O corpo do outro assim como nosso próprio

corpo, não é habitado, ele é objeto diante de uma consciência que pensa acerca dele e o constitui. Os homens são tão somente mecanismos que se movem por molas, o verdadeiro sujeito é sem segundo sujeito, essa consciência que se encontra oculta em um pedaço de carne com sangue é a mais absurda das qualidades escondidas. Sendo assim, há dois modos de ser: “o ser em si, que é dos objetos estendidos no espaço, e o ser para si, que é aquele da consciência”. O filósofo esclarece que diante de nós o outro seria um em si e, portanto, existiria para si, para ser percebido por nós, o outro exigiria de nós uma operação contraditória, uma vez que concomitante a esse processo, precisaríamos distinguir o outro de nós (MERLEAU-PONTY, 2011).

Nessa relação com o outro, Merleau-Ponty (2011) destaca o corpo e o mundo como um sistema de experiência, no qual eles se comunicam, em seu pensamento:

Eu tenho um mundo como indivíduo inacabado através de meu corpo enquanto potência desse mundo, e tenho a posição dos objetos por aquela de meu corpo ou, inversamente, a posição de meu corpo por aquela dos objetos, não em implicação lógica e como se determina uma grandeza desconhecida por suas relações objetivas com grandezas dadas, mas em uma implicação real, e porque meu corpo é movimento em direção ao mundo, o mundo, ponto de apoio de meu corpo (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 467).

Nesse sentido, Merleau-Ponty (2011) enfatiza que o ideal do pensamento objetivo encontra-se instituído em nossa percepção de mundo como indivíduo em concordância consigo mesmo, ao passo que quando a ciência procura integrar meu corpo às relações do mundo objetivo, é porque ela busca, à sua maneira, traduzir a junção entre meu corpo fenomenal e o mundo primordial. No entendimento do filósofo, as imagens que se apresentam em nossa retina, não devem ser mais isoladas na representação fisiológica do fenômeno, pois o que ocorre fisiologicamente é tão somente o esboço abstrato do acontecimento perceptivo. As perspectivas e o ponto de vista que ocorrem quando percebemos um dado objeto, precisam ser concebidas como nossa inserção no mundo-indivíduo e a percepção como a maneira de estarmos ligados às coisas.

Sendo assim, a consciência encontra em si mesma, a partir dos campos sensoriais e o mundo como campo de todos os campos, a obscuridade de um passado originário. Se experimento essa ligação de

minha consciência ao seu corpo e ao seu mundo, a percepção de outro e a diversidade das consciências não apresentam mais dificuldade. Merleau-Ponty (2011) nos adverte que para se compreender a magnitude da percepção é necessária a transformação profunda da noção de corpo e consciência.

No que se refere ao corpo, e também o corpo dos outros, precisamos diferenciá-lo do corpo objetivo, ou seja, do corpo descrito pela fisiologia. Não é este corpo que pode ser morada de uma consciência. Precisamos resgatar nos corpos visíveis os comportamentos que neles são projetados, que fazem ali a sua aparição, mas que não são realmente contidos neles. Em relação à consciência, precisamos entendê-la não mais como uma consciência constituinte e como um ser apenas para si, “mas como uma consciência perceptiva, como o sujeito de um comportamento, como um ser no mundo ou existência, pois é somente assim que outrem poderá aparecer no cume de seu corpo fenomenal e receber uma espécie de localidade” (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 470-471).

Merleau-Ponty (2011) acredita que através da reflexão fenomenológica, concebemos a visão não como pensamento de ver, mas como um olhar em posse de um mundo visível. Dessa forma, pode haver para nós o olhar do outro, este instrumento expressivo que denominamos de rosto pode trazer uma existência, da mesma maneira que minha existência é trazida pelo aparelho cognoscente que é meu corpo. Ao refletir acerca da minha percepção, consigo passar da percepção direta ao pensamento dessa percepção eu a re-efetuo, e assim é possível reencontrar um pensamento mais velho do que eu trabalhando em meus órgãos de percepção e do qual eles são uma pista. Dessa mesma maneira, compreendemos o outro (MERLEAU-PONTY, 2011).

Segundo Merleau-Ponty (2011), entre nós e o outro ocorre um fenômeno denominado de significação intersubjetiva. Para explicar tal fenômeno, o filósofo exemplifica um bebê que abre a boca, se por brincadeira, ele colocar um dos dedos da criança entre os dentes dele e fizer menção de morder. Tal comportamento é porque a criança percebe suas intenções em seu corpo, com o seu corpo percebe o dele, e por meio disso percebe em seu corpo intenções do filósofo. Na visão de Merleau-Ponty (2011), entre minha consciência e meu corpo vivo, meu corpo fenomenal, e aquele do outro tal como vejo do exterior, ocorre uma relação interna, que faz o outro surgir como o acabamento do sistema. Em outras palavras, o sistema é formado pelo corpo do outro e o meu corpo, que são considerados um único todo, o verso e o reverso de um único fenômeno.

Merleau-Ponty (2011) ressalta a linguagem como essencial na percepção do outro. O diálogo forma um terreno comum entre o outro e eu, meu pensamento e o pensamento do outro, formando um só tecido. Meus ditos são inseridos em uma operação comum, da qual nenhum de nós é o fundador. Para o filósofo, por meio do diálogo, estamos libertos de nós mesmos, os pensamentos dos outros certamente são pensamentos seus, não somos nós que os formamos, embora nós os apreendamos assim que nasçam.

Ainda referente aos aspectos que envolvem a percepção do outro, Merleau-Ponty (2011) esclarece que percebemos o outro enquanto comportamento, por exemplo, percebo o luto ou a raiva de alguém por meio de sua conduta e rosto. Não é porque eu e o outro estamos diante das mesmas situações, que iremos tratá-las da mesma maneira. Se possuo um amigo que perdeu um ente querido, o luto não tem o mesmo sentido para nós, porque para ele trata-se de situação vivida e para mim uma situação apresentada. Mesmo que haja um projeto em comum entre dois amigos, ele não é um projeto único, ele não é oferecido sob os mesmos aspectos para eles. Por mais que as consciências construam uma situação comum, em que haja comunicação entre elas, é a partir de sua subjetividade que cada um projeta o mundo de maneira singular.

No pensamento de Merleau-Ponty (2011) o fenômeno central que edifica simultaneamente a minha subjetividade e transcendência em direção ao outro, consiste no fato de que sou dado a mim mesmo. O filósofo explica que “Eu sou dado” significa que estou localizado e engajado em um mundo físico e social. Ao passo que, “eu sou dado a mim mesmo”, significa o fato de esta situação jamais ser velada, jamais está em torno de mim como uma necessidade bizarra, jamais estou enclausurado nela como um objeto dentro de uma caixa. Nesse sentido há uma liberdade, ou seja, um poder que possuímos por sermos os sujeitos de todas as nossas experiências e essa liberdade faz parte de nossa inserção no mundo.

Nesta perspectiva, Merleau-Ponty (2011) reforça que o destino é sermos livres, não sermos reduzido a nada que vivemos, conservando uma distância em relação a toda situação de fato. Esse destino foi consagrado no momento em que nosso campo transcendental foi aberto, no instante que nascemos com visão e saber, no momento em que fomos lançados no mundo. Assim sendo, o que o filósofo quer nos mostrar é o fato de que estarmos já situados num mundo físico e social não significa que sejamos livres.

Por conseguinte, contra o mundo social podemos usar nossa natureza sensível, tapar os ouvidos, cerrar os olhos, viver como

estranhos na sociedade, ou tratar as cerimônias e monumentos como simples arranjos de cores e luz, isentá-los de sua significação humana. Contra o mundo natural podemos sempre recorrer à natureza pensante, colocando em dúvida cada percepção tomada à parte. “A verdade do solipsismo está aqui. Toda experiência sempre me aparecerá com uma particularidade que não esgota a generalidade de meu ser, e tenho sempre, como dizia Malebranche, movimento para ir mais longe” (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 483).

Merleau-Ponty (2011) revela que por meio de nossa natureza pensante, fixados no campo transcendental, que foi aberto desde a nossa primeira percepção, no qual toda ausência é apenas o contrário de uma presença, todo silêncio é tão somente uma modalidade de ser sonoro, somos conduzidos a um sentimento de vida inesgotável, do qual não pensamos nem no começo nem tão pouco no fim e assim nossas vidas sempre precedem e sobrevivem a si mesma.

4 CAMINHO METODOLÓGICO

Para o desenvolvimento do presente estudo optei por um estudo de natureza qualitativa, que tem como referencial teórico- filosófico a fenomenologia da percepção de Maurice Merleau-Ponty (2011) e referencial teórico-metodológico a fenomenologia hermenêutica de Max Van Manen.

A pesquisa qualitativa aborda o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Compreender é o verbo da pesquisa qualitativa. A subjetividade humana é a via principal neste tipo de abordagem, que tem por matéria-prima as vivências, as experiências, o cotidiano (MINAYO, 2011).

O método fenomenológico é uma atitude de envolvimento com o mundo da experiência vivida. Ao colocar a experiência vivida como referência para a sistematização teórica, a fenomenologia desfaz o principal postulado da modernidade: o racionalismo. O predomínio da razão excludente é substituído pelo mundo vivido, envolvendo o refletido e o irrefletido, o visível e o invisível (NÓBREGA, 2010). O conceito que norteou esse estudo foi que a percepção é “o fundo sobre o qual todos os atos se destacam e ela é pressuposta por eles. O mundo é o campo dos meus pensamentos e das minhas percepções, pois o homem está no mundo e é no mundo que ele se conhece” (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 6).

Ao compreender o indivíduo enquanto ser no mundo, sobretudo na sua subjetividade e como ser existencial, o enfoque fenomenológico valoriza o ser humano, pois o considera em sua vivência. As pesquisas em enfermagem que adotam esta corrente muito têm contribuído para o saber da profissão, pois ao compreender o ser, há uma aproximação do saber autêntico, visto que na área da saúde é enfatizada a técnica, sem haver preocupação com a pessoa enquanto ente envolvente, ou seja, cuidar na perspectiva da busca e valorização do ser (SILVA; LOPES; DINIZ, 2008).

Souza e Erdmann (2006) defendem que as contribuições filosóficas de Merleau-Ponty podem ajudar a compreender as múltiplas dimensões da Enfermagem. Isto porque tanto quem cuida como quem é cuidado retomam o fenômeno expressivo das relações de aproximação e distanciamento, nos momentos de fala e de silêncio, de presença e de ausência, pois cuidar se faz num processo interativo.

Neste capítulo, apresento em breves linhas, a concepção fenomenológico-hermenêutica de Max Van Manen (1990), e na sequência descrevo a estrutura deste método de pesquisa conforme

sugere o autor, que foi adotada como percurso metodológico neste estudo.

4.1 MAX VAN MANEN E AS CONCEPÇÕES DA FENOMENOLOGIA QUE LHE DERAM SUSTENTAÇÃO

Max Van Manen, pedagogo norte-americano, foi influenciado pelas escolas fenomenológicas européias e em especial pela filosofia merleau-pontyana. Sua abordagem é direcionada para a pesquisa na ciência humana, mostrando um emprego semiótico dos métodos de fenomenologia e hermenêutica, a partir de uma perspectiva pedagógica enraizada na experiência vivida no cotidiano (VAN MANEN, 1990).

De acordo com Santos (2004), Max Van Manen compreende a fenomenologia *como uma filosofia ou uma teoria do único*, estando a mesma interessada naquilo que é essencialmente insubstituível. A fenomenologia hermenêutica é uma ciência humana que estuda o ser humano e afirma que a meta da pesquisa fenomenológica consiste na elucidação das experiências vividas através de descrições fenomenológicas. O modelo da abordagem proposto por Van Manen (1990, p. 4) consiste “na reflexão textual sobre as experiências vividas e as ações práticas da vida diária, com o interesse de ampliar a compreensão do ser humano ou de sua condição de recursos de caráter prático”.

Van Manen (1990) destacou oito características para melhor esclarecer o sentido e a natureza da pesquisa fenomenológico-hermenêutica, a saber: estudo da experiência vivida; busca compreender os fenômenos na forma como eles se apresentam à consciência; estudo das essências; descrição dos significados experienciais do modo como os vivemos; estudo científico do fenômeno humano; prática atenta de cuidado; uma busca daquilo que é significativa para o ser humano e por fim, é também uma atitude poetizadora (VAN MANEN, 1990, SANTOS, 2004).

A seguir apresento o percurso metodológico que foi seguido nesse estudo, de acordo com o método fenomenológico-hermenêutico de Van Manen (1990) e adotado por Santos (2004) subdividido em sete itens, a saber:

- 1- voltando para a experiência vivida onde é feita a apresentação da seleção do fenômeno estudado, a perspectiva do estudo, o contexto que foi realizado e os sujeitos significativos;

- 2- investigando a experiência vivida onde é feita a descrição da entrada no contexto do estudo e a obtenção das descrições experienciais;
- 3- descrevendo o processo da análise fenomenológico-hermenêutica da experiência vivida;
- 4- desenvolvendo uma escrita fenomenológico-hermenêutica;
- 5- mantendo uma relação forte e orientada para o fenômeno;
- 6- equilibrando o contexto do estudo, levando em conta as partes e o todo;
- 7- descrevendo os componentes éticos do estudo.

4.2 VOLTANDO-ME PARA A EXPERIÊNCIA VIVIDA: SELECIONANDO O FENÔMENO DE INTERESSE, A PERSPECTIVA, O CONTEXTO DO ESTUDO E OS SUJEITOS SIGNIFICATIVOS

4.2.1 Selecionando o fenômeno de interesse

O primeiro passo para o desenvolvimento do presente estudo, constituiu-se na seleção do fenômeno a ser estudado. De acordo com o preconizado por Van Manen (1990), ele deve emergir de um questionamento e de um interesse profundo e particular do investigador, devendo o mesmo dedicar-se a uma busca que possa restabelecer o sentido original do que significa ser um pensador, um teórico, um pesquisador. Na concepção desse autor, a pesquisa fenomenológica é sempre um projeto encarnado e estar enraizado no mundo vivido do pesquisador. Foi dessa maneira que elegi o fenômeno investigado no presente estudo que teve como foco a compreensão do significado da experiência vivida para o ser-mulher na amamentação com complicações puerperais a partir da descrição experiencial dessas mulheres.

Como já descrito anteriormente, o interesse pela temática surgiu da minha experiência vivida como enfermeira obstétrica atuando na sala de parto e alojamento conjunto de um hospital amigo da criança. Ao longo dos dezessete anos de atuação, presenciei várias situações em que as puérperas demonstravam angústias, incertezas e medos, diante dos desafios da amamentação. Esses sentimentos eram mais intensos quando elas estavam vivenciando um quadro de complicação puerperal. Iniciei um processo de reflexão acerca da temática e me questioneei, como nós profissionais de saúde poderíamos ajudá-las efetivamente. Na busca por respostas, pesquisei por publicações científicas que pudessem ajudar-me

a encontrar caminhos para um cuidado que atendesse às reais necessidades das puérperas. Na literatura, encontrei uma lacuna significativa em publicações que abordassem o aleitamento materno em mulheres que estavam acometidas por complicações puerperais, como também a quase inexistência de estudos abordando essa problemática na perspectiva da existência do ser-mulher. Assim sendo, este estudo torna-se relevante mediante as lacunas encontradas nas publicações científicas nacionais e internacionais, bem como da necessidade de fortalecimento das ações promoção, proteção e apoio à prática da amamentação com vistas à redução do desmame precoce e mortalidade infantil.

4.2.2 Selecionando a perspectiva de estudo do fenômeno: algumas pontuações

Na sequência, prossegui em direção ao segundo momento do processo de investigação. Houve necessidade de refletir acerca das seguintes questões: Qual a perspectiva a ser focalizada? O que nos interessa conhecer sobre este fenômeno? Qual o melhor caminho para desvelá-lo? Com base nestes questionamentos e nos estudos desenvolvidos nas disciplinas cursadas durante o doutoramento, optei pela abordagem fenomenológica, por toda fundamentação teórica e características que a envolve, já descritas anteriormente.

4.2.3 Selecionando o contexto da pesquisa

Tendo selecionado o fenômeno de interesse e a perspectiva do estudo, o passo seguinte foi escolher o contexto em que a pesquisa foi realizada. O estudo foi realizado em duas maternidades públicas federais, localizadas no Rio Grande do Norte. A primeira é o Hospital Universitário Ana Bezerra – (HUAB) localizada no Município de Santa Cruz – RN, e a segunda é a Maternidade Escola Januário Cicco (MEJC) localizada em Natal/RN.

As duas maternidades em questão possuem atividades de ensino, pesquisa e extensão, sendo campos de estágio para estudantes da área de saúde tanto da graduação como da pós-graduação. Elas possuem histórico de humanização da assistência nas fases do processo de parto, sendo inclusive as duas credenciadas pelo Ministério da Saúde e UNICEF, como Hospitais Amigos da Criança.

O HUAB é um hospital de pequeno porte, com capacidade para 53 leitos, distribuídos entre os setores pediátricos, assistência à mulher (pré/trans/pós-parto, alojamento conjunto) e unidade de cuidado

intermediário neonatal convencional. Neste, o usuário pode ser oriundo da própria comunidade ou de outros municípios, uma vez que a maternidade é referência para treze municípios circunvizinhos, sendo o atendimento por agendamento ou demanda espontânea.

No ano de 2012, foram realizados em Santa Cruz, um total de 1.323 partos, sendo 809 partos normais e 513 cesáreos (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA-RN, 2013). Os ambulatórios realizados no referido hospital são: pré-natal; ginecologia; atendimento pediátrico; prevenção do câncer ginecológico; nutrição; clínica geral; assistência odontológica e o retorno do quinto dia. Nesse último, ocorre o retorno das mulheres que pariram nos últimos quinze dias, elas são atendidas com seus recém-nascidos por uma equipe multiprofissional. Em média por semana há trinta atendimentos, e o objetivo desse ambulatório é a orientação, prevenção e tratamento de intercorrências que poderão acometer o binômio mãe e filho, nos primeiros dias pós-parto.

Saliento que para o desenvolvimento e fortalecimento da amamentação no HUAB, dentre as ações desenvolvidas destaca-se: o projeto A.M.A.R (Aleitamento Materno com Amor e Responsabilidade). Este visa incrementar atividades educativas acerca do aleitamento junto às mulheres no ciclo gravídico-puerperal, e o projeto Mãe-Cidadã, que trabalha o empoderamento e a cidadania da mulher durante todo o período gestacional através do autoconhecimento corporal e de seus direitos reprodutivos. Assim sendo, diversos temas do universo gravídico são enfocados em reuniões semanais, sendo um desses o aleitamento materno. Todos os projetos desenvolvidos contam com a participação de uma equipe multiprofissional de técnicos, residentes e estudantes das áreas de medicina, nutrição, enfermagem, psicologia, odontologia, farmácia, fisioterapia e serviço social.

A MEJC é uma maternidade de referência estadual no atendimento de média e alta complexidade, com 104 leitos distribuídos entre as Unidade de terapia intensiva materna e neonatal; unidade de cuidado intermediário neonatal convencional e unidade de cuidado intermediário neonatal canguru e unidade ginecológica e obstétrica. Os ambulatórios realizados são: pré-natal, para gestante de alto e baixo risco, ginecologia geral, infertilidade, mastologia, uroginecologia, endocrinologia, climatério e patologia cervical. O número total de partos realizados na MEJC durante o ano de 2012 foi de 5.429 partos, sendo 2.482 normais, 2.935 cesáreas e 12 que não foram informados pela instituição (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA-RN, 2013).

A busca pelas descrições experienciais ocorreu com mulheres que estavam amamentando e que apresentavam complicações puerperais atendidas nas duas maternidades em questão, mas especificamente nas unidades de internamento (onde as mulheres foram hospitalizadas devido ao diagnóstico de complicações puerperais).

No HUAB e na MEJC, há 04 e 20 leitos respectivamente, que são destinados às intercorrências obstétricas. Encontrei dificuldades ao procurar as instituições para fazer um levantamento acerca da quantidade e especificações das complicações puerperais presentes nas mulheres que estavam amamentando e que foram atendidas nas instituições mencionadas.

Na maternidade Ana Bezerra, o setor de estatística possui apenas o número de mulheres acometidas por infecção puerperal, que no ano de 2012 foram 22 mulheres internadas. Não há outros tipos de complicações ou registro dos ambulatórios, portanto não tive acesso. Na MEJC a dificuldade foi semelhante com uma pequena diferença, além de ter acesso aos registros das infecções puerperais, também obtive o número de mastites na referida instituição. Assim sendo, no ano de 2012 houve na MEJC, 153 mulheres internadas com infecção puerperal, tanto oriundos de partos normais como de cesáreas. Os internamentos por mastite somaram 21 casos durante o ano mencionado³.

4.2.4 Selecionando os sujeitos significativos da pesquisa

Os sujeitos significativos deste estudo foram constituídos de 28 mulheres que estavam amamentando, nos primeiros quarenta dias do puerpério, acometidas por complicações puerperais, maiores de dezoito anos, independente da escolaridade, condição socioeconômica, número de filhos, origem étnica ou religião. Foram consideradas as complicações puerperais que surgiram no período da pesquisa, tais como: hemorragia, infecção puerperal, tromboflebitis, mastite e infecções do trato urinário. O ser-mulher foi abordada durante o internamento nos referidos hospitais.

Estes requisitos foram justificados porque nos primeiros trinta dias do puerpério ocorre a fase crítica da amamentação onde as dúvidas, medos, ansiedades, interferências de familiares e terceiros, estão

³ Fonte: CCIH do HUAB e MEJC.

presentes com maior intensidade. Neste período a mulher interage consigo mesma, com os outros, com seu filho, estando possivelmente presente no final desse período suas convicções acerca do tema estudado. Ressalta-se também que são nos primeiros dias do puerpério que ocorrem as principais complicações puerperais descritas na literatura. Foram excluídas do estudo mulheres que não apresentaram condições físicas, emocionais e fisiológicas para a entrevista, como por exemplo, uma puérpera que apresentou quadro de tristeza profunda com choros ininterruptos.

De acordo com o referencial metodológico utilizado não se determinou o número de participantes envolvidos no estudo *a priori*, pois considerei o número suficiente de sujeitos significativos quando houve repetições dos conteúdos das descrições experienciais, constituindo-se assim a saturação dos dados. Para Polit e Beck (2011, p.356) “se os participantes são bons informantes [...] a saturação pode ser alcançada com uma amostra relativamente pequena”.

4.3 INVESTIGANDO A EXPERIÊNCIA VIVIDA: A ENTRADA NO CONTEXTO DO ESTUDO E A OBTENÇÃO DAS DESCRIÇÕES EXPERIENCIAIS

4.3.1 A entrada no contexto do estudo

No que se refere à entrada nos campos de estudo, saliento que houve diferenças significativas, dado a minha aproximação com as duas maternidades. Durante os últimos dezessete anos desenvolvi atividades administrativas, assistencias e de ensino no Hospital Universitário Ana Bezerra. De modo que conheço os funcionários, a rotina, as dificuldades enfrentadas para se realizar uma assistência de qualidade, referentes não apenas aos recursos humanos e materiais, mas também ao próprio sistema de saúde.

Em relação à Maternidade Escola Januário Cicco a situação foi diferente. Não conhecia a equipe, a dinâmica das enfermarias. Assim sendo, antes de começar a obtenção das descrições experienciais, aproximei-me da equipe administrativa, profissionais e residentes que prestavam cuidados ao ser-mulher, a fim de conhecer as normas e rotinas da instituição como também prestar um breve esclarecimento acerca do objetivo do estudo, questão norteadora, população-alvo, metodologia empregada e instrumento utilizado para a obtenção das descrições experienciais. Essa ação objetivou proporcionar à equipe o

entendimento da pesquisa e assim a colaboração desses, no sentido de não dificultar a obtenção das descrições experienciais.

4.3.2 A obtenção das descrições experienciais

Estudo norteado pela abordagem qualitativa, o que solicitou de mim, a obtenção da percepção do ser-mulher que amamenta com complicação puerperal através das descrições experienciais. A permanência nas maternidades foi no período de fevereiro a outubro de 2014. Durante esse período, realizei várias visitas às instituições, em algumas consegui êxito, em outras não, ou seja, nem sempre havia puerperas internadas que estavam de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos nessa pesquisa. Ao chegar nas maternidades, sempre procurava fazer contato com o enfermeiro(a) responsável pelo setor naquele plantão específico, pois eram esses profissionais que possuíam informações atualizadas das admissões e altas.

O processo de descrição fenomenológica foi realizado a fim de descrever o visto, o sentido, a experiência como era vivida e expressada pelo ser-mulher no seu cotidiano, sem julgamentos e/ou avaliações da pesquisadora. Para Van Manen (1990), uma descrição fenomenológica envolve as técnicas de observação próxima e de entrevista e exige do pesquisador um olhar atento para as coisas do mundo vivido pelo sujeito significativo em direção à busca do sentido daquilo que a ele se manifesta, evidenciando seu desvelamento ontológico.

Dessa forma, seguindo as orientações do filósofo, procurei desde o início do contato com os sujeitos significativos do estudo uma relação de proximidade e uma atitude observadora. O que foi observado e apreendido nesse momento registrei em instrumento específico elaborado para esse fim (APÊNDICE B), o qual constava dos dados de identificação dos sujeitos, informações acerca das gestações anteriores, história obstétrica atual incluindo os dados referentes à complicação puerperal vivenciada, experiência anterior na prática da amamentação, circunstâncias espaço-temporais em que cada ser-mulher entrava no discurso, relação familiar estabelecida e comportamentos e sentimentos dos sujeitos significativos do estudo.

No tocante à técnica de entrevista, Van Manen (1990) diz que na fenomenologia hermenêutica há uma tendência em tornar os sujeitos significativos em participantes ou colaboradores do projeto de investigação, uma vez que o pesquisador toma emprestado as descrições experienciais dos entrevistados e reflete sobre elas. Van Manen (1984, p. 55) explica que isto fornece ao pesquisador “uma compreensão do

significado mais profundo de um aspecto da experiência humana no contexto da totalidade da experiência humana”.

Neste estudo, realizei todas as entrevistas e, para a obtenção das descrições experienciais, utilizei entrevista não estruturada. Conforme Polit e Hungler (2004), as entrevistas não estruturadas são utilizadas em todas as tradições de pesquisa qualitativa, encorajando os pesquisados a definirem as dimensões de um fenômeno e a elaborarem o que é relevante para eles. Em geral se inicia a entrevista com uma questão mais geral acerca do tema e as questões subsequentes são mais enfocadas e orientadas pelas respostas iniciais. Os autores afirmam ainda que os estudos etnográficos e os fenomenológicos utilizam com frequências entrevistas não estruturadas (POLIT, HUNGLER, 2004).

Antes de iniciar a obtenção das descrições experienciais, foi realizado um contato prévio com as puerperas, momento em que foram apresentadas todas as informações acerca do estudo e objetivos, bem como a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012c), que dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Após essa explicação, solicitei a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C). A fim de contribuir com a confidencialidade e a privacidade da relação durante as entrevistas, bem como evitar interferências externas ao processo, elas foram realizadas, dentro do possível, em ambientes reservados como os alojamentos desocupados ou locais mais afastados das enfermarias coletivas.

A entrevista foi iniciada com o seguinte questionamento: O que significa para você ser- mulher a experiência vivida na amamentação com complicações puerperais? Todas as entrevistas foram gravadas, com aquiescência das participantes, em gravador digital e posteriormente transcritas na íntegra e submetidas à análise. As questões neste estudo foram elaboradas de forma a responder o objetivo, quanto à compreensão do significado da experiência vivida na amamentação para o ser-mulher com complicações puerperais. Cada entrevista durou em média cinquenta minutos e houve em alguns momentos presença de choros desencadeados pelo processo, sendo necessária certa habilidade para lidar com a situação. Grande parte das entrevistas foram realizadas na MEJC, devido ao nível de complexidade da maternidade e por consequência maior número de ser-mulher lactante com complicação puerperal.

Vale salientar que durante o tempo que permaneci nas maternidades para obter as descrições experienciais, observei receptividade e acolhimento por parte da direção e equipe, não

vivenciando nenhuma situação que pudesse ser considerada como indesejável, o que facilitou o desenvolvimento do estudo e alcance do meu objetivo. Como consequência da relação estabelecida com o ser-mulher durante as entrevistas, fui abordada por elas a fim de esclarecer dúvidas sobre o quadro clínico e o manejo da amamentação. Entretanto, tais esclarecimentos foram fornecidos após a realização da entrevista.

4.4 DESCREVENDO O PROCESSO DA ANÁLISE FENOMENOLÓGICO-HERMENÊUTICA DA EXPERIÊNCIA VIVIDA

O propósito da reflexão fenomenológica, segundo Van Manen (1990, p. 77) “é tentar capturar o significado essencial de alguma coisa”. De acordo com o autor, esta é uma tarefa que pode ser considerada fácil ou difícil. É fácil porque desvelar o sentido/significado ou a essência de um fenômeno; é algo que todas as pessoas fazem constantemente no seu viver diário, como bem sublinhou Husserl, lembra o autor.

Por outro lado, a tarefa também pode ser considerada difícil já que a compreensão da essência de um fenômeno envolve um processo de apropriação e clarificação que se dá reflexivamente. Faz-se necessário multiplicar os momentos de auscultação, isto é, realizar as reduções sucessivas que, passo a passo, encaminharão da fenomenalidade à significação do fenômeno estudado (VAN MANEN, 1990).

Após a obtenção das descrições experienciais, o processo segundo o autor ocorre em dois momentos: um primeiro que consiste em desenvolver a **análise temática**; e um segundo que busca identificar os **temas essenciais**. Para Van Manen (1990, p. 88) tema é,

a forma de capturar o fenômeno que a pessoa está tentando compreender e descreve um aspecto da estrutura da descrição da experiência vivida. Ou ainda, sob a forma de metáfora, são as estrelas que formam o universo de significados no qual vivemos. À luz destes temas, podemos navegar e explorar tais universos.

De acordo com Van Manen (1990) a análise temática baseia-se no ato de reflexão empreendido pelo pesquisador sobre a experiência vivida e a reflexão fenomenológico-hermenêutica. Em última análise, busca responder à seguinte questão: **o que é que constitui a natureza desta experiência vivida?** Assim pretende-se desvelar de um modo

reflexivo aquilo que tende a ser obscuro, aquilo que tende a fugir da inteligibilidade da nossa atitude natural, do nosso viver diário, da nossa cotidianidade.

Para **identificar estruturas/unidades temáticas ou de significados de um fenômeno**, Van Manen (1990, p. 92-93) indica três modalidades de abordagem, a saber: (a) holística ou sentenciosa, em que o texto é analisado como um todo, e o investigador se questiona: que frase sentenciosa poderia capturar o significado fundamental do texto como um todo? (b) seletiva ou de realce, em que o texto é lido ou escutado várias vezes e o investigador questiona: que declarações ou frases parecem particularmente essenciais ou reveladoras sobre o fenômeno ou experiência que está sendo descrito? Tais afirmações, então, são circuladas, sublinhadas ou realçadas e, por último, (c) a abordagem detalhada, também chamada de linha a linha, onde o investigador se atém a cada sentença e se questiona: o que é que esta sentença ou este agrupamento de sentenças ou frases revelam sobre o fenômeno ou a experiência que está sendo descrita? Neste estudo adotei todas as abordagens citadas, conforme sugere o autor.

Após a organização das entrevistas e leitura exaustiva do material, o estudo constou de duas etapas: a primeira, realizou-se a busca da análise temática das descrições experienciais e em seguida, procurei identificar as unidades de significado e os temas essenciais do conjunto de dados. Esse processo foi iniciado apenas após obter um olhar completo das descrições experienciais, a fim de apreender o sentido do todo.

O processo de análise, os registros das observações e as descrições obtidas através das entrevistas foram (re)organizados de maneira padronizada, proporcionando a configuração geral dos dados. Tanto a análise temática das descrições como a identificação dos temas essenciais foram frutos de extenuante e cuidadosa revisão dos dados.

A leitura das descrições foi feita através da abordagem detalhada, ou de linha a linha, do início ao fim, sem a preocupação num primeiro momento de buscar qualquer interpretação ou identificar qualquer atributo. Procedi à leitura das descrições sem perder de vista a questão norteadora e o referencial teórico-filosófico do estudo. Em seguida, com o olhar focado na interrogação, determinei como cada linha revelava partes do fenômeno que estava sendo descrito e, posteriormente, coloquei em evidência as unidades temáticas (ou de significado) extraídas da descrição sob a forma de frases ou parágrafos – grifados na transcrição da descrição – que evidenciavam temas ligados ao fenômeno em estudo.

Após identificar as unidades de significado, percorri todas as unidades identificadas e busquei as convergências dessas unidades, reunindo-as em subtemas, na tentativa de chegar a uma estrutura do fenômeno. A interpretação foi realizada a partir das unidades temáticas, buscando a compreensão do significado da experiência vivida para o ser-mulher na amamentação com complicações puerperais, colocando em evidência, por meio da hermenêutica, a essência do dito.

Quadro 2 – Exemplo de análise estrutural das descrições experienciais – ser-mulher que amamenta com complicações puerperais

Discurso na linguagem do sujeito significativo	Redução de unidades de significado	Convergência de unidades temáticas
1-Para mim tá sendo importante porque no momento em que estou amamentando se torna um momento de alegria porque eu estou vendo que o meu bebê está bem	1-Percebendo a amamentação e a maternidade como mecanismos compensatórios (de superação, consolo, de força, de paz, gratificante, de alegria) diante da complicação	1.1;1.4;1.16;1.48
2-Então quando ele vem amamentar é um momento de suma importância, tanto pra mim quanto pra ele, para minha saúde e a dele é muito importante	2- Percebendo a amamentação como importante no ganho de peso, saúde, do bebê.	1.2
3-Não foi muito bom, apesar do atendimento maravilhoso dos profissionais, que a gente tem ideia assim: que quando vai para a UTI é porque tá morrendo, mas eu vi que não é isso aí, lá nós recebemos um cuidado maior como paciente. Então pra mim foi muito importante, tinha outra visão da UTI, agora tenho uma outra.	3-Percebendo que houve mudança de visão acerca dos fins da UTI	1.3
4-Amamentar lá foi importante também porque eu ficava ansiosa para o momento que ele vinha porque eu tinha aquele momento de alegria com ele. Cheirar, abraçar, amamentar isso é maravilhoso pra mim	4-Percebendo a amamentação e a maternidade como mecanismos compensatórios (de superação, consolo, de força, de paz, gratificante, de alegria)	
5-Meu coração está partido porque tem a outra criança, tem meu esposo, tem minha mãe que tá doente e não pode vir me ver	5-Percebendo os motivos e as consequências que levam/ do internamento ser uma experiência ruim	1.5;1.8;1.32;1.35
6-Porque assim a pessoa só acredita que tá bem quando vê, então pra minha mãe tá sendo sofrido para todos.	6-Percebendo o sofrimento de sua mãe diante de sua hospitalização	1.6

<p>7-Agora eu creio que sou uma pessoa muito amada por todos, nunca pensei que certas pessoa iriam me amar desse jeito como eu senti agora</p> <p>8-Então pra mim meu coração está partido por não está perto das pessoas, não tá perto do bebê</p> <p>9-Eu preparei tudo pra ele, do jeito que eu sonhava fiz tudo pra ele, então assim eu não estou vivendo aquele momento ainda, se Deus quiser vou viver</p> <p>10- Fiquei ansiosa pra sair daqui mas a médica me explicou que eu preciso ficar mais três dias para terminar a medicação e eu não ter que voltar novamente, aí fiquei tranquila.</p> <p>11- Esse momento de infecção tirou uma parte da minha vida, tudo aquilo que você vive quando tem um bebê, as noites em claro, eu não vivi, quem vive esse momento por mim é minha irmã, ela é a segunda mãe dele</p> <p>12- Preocupo-me com o pagamento da escola das crianças, digo a minha mãe que tenho que fazer isso e ela diz: deixe para quando você sair aí você faz tudo o que tinha pra fazer, não se preocupe, porque eu fico muito ansiosa pra ter minha vida normal, só que aqui eu não consigo ter minha vida normal, eu não sou uma pessoa parada, nem na gravidez dele eu fui, mesmo em cima de uma cama eu trabalhava porque eu tenho compromisso com lojistas, minha vida não é uma vida parada, pra mim é o maior sofrimento da face da terra está aqui parada.</p>	<p>7-Percebendo amor pela família/marido e percebendo o amor da família/marido</p> <p>8- Percebendo os motivos e as consequências que levam/ do internamento ser uma experiência ruim (também há um lado bom)</p> <p>9- Percebendo expectativas/ sonhos ao vivenciar a maternidade e que o fato de estar hospitalizada/vivenciar a complicação tirou isso dela</p> <p>10-Percebendo o cuidado/orientação que recebeu da equipe de saúde no momento da complicação puerperal/Ciclo gravídico puerperal</p> <p>11-Percebendo expectativas/ sonhos ao vivenciar a maternidade e que o fato de estar hospitalizada/vivenciar a complicação tirou isso dela</p> <p>12- Percebendo o desejo de sair do hospital e ficar com seu bebê/família em casa, voltar a rotina do lar</p>	<p>1.7</p> <p>1.9;1.11;1.38</p> <p>1.10;1.14;1.15;1.27;1.37;1.46;1.47</p> <p>1.12;1.22</p>
--	--	--

<p>13-Quando disseram que eu iria passar por outra cirurgia, eu disse assim: ai, meu Deus do céu, eu sabia que ia acontecer alguma coisa, aconteceu uma coisa tão grave lá na cirurgia, que eu só pensava em ficar sem meus dois filhos, só pensava neles, em deixar eles pequenos e esse aqui, Ave Maria, o último, não vou ter mais nenhum e que foi assim pra mim muito dolorido</p> <p>14- [...] e realmente na hora da cirurgia o anestesista, um cavalo batizado lá, eu tinha que levantar a cabeça, mas eu não conseguia com a dor, aí ele falou pra mim: levante porque se sua anestesia não der certo, você vai para o bé-lé-léu, aí a auxiliar viu que ele foi tão grosso, que ela me ajudou a levantar a cabeça</p> <p>15-[...] mas, realmente, quase que eu morro, quando eu saí, minha irmã disse que meus olhos estavam pregados com uma fita como se eu tivesse tido uma convulsão e eu estava babando, ela não viu comigo nenhum profissional, apenas um maqueiro e ela mandou ele voltar e disse que eu só sairia dali com um profissional, voltaram e depois de duas horas é que saíram comigo com um profissional, mas isso também se fosse com uma pessoa leiga, minha irmã já é instruída, faz advocacia, mas se é uma pessoa leiga, a pessoa morre mesmo, porque infelizmente tem muitos profissionais bons e maravilhosos, mas tem uns que só vêm pra fazer o seu horário, infelizmente isso acontece.</p> <p>16-É inexplicável a amamentação nesse momento... mas pra mim é a melhor hora, a hora do amamentar, é muito bom, muito bom mesmo,</p> <p>17- Não sabe a importância do amamentar pra criança e para a mãe, ela acha que é só pra criança, mas não, é pra mãe também, é muito importante</p>	<p>13- Percebendo o medo e que teve diante da complicação (Vários tipos de medo , morte, dor, de morrer e deixar os filhos)</p> <p>14-Percebendo o cuidado/orientação que recebeu da equipe de saúde no momento da complicação puerperal/Ciclo gravídico puerperal</p> <p>15- Percebendo o cuidado/orientação que recebeu da equipe de saúde no momento da complicação puerperal/Ciclo gravídico puerperal</p> <p>16-Percebendo a amamentação e a maternidade como mecanismos compensatórios (de superação, consolo, de força, de paz, gratificante, de alegria)</p> <p>17-Percebendo a importância da amamentação devido a prevenção do câncer de mama</p>	<p>1.13;1.18</p> <p>1.17</p>
---	---	------------------------------

<p>18-O medo de não voltar pra casa e assim, quando eu perdi meus três bebês, meu sonho era ser mãe, então, assim, foi muito dolorido perder meus filhos, então, pra mim ser mãe é a maior alegria do mundo, mesmo sem ter muita paciência, mas pra mim é a maior alegria, então tive medo de ficar sem meus filhos.</p>	<p>18- Percebendo o medo e que teve diante da complicação (Vários tipos de medo , morte, dor, de morrer e deixar os filhos)</p>	
<p>19-Agora estou com um nó, só Jesus na minha causa agora.</p>	<p>19-Percebendo fé em Deus diante das dificuldades</p>	<p>1.19;1.29</p>
<p>20-Realmente mas eu vou continuar dando de mamar ao meu filho, ele está em primeiro lugar, não só ele, como a outra também, continuarei amamentando,</p>	<p>20- Percebendo-se como menos importante diante da filho/a (ser mãe/amamentar mais relevante do que ser mulher)</p>	<p>1.20</p>
<p>21-Mas espero que os remédios não atrapalhem, é tanto que minha irmã disse que ele estava muito sonolento, para ele poder mamar no copinho, com ela, ela tem que estimular muito porque senão ele não quer</p>	<p>21-Percebendo que acreditava ou que tinha dúvida que a infecção/medicamentos passava através do leite materno</p>	<p>1.21</p>
<p>22-A minha expectativa é chegar em casa, ficar com meus filhos, botar minha filha mais velha para a escola (choro), porque quando ela vai para a escola, ela me beija, nossa, isso dói demais, demais, você nem</p>	<p>22- Percebendo o desejo de sair do hospital e ficar com seu bebê/família em casa, voltar a rotina do lar</p>	
<p>23-Você nem tem ideia de como minha filha é carinhosa comigo, até porque quando eu me separei, só ficou eu e ela, então, assim, o nosso amor, o nosso elo, entre eu e ela, é forte demais</p>	<p>23-Percebendo o carinho e amor da filha</p>	<p>1.23</p>
<p>24-Estar longe da minha filha é doloroso demais</p>	<p>24- Percebendo os sentimentos/reações que teve diante do internamento/ complicação</p>	<p>1.24;1.25;1.26;1.28;1.33;1.36;1.43;1.45;1.49;1.52</p>
<p>25-Tenho na minha cabeça que minha vida, daqui há alguns dias, volta ao normal, até porque as outras pessoas também precisam que a vida volta ao normal, como minha irmã, porque criança dá trabalho à noite, ela não trabalha, mas estuda e tem as crianças dela, então,</p>	<p>25-Percebendo os sentimentos/reações que teve diante do internamento/ complicação</p>	
<p>26- Tudo isso, e o que ela tá</p>	<p>26-Percebendo os sentimentos/reações que teve diante</p>	

<p>fazendo, eu acho que é muito difícil todo mundo querer fazer, então a gente também tem que ver o lado das outras pessoas, a pessoa tem que voltar a sua vida normal, minha sorte é que ela não está tendo provas na faculdade, mas tá perdendo matéria, né?</p> <p>27- O marido tirou férias e aconteceu tudo isso, então todos estão envolvidos, para o médico chegar aqui e dizer: você tem que ficar é fácil, mas ele não vê a vida da pessoa, né? Por que lá quando começaram com antibiótico, não começaram com o certo? Já que sabiam que a criança ia lá todo dia amamentar?</p> <p>28-Então, tem essas coisinhas que não entram na nossa cabeça, então, posso dizer que minha vida como mulher está um bagaço, é difícil, porque eu quero que todo mundo volte a sua vida normal,</p> <p>29- Mas eu vou sair dessa se Deus quiser e voltar a minha vida normal.</p> <p>30- Até porque dizem que tudo o que você sente, passa para a criança, então até você ficar tranquila para a criança, é complicado.</p> <p>31- Mas eu tenho uma pessoa muito forte na minha vida, que é Deus. Ele é o centro de tudo, se eu não tivesse Deus neste momento, eu abriria a janela e me jogava, sabia que todos iriam ficar bem e eu iria sair disso (choro), mas graças a Deus eu tenho um Deus vivo, que não deixa que nada aconteça.</p> <p>32- Isso que eu estou passando é mais uma prova para ver se realmente eu vou ser firme naquilo ali, porque assim, Deus não dá castigo, mas ele permite que você passe por aquelas coisas para ele vê até aonde vai a sua fé, como ele disse: a tua fé te salvou, a minha vai me salvar também.</p> <p>33- Porque assim, já faz desde o dia 05, que estou aqui, fui em casa só deitar na cama e voltar novamente, ai desespera, ficar mais dias aqui.</p>	<p>do internamento/ complicação</p> <p>27- Percebendo o cuidado/orientação que recebeu da equipe de saúde no momento da complicação puerperal/Ciclo gravídico puerperal</p> <p>28- Percebendo os sentimentos/reações que teve diante do internamento/ complicação</p> <p>29-Percebendo fé em Deus diante das dificuldades</p> <p>30-Percebendo que tudo o que a mãe sente passa para criança</p> <p>31- Percebendo vontade de se matar caso a doença não fosse permitida por Deus/ou se não tivesse Deus na vida</p> <p>32- Percebendo os motivos que levou ela e outras mulheres a adoecerem/ ou tentando encontrar explicação</p> <p>33- Percebendo os sentimentos/reações que teve diante do internamento/ complicação</p>	<p>1.30</p> <p>1.31;1.34</p>
---	---	--

<p>34-Eu digo a você se eu não tivesse Deus eu não me importava não, porque eu sei que eles iriam ficar bem porque eu não suporto mais essa situação.</p>	<p>34- Percebendo vontade de se matar caso a doença não fosse permitida por Deus/ou se não tivesse Deus na vida</p>	
<p>35- Porque eu tenho um problema seríssimo de coluna, só tenho um rim, é desconfortante está aqui.</p>	<p>35- Percebendo os motivos e as consequências que levam/ do internamento ser uma experiência ruim</p>	
<p>36- Então eu quero minha vida de volta, tem que ter justiça nesse negócio, eu não posso passar por isso em vão,</p>	<p>36-Percebendo os sentimentos/reações que teve diante do internamento/ complicação</p>	
<p>37- [...] então eu quero minha vida de volta, tem que ter justiça nesse negócio, eu não posso passar por isso em vão.</p>	<p>37-Percebendo o cuidado/orientação que recebeu da equipe de saúde no momento da complicação puerperal</p>	
<p>38- Eu sei que não vai trazer tudo o que estou passando de volta, porque eu estou perdendo tudo, faz uma semana que minha filha não vai para a escola, porque a menina chama por mim o tempo todo, nossa, eu fiz tudo para o bebê, o quartinho dele, ficou lindo, maravilhoso o quarto dele, o que a mais velha não teve, então, assim, você tem um sonho de viver aquilo ali e não tá vivendo, né?</p>	<p>38- Percebendo expectativas/ sonhos ao vivenciar a maternidade e que o fato de estar hospitalizada/vivenciar a complicação tirou isso dela</p>	
<p>39-Dar um banho, nunca dei um banho nele ainda, porque aqui eu acho desumano pegar uma criança e colocar numa água gelada dessa, debaixo de um ar condicionado e dar banho, eu acho.</p>	<p>39-Percebendo a alimentação oferecida no hospital/ condições de funcionamento do hospital</p>	<p>1.39;1.42</p> <p>1.40</p>
<p>40- Graças a Deus que eu tenho esse privilégio de a minha irmã levar, faz os cuidados dele e depois traz, então isso pra mim é confortante, eu sei que ela vai fazer, mesmo atrapalhado toda a vida dela, mas eu sei que ela está fazendo.</p>	<p>40- Percebendo a importância/apoio da família, amigos e da auto ajuda</p>	
<p>41-Ele é maravilhoso, é uma pessoa que faz tudo em casa, ele leva e traz a criança, mesmo não sendo dele, tem um amor por ela como se fosse o pai</p>	<p>41- Percebendo a presença do companheiro no processo de adoecimento e internamento</p>	<p>1.41</p>

<p>42- Ele não pode ficar aqui comigo é a norma do Setor</p> <p>43- Para ele também é dolorido porque ele está só, já tá num lugar que não é seu e ainda mais sozinho, então você pensa em voltar para ter sua vida normal</p> <p>44-Tem muita diferença porque sem complicação é mais tranquilo, você tem o momento só seu e do bebê e aqui não, aqui tem o estresse do dia-a-dia é um entra e sai na enfermaria, um entra aqui e dá uma notícia boa, outro entra e dá notícia ruim, é horrível.</p> <p>45- Comida aqui, eu não como de jeito nenhum, desde ontem eu não como comida porque não desce de jeito nenhum, não é porque é ruim é porque as situações que estão acontecendo é que me faz não comer.</p> <p>46- A enfermeira lá em baixo disse que eu tinha que comer, coma pelo menos duas colheres, porque senão você não vai sair daqui. É aquele conforto que eles dão, desconfortante.</p> <p>47- Porque pra mim é assim: tipo tapar o sol com a peneira é como se um problema se relacionasse a outro, porque não pode ser assim, não entra na minha cabeça, é como se seu corpo fosse testado aqui dentro, então se você já está numa situação dessa, não era pra ser testado mais, então eles eram pra resolver logo essa situação já que a paciente passou por tudo isso e não ficar testando, mas não, eles ficam testando uma coisa e outra.</p> <p>48-Amamentar vivendo tudo isso é um conforto não desconfortante, porque ele é meu , é um momento meu e dele, então pra mim está sendo importante amamentar nesse momento de tanta tristeza,</p>	<p>42-Percebendo as condições de funcionamento do hospital</p> <p>43-Percebendo os sentimentos/reações que teve diante do internamento/ complicação</p> <p>44-Percebendo a amamentação com complicação diferente da amamentação sem complicação devido à presença de sintomatologia</p> <p>45- Percebendo os sentimentos/reações que teve diante do internamento/ complicação</p> <p>46- Percebendo o cuidado/orientação que recebeu da equipe de saúde no momento da complicação puerperal/Ciclo gravídico puerperal</p> <p>47- Percebendo o cuidado/orientação que recebeu da equipe de saúde no momento da complicação puerperal/Ciclo gravídico puerperal</p> <p>48- Percebendo a amamentação e a maternidade como mecanismos compensatórios (de superação, consolo, de força, de paz, gratificante, de alegria)</p>	<p>1.44</p>
---	--	-------------

49-Eu nunca pensei que ter um filho fosse tão ruim desse jeito.	49-Percebendo os sentimentos/reações que teve diante do internamento/ complicação	
50- Porque o aleitamento materno para a criança deixa ele mais imune para doenças e pra mim é importante porque eu perco mais peso, porque o útero volta mais rápido para o local, então pra mim também é muito importante, não só para ele quanto pra mim.	50- Percebendo que a importância da amamentação é devido a prevenção de doenças	1.50
51-Diante de tudo isso que estou vivendo agora que eu quero mesmo amamentar, porque quero sair daqui e até para as pessoas que estão cuidando dele, e ele ficando mais fortinho é melhor, então jamais eu vou desistir.	51-Percebendo a amamentação como uma forma de ir para casa mais rápido	1.51
52- Jamais eu vou desistir.	52-Percebendo os sentimentos/reações que teve diante do internamento/ complicação	

Fonte: Elaborado pela autora

O passo seguinte foi a reflexão fenomenológica embasada nas concepções filosóficas de Maurice Merleau-Ponty e do método de Van Manen (1990) que combina características da fenomenologia descritiva e interpretativa, com vistas a compreender o significado da experiência vivida pra o ser-mulher na amamentação com complicações puerperais.

4.5 DESENVOLVENDO UMA ESCRITA FENOMENOLÓGICO-HERMENÊUTICA

Para Van Manen (1990), fazer pesquisa em sentido fenomenológico significa dar forma ao discurso ou fala, que é feito mais comumente através de uma atividade de escrita. Segundo o autor, essa atividade deve estar presente em todo o processo de investigação e, portanto, não deve ser compreendida como sendo apenas uma etapa final da pesquisa.

Segundo Van Manen (1984), a transformação linguística se constitui em uma aventura, uma modalidade de ação que o fenomenólogo desenvolve a fim de capturar a essência dos temas. Esse

processo envolve o ato de escrever sobre suas atividades de pesquisa e sobre suas leituras. O pesquisador reflete sobre as descrições fenomenológicas numa tentativa de recriar as experiências, não apenas como descrição pura das mesmas, mas, como uma forma de expressão artística, onde representa uma transcendência das experiências do mundo através da reflexão existencial. Dessa forma, quando se analisa e interpreta informações dadas pelas descrições dos fenômenos mediante critérios de rigor, a busca acontece não só apenas pela essência, mas também a sua transcendência – redução transcendental.

4.6 MANTENDO UMA RELAÇÃO FORTE E ORIENTADA PARA O FENÔMENO

Van Manen (1990) destaca que contrariando o pensamento de alguns, a ciência fenomenológica é um tipo de pesquisa qualitativa muito exigente para aqueles que a praticam. Adverte para o fato de que o pesquisador precisa se manter firme na sua orientação para a questão fundamental, pois poderá sofrer tentações para se desviar, perambular sem meta e consentir especulações de pouca profundidade, aceitando, assim, opiniões e conceitos preconcebidos, e entrar de novo num emaranhado de conceitos taxonômicos ou teorias abstratas, descaracterizando a perspectiva fenomenológica (VAN MANEN, 1990).

Tendo como base essas recomendações, procurei estabelecer e conservar neste estudo uma forte orientação para o fenômeno de interesse em todo o processo de investigação, tendo a preocupação constante de não perdê-lo de vista, bem como a perspectiva e o objetivo de minha investigação.

4.7 EQUILIBRANDO O CONTEXTO DA PESQUISA: CONSIDERANDO AS PARTES E O TODO

No campo do referencial fenomenológico, onde a teia de relações que constitui a realidade do ser humano está fundada na palavra, no significado, o pesquisador deve trabalhar não só com as partes, mas, sobretudo com a totalidade das descrições dos sujeitos significativos. Assim sendo, as descrições devem ser lidas e relidas, até que o descrito comece a fazer sentido para o pesquisador, tendo como referencial a questão norteadora do estudo. Nessa pesquisa procedi conforme essas orientações.

4.8 DESCREVENDO OS COMPONENTES ÉTICOS DO ESTUDO

O presente estudo seguiu as diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde, regulamentadas pela Resolução nº 466/2012 (BRASIL, 2012c). Desta forma, inicialmente para ocorrer a viabilização técnica dessa pesquisa, houve uma solicitação oficial de autorização para a coleta de informações, tanto no HUAB quanto na MEJC (APÊNDICE D e E). Após a autorização das referidas instituições, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, sendo autorizada pelo parecer consubstanciado de número 485.322 de 09 de dezembro de 2013 (ANEXO D). Em seguida, mediante a aprovação do referido Comitê, a pesquisa foi iniciada. Na oportunidade todos os sujeitos significativos envolvidos no estudo foram informados sobre o objetivo, o método, a finalidade, os riscos e benefícios da pesquisa, bem como o modo de divulgação dos resultados do mesmo. Após essas informações, solicitei a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C) instrumento esse elaborado em duas vias, sendo uma entregue ao sujeito participante e a outra arquivada pela pesquisadora.

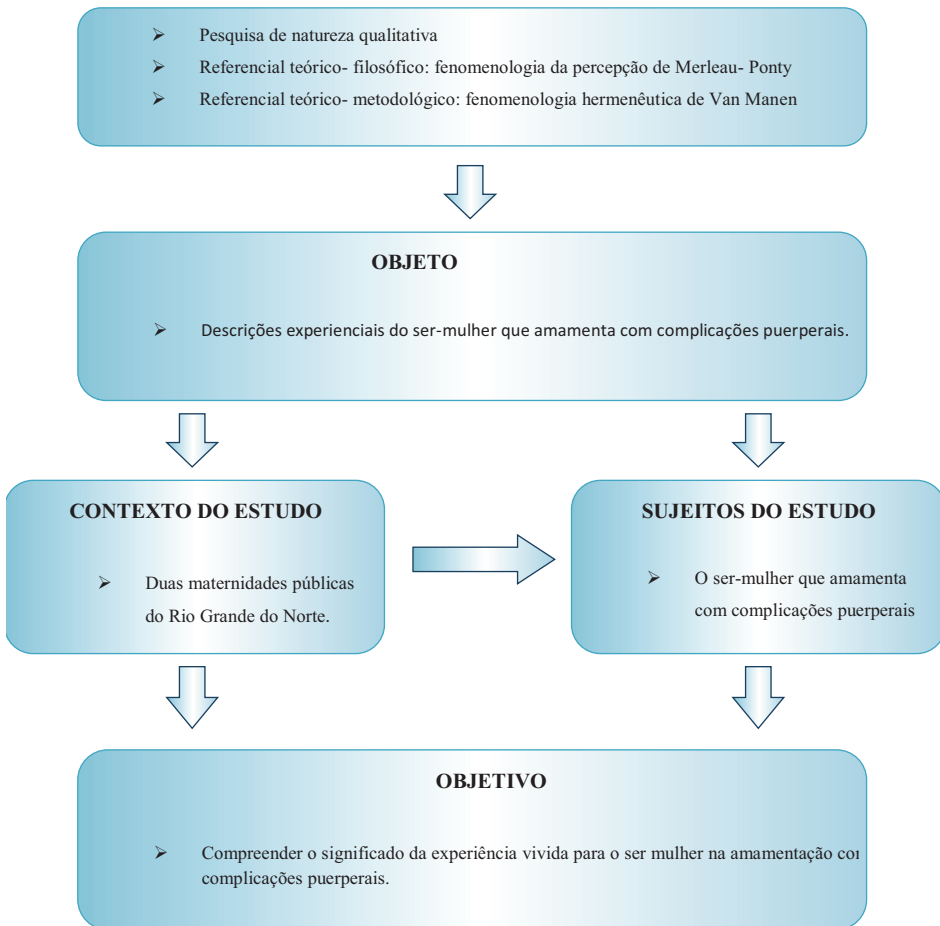
Para garantir o anonimato dos sujeitos significativos, seus nomes foram substituídos por nomes de mulheres que são citadas na Bíblia. Essa decisão não se deu por acaso e está vinculada ao meu mundo vivido. Ao ler as histórias bíblicas, contemplo mulheres que foram fortes e guerreiras diante das adversidades vivenciadas. Suas histórias nos dias atuais, na minha concepção são fontes de reflexão e verdadeiros exemplos de superação. Assim, à medida que fui adentrando no mundo vivido do ser-mulher que amamenta com complicação puerperal, pude contemplar semelhanças entre os sujeitos significativos do estudo e as mulheres bíblicas. Semelhanças essas que na maioria das entrevistas foram demonstradas em meio a lágrimas e que dizem respeito à força, à coragem e à determinação que o ser-mulher mostrou durante as entrevistas a fim de vencer as dificuldades advindas das complicações, nunca perdendo a esperança de ter sua saúde restabelecida.

As entrevistas gravadas, bem como todos os registros e demais documentos recomendados pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, ficarão mantidos em arquivo, sob a guarda da pesquisadora, por cinco anos. Dessa forma, reafirmo meu compromisso em cumprir integralmente os termos das Resolução nº 466/2012. Ao finalizar o capítulo, apresento a seguir uma representação esquemática do caminho

metodológico, adotado por Santos (2004) e readaptado no presente estudo (Esquema II).

REPRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DA PESQUISA E DA METODOLOGIA

Figura 2 - Esquema II- O caminho metodológico



Fonte: Adotado por Santos (2004) e readaptado pela autora.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão serão apresentados na forma de manuscritos, em conformidade com a Instrução Normativa 10/PEN/2011 de 15 de junho de 2011 (ANEXO B), que altera os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e de Doutorado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

A tese resultou em três manuscritos. O primeiro manuscrito, já anteriormente apresentado, intitulado “Percepção de mulheres quanto à prática do aleitamento materno: uma revisão integrativa”, buscou identificar a contribuição das pesquisas desenvolvidas, sobre o conhecimento científico produzido no âmbito nacional e internacional acerca da percepção das mulheres quanto à prática do aleitamento materno, evidenciando e discutindo as semelhanças e diferenças, a fim de gerar um panorama sobre a temática.

No presente capítulo, serão apresentados os demais manuscritos em número de dois (2), todos resultantes de pesquisa do campo de investigação, conforme a seguir:

Manuscrito 2 “Desvelando o significado da experiência vivida para o ser-mulher na amamentação com complicações puerperais”.

Manuscrito 3 “O cuidado prestado pela equipe de saúde ao ser-mulher que amamenta com complicação puerperal: Desvelando significados”.

Entretanto, antes de apresentar os manuscritos que faltam, farei uma descrição do ser do fenômeno, abordando na primeira parte as características sociodemográficas dos sujeitos significativos e parceiros, e em seguida farei uma abordagem mais detalhada do ser do fenômeno, de forma individualizada, descrevendo aspectos relacionados às gestações anteriores e atual, puerpério, como também aquelas relacionadas às complicações puerperais, experiência anterior na prática da amamentação, circunstâncias espaço-temporais em que cada ser-mulher entrava no discurso, relação familiar estabelecida e comportamentos, sentimentos demonstrados durante a entrevista, ou mesmo, declarados por elas.

5.1 O SER DO FENÔMENO: CONHECENDO OS SUJEITOS SIGNIFICATIVOS DO ESTUDO

5.1.1 Características sociodemográficas

Os sujeitos significativos que constituíram o universo estudado, ou seja, as 28 puérperas que estavam amamentando com complicação puerperal, estavam na faixa etária entre 18 a 42 anos, e deste total, a maior parte, ou seja, dezesseis eram da raça/cor negra e doze da raça/cor branca. Quanto à escolaridade, a grande maioria havia concluído ou estava cursando o ensino médio, totalizando dezenove puérperas, sendo dez concluintes e nove com os estudos em curso. O restante dos sujeitos significativos quanto à escolaridade estavam assim distribuídos: uma possuía ensino superior, três fundamental completo, quatro fundamental incompleto e uma que alegou nunca ter frequentado a escola. Em relação à ocupação, oito mulheres referiram ser do lar, cinco agricultoras, três empregadas domésticas, duas assistentes de serviços gerais, duas artesãs, uma professora do ensino fundamental, uma conselheira tutelar, uma costureira, uma camareira de hotel, uma manicure, uma estudante, uma atendente de telemarketing e uma cuidadora de idoso.

No que se refere ao estado civil, dezoito mulheres declararam possuir união estável, seis assumiram que são casadas e o restante solteiras. O tempo médio de união estável ou de casamento com o atual cônjuge, ficou entre um a quinze anos. No tocante à procedência das entrevistadas, quatorze eram procedentes da capital, ou seja, Natal e as outras quatorze de cidades do interior do Estado, como Serra Caiada, Ceará Mirim, Currais Novos, Santo Antônio, Pedro Velho, entre outras. Essa proporção de igualdade entre a capital e as cidades do interior pode ser explicada pelo fato de que a maioria das entrevistas foram realizadas na MEJC, e essa maternidade é referência de média e alta complexidade para todo o Estado, como já explicitado anteriormente. Quanto ao local de nascimento dos sujeitos significativos, vinte e cinco eram do estado Rio Grande do Norte, duas da Paraíba e uma de Minas Gerais.

Quanto ao grau de escolaridade dos cônjuges/companheiros/namorados, as puérperas declararam que: onze possuíam ensino médio completo, seis ensino médio incompleto, três havia terminado o fundamental, três estavam com o fundamental incompleto e um havia concluído o ensino superior. Duas das entrevistadas afirmaram que não sabiam o grau de escolaridade de seus parceiros e duas declararam que não tinham companheiro, pois o relacionamento foi passageiro. Por fim, em relação à profissão/ocupação dos seus cônjuges/companheiros/namorados, dois eram mecânicos, dois agricultores, dois motoristas e dois autônomos. Os demais trabalhavam

em áreas diversificadas (artesão, vigilante, cozinheiro, encanador, autônomo, pastor, gesseiro, bancário, porteiro, vistoriador de ônibus, ajudante de pedreiro, pedreiro, auxiliar de marceneiro, electricista, garçom, sushi man, maqueiro). Havia um desempregado entre os cônjuges/companheiros/namorados.

5.2 O SER DO FENÔMENO: ABORDAGEM DETALHADA

Sara – Descrição experiencial 1

[Duas coisas muito forte a amamentação e a dor que eu estava sentindo, mas uma superou a outra... para mim, amamentar superou as dores que eu estava sentindo...]

Sara foi a primeira ser-mulher que entrevistei e na ocasião estava com vinte e cinco anos. Encontrava-me ansiosa, com grande expectativa, minha preocupação principal era se eu conseguiria estabelecer com ela uma interação significativa, aspecto importante para a realização de uma entrevista fenomenológica. Era uma tarde quente no município de Santa Cruz e eu estava suada, não apenas pelo calor, mas também pelo nervosismo. Sara estava na enfermaria destinada às intercorrências obstétricas e puerperais e me recebeu com um largo sorriso no rosto, o que me ajudou a relaxar. Antes de iniciar a entrevista propriamente dita, ela me falou um pouco do seu bebê e de como estava feliz em ser mãe pela primeira vez. Logo, nós duas estávamos à vontade, e o nosso encontro foi permeado pela espontaneidade e sinceridade, de ambas as partes. Contou-me que a gestação não foi planejada, porém ela e o esposo ficaram felizes com a notícia. Por volta do terceiro mês de gestação recebeu a notícia que estava grávida de gêmeos, todavia, no quarto mês perdeu uma das meninas, devido a um abortamento espontâneo. Relata que devido a esse fato, ficou com muito medo de hospital e ficava apreensiva quando pensava no parto que em breve ocorreria. O pré-natal foi realizado na maternidade por ter sido classificado de alto risco, sendo realizadas ao todo sete consultas. Negou abortos anteriores.

Pariu a menina no dia 02 de fevereiro de 2014, à termo, de parto cesárea, pesando 3.200g. Segundo ela, a cesárea ocorreu porque a menina estava em sofrimento. Recebeu alta após quarenta e oito horas e no terceiro dia começou a sentir fortes dores ao urinar com febre alta e calafrios, sendo que devido ao seu medo de hospital procurou o serviço apenas no quarto dia. No momento da entrevista ela estava no sétimo dia pós-parto e no terceiro dia de internamento devido a uma infecção urinária de grau acentuado. Relatou que se sentia bem melhor em

relação ao quadro em que havia chegado na maternidade porque não era apenas as dores advindas da infecção urinária que a incomodava, mas também as que estavam relacionadas a uma constipação que se agravou na gestação. Durante a entrevista fez várias referências aos familiares, amigos e ao esposo, alegando que eles são de extrema importância em sua recuperação. Sara reconhece que o maior fruto dessa vivência foi o amadurecimento e a coragem que teve para enfrentar seus medos.

Joquebede – descrição experiencial II

[Estava pensando nela (bebê), meu pensamento positivo, só amamentando ela e não pensando na infecção. Entendeu?]

A segunda entrevistada foi Joquebede, com a idade de dezenove anos. Estava um pouco mais tranquila do que na entrevista com Sara, mas ainda sentia as minhas mãos frias. Era outra tarde quente em Santa Cruz e ao chegar na enfermaria encontrei Joquebede sentada, estava pensativa, com o olhar perdido... Sentei-me ao seu lado, identifiquei-me e comecei a conversar animosidades com o objetivo de descontraí-la. Quando percebi que havia adquirido sua atenção, a convidei para participar do estudo. Devido a sua idade, ainda tinha traços e jeito de menina, demonstrou espontaneidade ao responder às perguntas, embora às vezes apresentasse um certo grau de inquietude durante a entrevista. Relatou-me que havia engravidado do namorado após um ano de relacionamento e que a gravidez não foi planejada, fato esse que chocou seus pais. No momento, ainda estava morando na residência de seus pais, embora Joquebede e o namorado estivessem com planos de morar juntos, assim que ela saísse do hospital. Com alegria e muitos sonhos, contou-me como eles iriam buscar sustento para suprir as necessidades deles e da filha.

A gravidez foi tranquila, não houve intercorrências e o pré-natal realizado em uma unidade básica de Santa Cruz, com um total de seis consultas. Relata que essa é a sua primeira gestação e nega abortos anteriores. Internou-se no HUAB, no dia 02/04/2014 às 08:30, em trabalho de parto. Pariu de parto cesárea uma menina com 2.650g e recebeu alta com quarenta e oito horas pós o parto. Depois de dois dias em casa, percebeu uma secreção na cirurgia, porém achou que era normal e não procurou ajuda. No quinto dia após parto, a secreção aumentou a quantidade e percebeu mal cheiro, então resolveu procurar o hospital. Após exames, ficou internada para o tratamento e apesar de não ter gostado de retornar à maternidade, compreendia que era o melhor para ela e o bebê. Exaltou a importância dos familiares e, principalmente, do seu namorado nesse momento de sua vida.

Ana – descrição experiencial III

[...para mim amamentar é uma coisa muito boa, mesmo passando por tudo isso, eu continuo amamentando ele, porque é muito especial e ele precisa.]

Hoje é dia 17/04/2114, quinta feira e são 08:00 horas de uma manhã ensolarada com temperatura ambiente agradável (mais ou menos 25°C). A enfermeira de plantão informou-me que havia internado há dois dias Ana, com diagnóstico de infecção puerperal. Fui ao encontro de Ana, estava um pouco apreensiva com as demandas relacionadas ao trabalho, entretanto priorizei o encontro com Ana. Ela estava amamentado, fazia carinhos no seu bebê, seu olhar era cheio de ternura. Aproximei-me deles em silêncio, não desejava incomodar e esperei que ela terminasse de amamentar para iniciar a entrevista. Ana demonstrou ser uma pessoa alegre, espontânea, comunicativa, na ocasião estava com trinta e quatro anos. A entrevista ocorreu na própria enfermaria, pois Ana era a única internada, o que nos conferiu privacidade e um ambiente de concentração. Para iniciar conversamos um pouco sobre a vida em geral. Ela me falou um pouco sobre a vida, a doença e morte de seu pai. Ao falar do seu genitor, chorou, disse que havia sofrido muito com a partida dele, sendo o filho um presente de Deus, que preencheu a lacuna deixada por seu pai.

A gravidez não foi planejada, mas também não utilizava nenhum método anticoncepcivo, então ao receber a notícia da gravidez ficou surpresa, mas muito feliz, porque no seu íntimo esse era o seu verdadeiro desejo. Ana nunca havia engravidado antes e sua gestação transcorreu sem intercorrências, apenas houve os desconfortos esperados com as náuseas, azia e edema nas pernas. Optou em fazer o pré-natal em uma unidade básica do interior, apesar de ser casada e residir na capital, mas confiou e seguiu os conselhos das amigas de que no interior a assistência é de melhor qualidade, como também no apoio de sua mãe que reside na mesma região. Internou-se no HUAB no dia 09/04/2014 às 14:00, em trabalho de parto. Segundo ela, houve indicação de cesariana por não ter passagem. Pariu um menino saudável com 4.015g e recebeu alta após quarenta e oito horas pós-parto. Ana ressaltou que as dores na cirurgia sempre foram intensas, mas ao chegar em casa elas aumentaram, como também surgiu a febre alta e náuseas. Após dois dias de sofrimento, procurou a maternidade e com o diagnóstico de infecção puerperal foi internada.

Ana revelou-se preocupada com a saúde de sua mãe, que é cardiopata e devido ao seu internamento, ela chora todos os dias, contrariando assim, as recomendações médicas de evitar o estresse.

Elogiou bastante seu esposo e familiares, principalmente uma irmã caçula. Após essa conversa, iniciamos a entrevista às 8:15h e finalizamos por volta das 8:55h.

Maria – descrição experiencial IV

[...É importante, tem que dar à ela, de todo jeito eu ia amamentar ela mesmo, durante o sangramento, eu pensava na criança, porque Deus a livre, se eu tivesse morrido...]

Hoje é dia 17/04/2014, sexta-feira, são 15:30 horas e estou no hospital Universitário Ana Bezerra, em Santa Cruz, RN. A residente de enfermagem de plantão comunicou-me acerca de uma paciente internada com aproximadamente três dias de parida, que apresentou um quadro de hemorragia acentuada logo após o parto e, devido a esse fato, retornou à sala de parto para ser submetida a uma curetagem. Antes de ir até o local onde Maria estava, certifiquei-me das condições gerais dela e soube inclusive que ela havia recebido sangue no dia anterior. Apesar do susto, Maria estava clinicamente bem, com o seu recém-nascido em aleitamento materno exclusivo. O dia estava ensolarado e a temperatura ambiente quente (mais ou menos 35°). Para iniciar a entrevista, conduzi-a para uma enfermaria que estava vazia no momento, o que nos conferiu privacidade e um ambiente de concentração.

Maria era muito tímida e desconfiada, ao preencher os dados de identificação, descobri que ela tinha dezoito anos. Confesso que pensei em desistir da entrevista, mas para amenizar sua timidez e o meu nervosismo, iniciei nossa conversa fazendo perguntas sobre sua bebê, que era muito fofinha pois nasceu 3.800g e saudável. Maria internou-se no HUAB no dia 14/04/2014 às 16:30 em trabalho de parto. Pariu de parto normal uma menina e após o parto, apresentou uma hemorragia seguida de curetagem. Relata que é a sua 1ª gestação, nega abortos anteriores. Fez o pré-natal no Centro de Saúde localizado em Coronel Ezequiel e lembra que não queria a bebê, ficou muito preocupada com a notícia, porém quando começou perceber a neném se mexer, apaixonou-se. Engravidou de um companheiro com um ano e meio de relacionamento, mas alega que apesar do pouco tempo em que estão juntos, tem certeza que ele será um bom pai. Sua maior preocupação é quando retornar para casa, pois as condições financeiras são limitadas, e tem medo de faltar recursos para a bebê. Após essa aproximação, iniciei a entrevista com a questão norteadora do estudo.

Eunice – descrição experiencial V

[...mas dar de mamar a ele incomoda um pouco, colocar em cima da barriga, incomoda bastante, mas fazer o quê?]

A quinta entrevista ocorreu na MEJC, em uma quinta feira, no período noturno. Era aproximadamente 19:30 horas quando encontrei Eunice. Como na enfermaria havia outras puérperas, convidei-a para o final do corredor, pois havia cadeiras e poderíamos ter privacidade. Ela estava muito triste, referiu ter vinte e sete anos, possuía um olhar fundo com olheiras, que expressou o quanto estava sofrendo. Apesar disso, aceitou participar do estudo e demonstrou receptividade. A preocupação de Eunice referia-se ao outro filho que ficou em casa, estava com saudades e desejava cuidar dele. Para ela a maior dificuldade em ficar internada era a ausência do filho e dos familiares, pois como residia no interior, eles não poderiam comparecer todos os dias na maternidade, o que ocasionava um sentimento de solidão em Eunice. Também chorou muito quando falou da cirurgia, ao vê-la aberta sentia-se mutilada.

Estava internada há doze dias apresentando um quadro de infecção puerperal com deiscência de ferida operatória. Devido à prematuridade da criança, ao entrar em trabalho de parto, ela foi encaminhada para a MEJC. No dia 05/04/2014 às 10:30 pariu de parto cesárea um menino com 2.600g, que nasceu saudável, permanecendo algumas horas na incubadora para observação e depois lhe foi entregue. Recebeu alta após setenta e duas horas pós-parto e retornou para a sua cidade. Relata que é a sua 2ª gestação, nega abortos anteriores. Amamentou o primeiro filho exclusivamente por quatro meses e a suspensão foi devido ao retorno ao trabalho. A gravidez foi tranquila e o pré-natal realizado em um centro de saúde localizado em Santo Antônio, com um total de seis consultas.

Após dois dias em casa, percebeu que os pontos estavam vermelhos e saía uma secreção deles muito fétida. Procurou a unidade de saúde de sua cidade e o médico prescreveu antibiótico. Porém, ela não percebeu melhora, ao contrário, as dores intensificaram e surgiu uma febre alta, fazendo-a tremer de tanto frio. Como percebeu que estava piorando, retornou à MEJC e após avaliação foi internada.

Rispa – descrição experiencial VI

[... na hora que ela precisar vou estar ali para amamentar, para dar carinho, cuidando, por mais que a dificuldade seja grande...]

Rispa foi minha sexta entrevistada, nosso encontro foi especial desde do primeiro momento, pois apesar de estar triste com o

internamento, recebeu-me com um sorriso acolhedor e demonstrou necessidade de falar sobre sua situação. Contou-me que tinha vinte e seis anos, e ainda que estava internada há nove dias devido a um quadro de infecção no endométrio, informação essa que constava no prontuário. A gravidez não foi planejada, não desejava engravidar, já que havia planejado terminar primeiro a faculdade. Entretanto, mesmo fazendo uso de anticoncepcional, a menstruação faltou e ficou surpresa com a notícia que estava gestante. Relata que é a sua primeira gestação e nega abortos anteriores. A gravidez foi considerada por ela como “problemática”, uma vez que foi marcada por alguns incidentes que trouxeram preocupação e ameaça de vida ao feto.

Três dias após o diagnóstico de gravidez, teve ameaça de aborto, sendo recomendado pelo médico repouso absoluto por quinze dias. Dois meses depois, ela sofreu um acidente automobilístico o que ocasionou descolamento de placenta e mais um mês de repouso, repercutindo negativamente no trabalho e na faculdade. Fazia o pré-natal em uma unidade de saúde do município, mas também comparecia a um médico particular, amigo do pai dela, que prometera fazer o parto “gratuitamente” caso fosse normal. Durante toda a gestação, depois que passou os períodos de repouso, correu bastante, já que precisava dar conta do trabalho e do curso, para ela tudo isso foi muito estressante.

No meio de todas essas atividades foi surpreendida novamente, com trinta e seis semanas de gestação começou a sentir dores fortes no baixo ventre, procurou o hospital próximo a sua casa, sendo medicada para inibir a ameaça de parto prematuro. Entretanto, após algumas horas, a bolsa estourou e as dores intensificaram. Ela foi encaminhada para uma maternidade em Natal, onde foi recusada. Reencaminharam para a MEJC, sendo internada no dia 09/04/2014, no início da tarde e às 14:30h pariu de parto cesárea uma menina com 2690g. O bebê ficou na incubadora por vinte e quatro horas, mas ainda continua internada, porque segundo Rispa, “a neném também estava com infecção”, o que contribuía para o aumento do seu sofrimento, pois a equipe sempre estava fazendo exames na criança. Referiu saudades de casa e dos seus familiares, particularmente do companheiro que não podia estar presente devido ao trabalho. Reforçou que a saudade é maior porque desde que pariu não foi mais em casa, já que a sintomatologia da infecção surgiu com ela ainda na maternidade. Na realidade, ela já havia recebido alta, porém como estava acompanhando a bebê, referiu as queixas para a equipe, sendo avaliada pelo médico, que a reinternou devido ao quadro de complicação puerperal.

Hagar – descrição experiencial VII

[Mãe é mãe de qualquer jeito, cirurgiada ou não, arrancada os pedaços, ela faz de tudo por seu filho...]

Chovia muito em Natal, o que é atípico na cidade, considerada cidade do sol. Encontrei Hagar amamentando seu pequeno bebê, apresentei-me e a convidei para participar do estudo. Ela aceitou mostrando-se receptiva e com semblante tranquilo. Estava sob os cuidados de sua mãe, demonstrando muito carinho e gratidão para com a genitora, relatando inclusive que a mãe até bem pouco tempo era a provedora financeira dela e de sua filha de dez anos. Atualmente, seu companheiro é quem assumiu as despesas domésticas, entretanto eles residem em uma pequena residência, localizada no quintal de sua mãe, a qual Hagar recebeu de presente de herança do pai.

Referiu ter trinta e três anos e que conhece o companheiro há nove meses e no início não queria nada com ele, porque ela era mais velha cinco anos. Devido a insistência dele, Hagar cedeu e reforça que hoje está feliz ao lado de seu companheiro, apesar do pouco tempo de relacionamento ele demonstra amor e cuidado com ela e a bebê. Contou-me ainda que a gestação não foi planejada, sendo marcada por muitos temores emocionais, já que havia sido abandonada na primeira gestação e temia que esse fato acontecesse novamente. A gravidez foi bem aceita por seu companheiro e também por familiares dele, tranquilizando o coração de Hagar. Logo após o resultado positivo, foram morar juntos e demonstra satisfação com o contexto familiar atual.

Ao ser questionada acerca de sua história obstétrica atual, relatou que foi internada no dia 02 de maio. Nos três dias que antecederam esse internamento, ela referiu que apresentou uma “dormência estranha em todo o corpo”, após dois dias sentiu também uma forte dor no estômago, o que a levou a procurar um hospital privado em Natal. Ao chegar nesse hospital sua pressão estava 200 x190 mmHg, foi medicada e informada que não poderia ficar, pois seu plano de saúde não cobria as despesas. Assim, foi encaminhada para a MEJC de urgência. Ao chegar na maternidade, ficou internada na UTI materna e por não apresentar melhora no quadro clínico a gestação foi interrompida em 07/05/2014 às 12:30h através de um parto cesárea. Hagar teve uma pequena menina prematura de trinta e quatro semanas. Uma hora após o parto, surgiu uma hemorragia, levando os médicos a reabrirem a cavidade abdominal. Ainda estava se recuperando quando apareceu a sintomatologia da infecção, uma febre alta e dores fortíssimas no local da cirurgia. Após cinco dias, a cirurgia reabriu e causou em Hagar muita tristeza.

Quanto ao pré-natal, a puérpera fez muitas queixas. Na sua opinião, houve negligência médica, “o que levou ela a passar por tudo isso no parto”. Relatou que nas últimas semanas de gestação, começou a sentir palpitações, falta de ar, pressão na cabeça e uma sensação que iria sangrar pelo nariz. Segundo Hagar, essa sintomatologia foi relatada ao obstetra, porém ele disse que era tudo normal. Os dias foram passando, culminado com esse aumento súbito de pressão e internamento na MEJC. Em relação à experiência anterior de amamentação, contou-me que amamentou sua primeira filha durante um ano e oito meses e que foi uma experiência muito boa.

Rebeca – descrição experiencial VIII

[A gente dar o peito e pensa primeiro mais nele, eu sei que é também para pensar na gente e não só nos filhos, mas a gente só pensa neles mesmo...]

A chuva continuava forte na cidade e já era noite em Natal. Meu encontro com Rebeca foi tranquilo, porém percebi no olhar dela profunda tristeza. Sentei ao lado dela, brinquei um pouco para descontraí-la, elogiei seu bebê, um lindo menino robusto! Após esses primeiros minutos, começamos a conversar sobre ela e sua família. Rebeca relatou ter trinta e oito anos e que vive com seu companheiro há vinte e nove anos. No curso do relacionamento engravidou dezesseis vezes, sendo que apenas três estão vivos, um rapaz de dezessete, uma moça de quinze e o bebê que se encontrava em seus braços. Nas outras gestações, houve abortamentos, por volta do segundo ou terceiro mês da gravidez. Questionei qual seria o motivo de tantos insucessos, ela informou que os médicos diziam que era porque tinha um mioma. A atual gravidez não foi planejada, ela disse: “peguei depois de três anos sem tomar remédio, achava que não pegava mais, já que Deus me deu, que seja bem-vindo!”. Considera seu relacionamento com o esposo normal, pois todo casal briga, mas é feliz porque nunca ficaram separados um do outro. Ultimamente, as brigas estão mais frequentes porque “ele anda fazendo coisas que não se faz com a mulher de casa”. Fiquei instigada para saber quais eram essas coisas, ela informou que ele anda tendo relações sexuais com mulheres de rua. Quanto às questões financeiras, Rebeca relata que há muitas dificuldades, há dias que não tem o que comer, então vai à casa de sua mãe, que providencia alimentos, ajudando-a. Refere ainda uma preocupação constante em seu coração, sua filha de quinze anos encontra-se internada em uma instituição para menores infratores há três meses, e essa situação é muito ruim, pois a saudade e as preocupações são constantes. Durante o tempo

que permaneci conversando com ela, percebi o quanto ela era batalhadora e que suas condições de vida eram adversas, mas possuía fé e esperança em Deus, o que a impulsionava a caminhar e aguardar dias melhores.

Ao ser questionada acerca de sua história obstétrica atual, Rebeca relatou que no dia 30 de abril do corrente ano, começou a sentir fortes dores na barriga, falta de ar e dormia sentada. Foi internada em 06 de maio, sendo submetida a uma cesária devido à apresentação do bebê que estava pélvico, na oportunidade também foi realizada a laqueadura das trompas. O bebê do sexo masculino nasceu saudável com 3.700g. Entretanto, após dois dias a criança foi internada por apresentar um quadro de icterícia neonatal não fisiológica. Em 12 de maio, a criança recebeu alta, porém, ela continuou devido a um quadro de infecção na ferida cirúrgica seguida de deiscência. Em relação à amamentação refere que amamentou os outros filhos em média por três anos. Diz ainda que fez pré-natal, pelo menos cinco consultas e que a gravidez foi marcada por muitas dores de cabeça, incômodos nas partes íntimas, falta de ar, dores nas pernas e no final apresentou uma diabetes, que antes nunca havia aparecido. Referiu estar com medo de fazer outra cirurgia e acontecer algo pior com ela. Rebeca fez alguns questionamentos e, no final da entrevista, esclareci o que foi possível.

Eva – descrição experiencial IX

[Para começar tem que está com o emocional muito bom para poder amamentar uma criança, saber que tem alguém que precisa da gente e fazer o que pode e o que não pode.]

Continua as chuvas fortes e fazia muito calor. Adentrei na enfermaria em que Eva estava, apenas ela estava acordada, abordei-a e convidei para participar do estudo. Tive o cuidado de falar baixo para não perturbar o sono das outras puérperas. Eva pareceu-me muito desconfiada e um pouco indecisa quanto à sua participação no estudo. Disse-lhe que ficasse à vontade, mas, depois da leitura do Termo Livre Esclarecido, aceitou ser entrevistada. Aliás, Eva apresentou duas características que até o momento não havia encontrado. A primeira, leu o termo por completo, prestando atenção fazendo questionamentos, quando sentiu necessidade. A segunda característica foi o esposo que a acompanhava. Fato bastante interessante, se considerarmos o percentual de homens que conseguem estar ao lado das companheiras nesses momentos de internamento, os quais geralmente são marcados por inseguranças, medos e tristezas. Seu esposo pareceu-me muito gentil e carinhoso, desdobrando-se em cuidados com a esposa e o filho tão

pequenininho. Ao contrário de Eva, meu primeiro contato com seu esposo foi marcado por cortesia, ele pegou uma cadeira para eu sentar e colocou-se à disposição para cuidar da criança, enquanto Eva participava da entrevista. Convidei-a para um local mais reservado e depois de alguns minutos de conversa, Eva relaxou. Entretanto, percebi que ela era uma mulher de poucas palavras, séria e apresentava conformação com a situação vivenciada. Contou-me que é natural de Minas Gerais, não possuindo familiares em Natal, a única pessoa que tem aqui, é o esposo. Encontrava-se com trinta anos e há três anos, casou sendo essa é a sua terceira gestação. Há dez anos, quando vivia com outro companheiro, abortou duas vezes. A gravidez atual não foi planejada, diz ser muito doente, com problemas de hipotireoidismo e cisto no ovário. Acreditava que por ter esses problemas, não engravidaria, assim, acredita ser um milagre, uma bênção poder gerar um filho.

Ao ser questionada acerca de sua história obstétrica atual, Eva refere que sua gravidez foi muito complicada, teve no início da gestação descolamento prematuro de placenta, situação que perdurou até o final. Devido a esse problema houve recomendação médica de repouso constante. Sentia ainda muito enjoo, não conseguia comer, teve infecção do trato urinário e muita inflamação no útero. Segundo ela, “remédio nenhum tratava mais a inflamação e o cordão umbilical não levava mais nutrientes para o bebê, então foi o jeito eles tirarem a criança.” Depois de um ultrassom com doppler, marcaram a cesárea de urgência. O parto ocorreu em 24 de abril de 2014, o feto nasceu com 1.645g e, devido à dificuldade respiratória, ficou na incubadora por sete dias. Após quatorze dias acompanhando seu bebê, apresentou secreção purulenta na cirurgia e um desânimo grande, sendo diagnosticado a infecção puerperal.

Isabel – descrição experiencial X

[É saber que eu estou alimentando uma vida, que eu estou fortalecendo uma pessoa... Eu sinto que ele é dependente de mim. É diferente. Nunca senti isso na minha vida]

Adentrei na enfermaria e procurei pela minha segunda entrevista daquela tarde chuvosa e quente. Isabel, uma jovem simpática e gentil, que logo referiu sua saudade dos familiares e o desejo de ser visitada por eles em casa, não no hospital como estava acontecendo. Revelou ter vinte e um anos, e que possuía seis irmãos constituindo-se ser uma família unida, apesar de algumas adversidades. Isabel vive com o pai da criança há cinco meses e diz que o companheiro tem demonstrado

preocupação com eles. Não percebi empolgação dela pelo companheiro, até evitou falar nele. A gravidez não foi planejada, namorava há apenas um ano e não pensava ter um bebê agora.

Ao ser questionada acerca de sua história obstétrica atual, Isabel relata que a gravidez foi tranquila, fez pré-natal em uma unidade de saúde próxima a sua residência. Quando completou trinta e oito semanas, começou a sentir fortes dores e a perder um líquido esverdeado. Procurou a maternidade e foi encaminhada para uma cesárea de urgência. Pariu em 28 de abril de 2014 às 12:03h, uma criança do sexo masculino, pesando 2.100g. Relata que os primeiros dias foram no corredor, e o bebê apresentou um problema no sangue. Questionei qual seria esse problema, ela respondeu que não sabe e os médicos também não. “Todos os dias ele faz exame e os doutores não conseguem saber o que ele tem. Dizem que clinicamente ele está bem, mas o sangue não...” relata ainda que recebeu alta, mas teve que ficar acompanhando o filho e com oito dias quando foram tirar os pontos, perceberam pus na ferida cirúrgica e terminou sendo internada também. Encontra-se no nono dia de antibiótico e diz ter tido um grande alívio quando a ferida drenou, uma vez que sentia muita dor no local. Isabel estava muito apreensiva em relação ao seu bebê, desejava saber o diagnóstico do filho.

Bate-Seba – descrição experiencial XI

[É o jeito dar o peito, vou fazer o quê? Doeu muito, mas a gente dar assim mesmo, vou fazer o quê?]

A entrevista com Bate-Seba foi a décima primeira. Mulher tímida, calada, de respostas curtas, poucas palavras e que referiu ter quarenta e um anos. Tentei descontraí-la um pouco, ela apesar de sorrir e interagir, continuava reservada. Relatou que vivia com o companheiro há vinte anos, convivência essa classificada por ela como normal de um casal, não detalhou mais nada. Possui duas filhas, a primeira, uma mocinha de treze anos e a segunda a pequena bebê que estava em seus braços. Seu primeiro parto foi via vaginal e reforça que prefere mil vezes ter normal do que cesárea. Quanto à amamentação, não amamentou a primeira filha, quando questionada acerca dos motivos que a levaram não amamentar, simplesmente respondeu que não quis. Realizei a entrevista no final do corredor, a maternidade estava lotada, assim nessa conjectura foi a melhor opção. Houve uma característica que muito me impressionou em Bate-Seba, o conformismo demonstrado com a situação vivenciada.

Internou-se na MEJC no dia 30-04-2014, perdendo líquido e sentindo fortes dores. Após ser avaliada, foi diagnosticada que estava em trabalho de parto, porém a criança estava pélvica e a gravidez no curso das 31 semanas. Segundo ela, o bebê nasceu com o “pé roxo” e foi direto para o oxigênio. A gravidez não foi planejada, fez pré-natal e considera que sua gestação foi tranquila, sem intercorrências. Após uma semana de puerpério, já de alta e apenas acompanhando a criança, sua cirurgia apareceu “inchada” e muito dolorida, quando a equipe foi avaliar, surgiu pus e muito sangue de coloração escura. Assim foi diagnosticado com infecção puerperal.

Lia – descrição experiencial XII

[Foi muito difícil, porque era ruim colocar ela em cima da minha barriga, mas ao mesmo tempo era bom demais, sentir aquela emoção, que vem de dentro]

Estamos no último dia do mês de maio, o dia estava ensolarado e muito bonito. Adentrei na enfermaria e procurei por Lia. Ela foi referenciada por uma residente de enfermagem. Lia recebeu-me muito bem, com um grande sorriso, possuía vinte e nove anos e um aspecto sereno, concordando de imediato em participar do estudo. Naquele momento, ela estava amamentando o bebê, questionei se desejava terminar para então prosseguirmos, respondeu-me que não e assim iniciamos a conversa. Convidei-a para um lugar mais reservado, já que possuíamos opções. Refere que teve o primeiro filho há treze anos atrás e que após o parto desenvolveu uma infecção imensa no abdômen com perda tecidual, o que dificultou amamentação. Vive com o companheiro há onze anos e denomina o companheiro como um homem muito paciente, pois segundo ela, para aguentar a família dela, particularmente as irmãs, tem que ter muita paciência. Ela relatou inclusive, que as irmãs interferem em tudo, por exemplo, quando ela adoeceu, elas não queriam que o marido de Lia ficasse ao lado dela já que, segundo as irmãs, ele é culpado do adoecimento dela porque foi ele que a engravidou. Por conseguinte, a entrevistada, refere que a convivência com os familiares é muito estressante, pois eles tentam manipular e interferir em sua vida o tempo todo, inclusive na amamentação. Na opinião das irmãs, Lia não devia estar mais amamentando, pois corria o risco de passar a infecção para a bebê.

Lia pariu no dia 01-05-2014, na cidade de Currais Novos, parto cesárea de uma menina que pesava 2800g. Refere que a indicação da cesárea foi devido a uma grande infecção com perda tecidual que teve no pós-parto do seu primeiro filho. Realizou pré-natal, em torno de sete

consultas e no final da gestação desenvolveu pressão alta, levando o médico, que a acompanhava, a indicar uma cesárea de urgência. Uma semana após o parto, apresentou uma tosse, então percebeu secreção nos pontos. Relata que após isso, tudo foi muito rápido e em poucas horas ela foi acometida por uma nova bactéria o que causou uma lesão abdominal imensa, sendo encaminhada de urgência para Natal. Fizeram desbridamento da ferida e ficou com o abdômen aberto por vários dias, o que causava muita tristeza e sofrimento, mas mesmo assim continuava a amamentar, pois não queria ver a filha doente também. Perto de completar trinta dias de internamento e já apresentando melhora do quadro clínico, solicitou à equipe que fosse encaminhada para o interior, pois assim ficaria mais fácil seu esposo visitá-la. Sentiu uma alegria inexplicável ao retornar para o interior, mesmo ficando internada em outro hospital.

Raquel – descrição experiencial XIII

[...Não tem outra comida para dar a elas, tem que amamentar mesmo. É a saúde da criança...]

A décima terceira entrevista ocorreu em um domingo, no período vespertino na Maternidade Januário Cicco. O dia estava nublado e abafado e encontrei Raquel com muito calor. Inicialmente demonstrou desconfiança e questionou firmemente para que era o estudo. Depois que expliquei tudo, inclusive o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ela relaxou e aceitou a conversar comigo. Convidei-a para um lugar mais reservado e iniciamos a entrevista, que durou em média trinta minutos. Refere que seus atuais trinta e oito anos foram muito bem vividos e teve sete gestações, sendo seu último parto de gemelares, que são duas meninas. Todos os seus partos anteriores foram normais, com exceção desse último que foi cesárea. A última gravidez não foi planejada “porque pensava que não pegaria mais menino”. Fez pré-natal, em média cinco consultas. Segundo ela, sua pressão alterou no quarto mês, na mesma época que descobriu estar grávida de gêmeos. Durante a gestação tomou remédios para a pressão e para dormir, pois ficou muito ansiosa. Atualmente, seu sono normalizou não havendo mais necessidade de medicamentos para dormir. Raquel refere que quando atingiu a trigésima segunda semana, sua pressão aumentou demais, sendo necessário a interrupção da gestação.

Assim, segundo ela, sua pressão no dia 15-05 ficou em 200x150 e a equipe de São José do Campestre a encaminhou para um serviço de referência, ou seja, a maternidade Januário Cicco. Depois de três dias de internamento na UTI, foi realizada a cesárea em 18-05, sendo que após o

nascimento as gêmeas ficaram em média dez dias na UTI neonatal. Depois de cinco dias pós-parto, a infecção apareceu, havia dois pontos infeccionados.

Raquel faz questão de relatar que os três filhos mais velhos são do primeiro marido, que a deixou por sua irmã. Segundo ela, sua irmã dizia que seu marido “não prestava” e que isso era estratégia para que ela largasse o marido. Certo dia, seu primeiro marido largou a casa e foi viver com a irmã de Raquel. Depois de um ano, ela conheceu um novo companheiro, com quem vive atualmente e é o pai de seus outros filhos. Reforça que esse último marido é um santo... Quanto à experiência anterior em relação à amamentação, conta que amamentou todos os seus filhos, inclusive a última amamentou por quatro anos. Durante a entrevista, Raquel reforça que não vê diferença em amamentar com complicação ou sem complicação. Ressalvo que ela referiu que durante a infecção não teve sintomatologia. A entrevista foi permeada por muitos minutos de silêncio e choro.

Rute – descrição experiencial XIV

[O leite é tudo... passo carinho, amor, mais conforto, deixo ele mais próximo de mim.]

Era uma tarde de domingo e o dia estava nublado e abafado. Fui ao encontro de Rute na enfermaria, ela demonstrou ser uma pessoa simpática e comunicativa. A entrevista durou em média quarenta minutos. Refere ter vinte e oito anos e que essa é a sua segunda gestação, o primeiro filho tem sete anos e foi amamentado durante seis meses, pois teve que interromper devido a adoecimento e internamento da criança por dengue hemorrágica. A segunda gravidez não foi planejada, menstruada até o terceiro mês da gestação, o que dificultou o diagnóstico. Engravidou de um namorado e afirma que não quer que ele saiba da existência do filho, pois “trabalha para sustentar seus filhos e a sua mãe termina ajudando”.

Fez pré-natal, com uma média dez consultas e a gestação foi tranquila, sem intercorrências. Pariu no dia 10 de maio de 2014, com quarenta e uma semanas e um dia, pariu de parto cesárea uma criança do sexo masculino com 3190g, porque, segundo o médico, ela não possuía passagem. Durante os primeiros dias pós-parto teve dois pontos abertos, foi prescrito antibiótico, havendo recuperação completa. Seguiu amamentando, com boa produção do leite, sendo inclusive doadora para um banco de leite. Por volta do vigésimo dia após o parto, percebeu o seio esquerdo endurecido e ensinaram-na compressa morna, o que agravou a situação. Não suportando mais as dores e a febre alta,

procurou a maternidade Januário Cicco, sendo diagnóstico com mastite e internada na mesma hora.

Tamar – descrição experiencial XV

[tem que amamentar uma criancinha que veio ao mundo, que faz parte do fruto da gente, é difícil, complicado porque numa cama de hospital, eu queria estar em casa agora. (choro)]

Era tarde do final da copa do mundo e estava próximo o início do confronto entre a Alemanha e Argentina, a tarde estava ensolarada com temperatura amena. Tamar demonstrou simpatia e concordou de imediato em participar da entrevista. A entrevista durou em média quarenta minutos e ocorreu no corredor, nas cadeiras que habitualmente usava, pois era a única opção que poderia nos proporcionar privacidade naquele contexto. Ao sentar ao meu lado, Tamar compartilhou que tinha vinte e seis anos e que estava com saudades do filho de nove anos que encontrava-se em casa e de como era difícil essa separação. Ao falar desse filho, seus olhos ficaram marejados, sendo nítido o sofrimento. Disse ainda que o motivo de sua preocupação era o novo companheiro, que às vezes mostrava-se sem paciência com a criança. Amamentou esse filho por quase três anos e esse fato a deixa orgulhosa, sente “o dever cumprido”.

Ao falar do pré-natal da gravidez atual, demonstrou chateação com o serviço, pois a médica faltava muito. Com trinta e quatro semanas foi internada com ameaça de parto prematuro, depois de alguns dias recebeu alta. Mais tarde, já com trinta e sete semanas, começou a sentir contrações e foi encaminhada para a maternidade das Quintas, apesar de pedir para ser encaminhada para a MEJC, mas alegaram que não havia vagas. No dia 25-06 às 18:09 horas através de uma cesárea, deu à luz uma menina com 3.100g, que nasceu sem intercorrências. O parto ocorreu em outra maternidade localizada em Natal e Tamar estava muito insatisfeita com o atendimento recebido naquele local. Relatou que a maternidade estava superlotada, com falta de recursos humanos, prejudicando a qualidade da assistência. A situação era tão caótica, que ela afirmou ter recebido alta de uma assistente social e que teve contato com o médico apenas na hora do parto. Quando questionou a assistente social o que fazer se, por um acaso, sentisse alguma coisa (intercorrências no puerpério), a profissional respondeu que ela tomasse dipirona.

Após dois dias do parto, teve alta, entretanto, refere que já estava se sentindo-se mal, com tonturas, cefaleia e muita dor do lado esquerdo da cirurgia. Percebeu que a cirurgia estava sangrando um pouco, mas

quando relatou a situação para a equipe de enfermagem, não obteve a atenção devida. Passados três dias, estava muito pior, gemendo de dor e febre alta. Teve curiosidade de colocar um espelho e olhar a ferida cirúrgica, percebeu que havia secreção amarelada com mal cheiro. Procurou a Unidade de Saúde de seu bairro e, após ser atendida, foi encaminhada para a MEJC. Nesse dia, ficou das 12h às 17h aguardando atendimento e, após esse período, foi finalmente internada. Segue no décimo quarto dia de internamento com a ferida aberta, com presença de secreção. Relata que acha horrível e olha para lembrar do que fizeram com ela, sente raiva do serviço prestado no seu parto.

Ester – descrição experiencial XVI

[não aguento mais está aqui, amamentando minha filha nessa situação, fico com medo de prejudicar ela no futuro, de ir para o cérebro dela,]

Mais uma tarde de domingo ensolarada, ao chegar à maternidade a enfermeira de plantão comunicou-me que Ester preenchia os critérios de inclusão do presente estudo e poderia ser entrevistada. Assim, apressei-me para ir ao encontro de Ester e ela no início demonstrou desconfiança. Após as primeiras explicações em relação ao objeto de estudo, relaxou e mostrou-se receptiva. Seu esposo, que naquele momento estava visitando-a, ficou atento às explicações e disponibilizou-se a ficar com o bebê, enquanto conversávamos. Ressalvei que poderia aguardar o final da visita para iniciar a entrevista, porém eles disseram que não havia necessidade, já que o esposo ficaria até a noite.

Ester contou-me que tinha trinta e cinco anos, sendo essa a sua segunda gestação, o primeiro filho tem onze anos e foi amamentado durante dois anos. Quando questionada acerca do pré-natal, relata que fez em média seis consultas, mas que a gestação foi muito estressante devido ao ciúme constante do esposo que coloca “coisas na cabeça”, sendo grosso e ignorante. Ela confidenciou-me que havia acabado de brigar com ele, porque há muitas reclamações por parte dele, alegando que Ester o abandonou depois do nascimento do bebê. “Meu marido diz que sente minha falta, diz que sente saudade de mim, do meu corpo, eu digo a ele para ter paciência”. Ela estava muito angustiada com as pressões que o marido estava fazendo e afirmou que não aguentava mais tantas cobranças e apesar de amá-lo, estava pensando seriamente em se separar.

Acredita que devido tanto estresse, no final da gestação, a pressão arterial subiu, sendo encaminhada, de urgência, para a Maternidade de

São José. Em 10/06/2014, de parto cesárea, pariu uma menina saudável com 3690g, após quatro dias em casa, sentiu muita dor do lado direito da cirurgia, sendo insuportável até para se levantar da cama e começou a perceber a saída de secreção amarelada em grande quantidade escorrendo pelas pernas e febre alta. Voltou a ser internada na Maternidade São José, permanecendo lá por dez dias, fazendo uso de antibiótico. Relata que tiraram os pontos dela no cru, ficando com a cirurgia aberta. A família percebeu que ela não melhorava e, através de conhecimento, levou-a para ser internada na MEJC. Foram realizados diversos exames, dentre eles uma tomografia que detectou 120ml de pus, dez dias se passaram e foi realizada uma nova tomografia, que detectou 39ml de pus. No dia primeiro de julho, ressuturaram, entretanto a dor continuava. Após a realização de novo exame, detectou-se novamente 139ml de pus e, segundo ela, a equipe não sabe o diagnóstico, diz apenas que ela está com uma bactéria resistente. Durante todo esse período, Ester fez uso de diversos tipos de antibióticos. Devido às incertezas do diagnóstico e muitos dias de internamento, ela se diz “cansada” e que “não aguenta mais”.

Miriã – descrição experiencial XVII

[Porque o bebê tem que crescer, ficar alimentado e a mãe é tudo para uma criança]

O encontro com Miriã foi numa tarde ensolarada de domingo. Ela possuía vinte e cinco anos, semblante tranquilo e um sorriso cativante. Demonstrou receptividade à entrevista e logo percebi que era muito apegada a sua mãe, já que nos minutos iniciais do nosso encontro, Miriã fez referência à mãe, elogiando-a, afirmando que a genitora era a fonte da tranquilidade dela. Relatou que a gravidez não foi planejada, pois havia tomado injeção e não deu certo. Engravidou de um noivo (relacionamento de um mês), considera que foi uma paixão relâmpago. O noivo assim que soube da gravidez terminou o relacionamento e o bebê foi registrado apenas no nome da mãe. Afirma ser assustador estar sozinha, mas com a ajuda da mãe e de Deus, acredita que tudo vai dar certo.

Refere que essa é a sua primeira gestação, fez pré-natal, ao todo foram cinco consultas e não houve problemas durante a gestação, pois considera ter tido uma gravidez tranquila. Pariu em 01/07/2014 na MEJC através de parto cesárea um bebê do sexo masculino, à termo (38 semanas) pesando 3.295g, com boas condições de nascimento. Ela alega que o motivo da cesárea foi não ter passagem, já que foi encaminhada de urgência de outro serviço da capital (Unidade Mista de Felipe Camarão),

após dois dias de internamento. No quarto dia pós-parto, começou a escorrer da ferida operatória líquido em grande quantidade, com odor fétido, “tipo salmora”, com edema e dor intensa no baixo ventre, acompanhado de febre. Ao retornar ao serviço, foi reinternada, sendo retirados os pontos e ficando a ferida operatória aberta.

Afirmou que estar internada não é bom, mas o apoio da mãe e dos familiares tem sido de suma importância para ela vencer todas as dificuldades e amamentar seu filho.

Acsa – descrição experiencial XVIII

[Eu gosto de dar de mamar as minhas filhas, jamais vou parar de dar de mamar por conta desse problema]

Era uma bonita tarde de domingo e, ao sair de casa, fiquei pensando se eu conseguiria fazer alguma entrevista naquele dia, já que minhas duas últimas tentativas foram frustradas. Ao chegar à maternidade conversei com a enfermeira de plantão, que me indicou Acsa. Encontrei-a na enfermaria com visitas, então fiz o contato inicial e fiquei aguardando as visitas irem embora, afinal não desejava atrapalhar aquele momento familiar. Quando eles foram embora, aproximei-me e então iniciamos nossa conversa. Acsa demonstrou ser uma pessoa muito simples e a sua maior preocupação era se iria responder corretamente. Então conversei com ela e expliquei que não existia o certo ou errado, mas que ela apenas deveria abrir seu coração e descrever o que significa amamentar com complicação puerperal. Acsa deu um sorriso tímido e relaxou. Contou-me que tinha trinta e três anos, desses, quatorze foram vividos ao lado do companheiro. Os frutos dessa união são seis filhos, e com muita satisfação relatou que a caçula de cinco anos foi amamentada por dois anos. Já havia desistido de ter outros filhos porque a condição financeira deles é muito difícil, mas a surpresa foi grande quando descobriu que estava grávida novamente. Chorou muito com a notícia, mas conformou-se, afinal “era o jeito”. No meio da gestação, descobriu que eram duas meninas, ficou arrasada novamente, mas seu companheiro a confortou e ela “descansou em Deus”.

Fez pré-natal no interior em que reside, em média oito consultas e a gestação transcorreu tranquila, não houve intercorrências. Ao entrar em trabalho de parto foi encaminhada para MEJC, já que não havia anestesista no serviço e uma das meninas estava na posição pélvica. No dia 10-07, pariu duas meninas, uma pesando 3.000 gramas e a outra com 2.800g. Após quatro dias, recebeu alta, mas continuou na MEJC, porque ficou acompanhando as meninas que seguiam em fototerapia. Nos dias que se seguiram, ela começou a sentir um odor forte na cirurgia e pela

vagina, bem como surgiu uma febre alta. Comunicou à equipe e enquanto as meninas recebiam alta, ela foi reinternada, o que a fez chorar muito, pois pensava nos outros filhos que ficaram em casa. Referiu ainda ter muito medo da cirurgia abrir e o fato de não ter acontecido até àquele momento era motivo de alegria, apesar de tudo.

Abgail – descrição experiencial IXX

[O mau cheiro me incomoda, mas continuo amamentando porque é bom pra ela, para saúde dela]

Era uma manhã ensolarada, quando encontrei Abgail. Ela possuía um semblante muito tranquilo e me recebeu com um sorriso sereno, e aceitou o convite para participar da pesquisa alegando que “sempre gosta de ajudar as pessoas”. Contou-me que tinha dezoito anos e por ser muito nova, não havia planejado ficar grávida, aliás, foi uma grande surpresa para ela e o namorado, pois tomava comprimido diariamente. Após um mês do diagnóstico foram morar juntos, entretanto, ela não queria, achava que não estava pronta para assumir tamanho compromisso. Essa é a sua primeira gestação, nega abortos anteriores.

Fez pré-natal em uma unidade de saúde próxima a sua casa, ao todo sete consultas e considera que sua gestação foi tranquila. Desejou, sonhou em ter um parto normal, porém quando entrou em trabalho de parto dilatou até 08 cm, foi quando o médico rompeu a bolsa, mas segundo ela não possuía força para empurrar. Além desse fato, Abgail teve um pico hipertensivo, levando o obstetra indicar uma cesárea de urgência. No dia 03-08-2014, nasceu uma menina com 3.070g, saudável, que logo estava nos braços da mamãe. Reforça que ao entrar em trabalho de parto ficou em casa o máximo possível, pois “não queria levar dedada.”, mas as dores ficaram insuportáveis, sendo “obrigada” a procurar a maternidade. Após a alta foi para a residência de sua mãe, apesar de o companheiro não concordar porque ele queria cuidar da mulher e do filho. Depois de quatro dias, começou a sentir o odor estranho, tipo “de bicho morto”, ficou preocupada porém achou que ia passar. Porém, no dia seguinte o odor piorou e apareceu uma febre alta, sendo obrigada a procurar o serviço. Ficou muito triste quando soube que iria ficar internada novamente, mas compreendeu que era o melhor para sua saúde.

Dorcas – descrição experiencial XX

[Então assim quando eu cheguei no hospital com hemorragia, eu estava amamentando, e todo mundo ficou surpreso em ver eu

amamentando mesmo sangrando, porque para mim é importante saber que meu filho está bem]

Estava uma tarde tranquila na MEJC, o que é atípico para essa maternidade. Encontrei Dorcas amamentando, alisava a cabecinha do bebê, e o olhava com uma ternura indescritível. Recebeu-me com um sorriso acolhedor e demonstrou que estava bem à vontade comigo, apesar de nunca ter nos encontrado antes. Relatou possuir vinte e três anos e que naquele momento estava com muita saudade do seu filho mais velho, um menino de dois anos. Dorcas disse que era muito apegada à criança porque o primeiro marido os abandonou, então devido a esse contexto, o laço entre eles ficou muito forte. Quando conheceu esse novo companheiro teve muito medo, pois não queria que ninguém a separasse do seu filho. Entretanto, com o passar do tempo, compreendeu que poderia ter as duas coisas, o filho e o novo relacionamento, e referiu alegria com nova família instituída. Na visita de ontem, percebeu seu filho distante e ficou muito triste. Acha que esse comportamento é devido ao seu internamento, já que a criança não aceita.

Realizou o pré-natal em uma unidade de saúde e durante toda a gestação apresentou uma febre, que apesar de fazer vários exames, nenhum médico conseguiu fechar o diagnóstico. Com trinta e oito semanas entrou em trabalho de parto, sendo internada com sete centímetros de dilatação. Porém, com pouco tempo que havia sido internada a bolsa rompeu, havia presença de mecônio, sendo indicada a cesárea de urgência. Com três dias após o parto, recebeu alta. Após quatro dias que estava em casa, sentiu muito frio, estava com febre e sentiu sua barriga molhada. Com pouco tempo, estava perdendo muito sangue pela vagina e foi levada de urgência para a maternidade.

Ao chegar lá, fizeram uma ultrassonografia, sendo detectado restos de parto e realizada em seguida a curetagem. Passou cinco dias internada, e desenvolveu outra hemorragia, inclusive Dorcas reforça que dessa vez, desmaiou. Houve outra curetagem e segundo o médico, ainda havia restos de partos. Ao detectar que a hemorragia não cessava, o médico a encaminhou para o centro cirúrgico e realizou uma histerectomia parcial em Dorcas, como sendo a única forma de salvar a sua vida. Ela demonstrou tristeza com o procedimento que foi realizado, porém agradece a Deus por ter sobrevivido a tudo isso.

Débora – descrição experiencial XXI

[A gente aguenta até as dores, que a gente sente no corpo por uma bênção dessa que o rei nos dá, aí vale a pena, aí eu amamento muito ele pra ele ficar bem forte e sair daqui um dia.]

Fui informada acerca de Débora pelo telefone e corri para a maternidade a fim de conhecê-la e fazer a entrevista, se assim ela concordasse. Débora tinha trinta e cinco anos e no primeiro contato demonstrou uma meiguice, uma doçura, que há muito tempo não via. O que me deixou reflexiva, como uma pessoa diante de uma história de vida tão sofrida, consegue ser tão doce? Ela contou-me que sua gravidez foi muito desejada e que considera um milagre de Deus. Antes do atual relacionamento que gerou a criança, viveu durante quatro anos com uma outra pessoa e desde essa época já desejava engravidar. Mas, com esse primeiro não deu certo porque ele bebia muito e chegava em casa muito agressivo. Débora até procurou ajuda para ele, porém o mesmo não quis e o jeito foi deixá-lo. Refere que sofreu muito nesse período e passou três anos sozinha.

Depois desse período conheceu o pai do seu bebê e após um ano de relacionamento foi morar com ele. No início ele era um “bom homem”, porém depois começou a traí-la com outras mulheres e sempre que havia oportunidade mandava ela ir embora, pois a queria apenas como empregada para limpar a casa, fazer comida e lavar as roupas dele. Débora contou que continuava com ele porque, além de amá-lo loucamente, tinha esperança de um dia ele voltar a ser aquele homem de antes. Na mesma semana ao descobrir que estava grávida ele a expulsou de casa, colocando uma outra mulher no seu lugar, que por sinal era a mulher do irmão dele.

Débora foi morar com a sua mãe e a gravidez, apesar de ser tranquila nos aspectos clínicos, foi marcada por muitos episódios de choros. Fez em média seis consultas e, como no seu interior não há maternidade, quando começou sentir dores para parir foi encaminhada para Natal. Pariu de parto fórceps um menino pesando 3.200 gramas. No segundo dia após o parto, começou a sentir fortes dores na episiotomia e febre. O médico suspendeu a alta e a deixou em observação. No terceiro dia, surgiu uma secreção amarelada com odor fétido, reabrindo a sutura no quinto dia. Débora no momento queixa-se de muitas dores não apenas na sutura, mas também no coração, devido à ausência do pai da criança, que ela acredita que um dia retorne ao convívio dela e do filho.

Maria Madalena – descrição experiencial XXII

[Eu amamentei e vou continuar amamentando apesar de todos os problemas, porque é importante para o meu filho a amamentação, porque o meu leite é saudável para ele]

A enfermaria estava muito quente e encontrei Maria Madalena murmurando, reclamava do calor. Ela, ao ser convidada para participar

do estudo, demonstrou simpatia e logo expressou seu desejo em colaborar. Contou-me que aos quarenta anos já havia engravidado seis vezes, porém teve três abortos. O pai de sua filha mais velha do outro relacionamento, do atual são os dois últimos. Apesar de viver bem com o companheiro não desejava ter mais filhos e ficou surpresa quando soube da atual gestação.

Antes de engravidar já era hipertensa, fato que agravou-se durante a gestação. Também desenvolveu diabetes e uma dor na perna esquerda que agravou-se na medida que a gravidez avançava. Com trinta e seis semanas foi internada, pois as taxas de glicose estavam altas e a dor na perna era quase insuportável. Como a dor na perna agravou-se, o médico resolveu interromper a gravidez com trinta e sete semanas através de um parto cesárea. Pariu no dia 11/08/2014, através de parto cesárea um menino com 3.550 gramas. No primeiro dia após o parto, começou a sentir fortes dores nas vias urinárias e quando tirou a sonda a dor também acometeu a incisão cirúrgica. A dor era tão forte que não conseguia levantar-se da cama, mas falaram que era tudo normal, apenas o útero contraindo-se. O bebê desenvolveu icterícia e devido a esse fato ele ficou internado e ela o acompanhou. Mas, como a dor piorava a cada dia, fizeram um sumário de urina, sendo diagnosticado infecção do trato urinário. Após dois dias de tratamento, surgiu uma febre muito alta e cefaleia intensa. O médico solicitou uma ultrassonografia, sendo diagnosticado restos placentários e foi realizada uma curetagem. Após o procedimento, deram alta e mandaram continuar a medicação em casa. Porém, o problema persistiu, sentia dores intensas e cefaleia. Retornou à maternidade, fizeram exame novamente e detectaram muita secreção no útero. Nesse dia, Maria Madalena conta que chorou muito, teve vontade de morrer, pois não aguentava mais sofrer. Hoje, está no terceiro dia de internamento, mais calma, entretanto um pouco assustada pois acabara de expelir pela vagina uns coágulos.

Sulamita– descrição experiencial XXIII

[Mesmo sendo difícil continuei amamentando porque tem que dar, senão vai empedrar os peitos, porque tem muito leite, tem que dar, eu também não quero dar mingau.]

Era um sábado chuvoso em Natal e fazia muito calor porque não havia ventos, estava muito abafado. Encontrei Sulamita amamentando e ela concordou em participar da entrevista após um banho. Esperei ela terminar o banho e depois fiquei observando-a a pentear os longos cabelos negros. Sulamita pediu desculpas por me deixar esperando, disse-lhe que não se preocupasse, pois não estava com pressa e havia

separado aquele momento para estar com ela mesmo. Contou-me que tinha vinte e cinco anos, desses doze foram vividos ao lado do companheiro. Além do bebê, tem outros dois filhos com ele, um menino e uma menina, na idade de dez e oito anos, respectivamente. A gravidez atual não foi planejada, pois estava pensando até em separar do companheiro porque pegou ele agarrado com uma “dona”. Mas, continuou e foi surpreendida com a gravidez e permanece com ele porque “não quer que a criança se crie sem o pai”.

A gravidez foi tranquila até o sexto mês, quando desenvolveu pressão arterial, levando-a a tomar medicamento para a pressão. No oitavo mês, foi internada de urgência devido a um pico de pressão, levando o médico a fazer uma cesárea de urgência. Esse fato a deixou “chateada” porque queria muito parir normal, igual aos outros filhos. Dessa forma, Sulamita deu à luz a uma menina, com 2.670 gramas. A criança necessitou ficar em observação e Sulamita ficou efetivamente com sua filha, após vinte e quatro horas de parto. Após três dias, recebeu alta e com dois dias que estava em casa percebeu um mal cheiro na cirurgia, que apresentou uma secreção sanguinolenta e pus. Com esse quadro clínico Sulamita foi reinternada.

Raabe – descrição experiencial XXIV

[...realmente mas eu vou continuar dando de mamar ao meu filho, ele está em primeiro lugar, não só ele, como a outra também, continuarei amamentando.]

Era mais um dia chuvoso em Natal, cheguei à maternidade por volta das quatorze horas e fui informada sobre Raabe. Quando a encontrei e me apresentei ela demonstrou desconfiança, mas, após alguns minutos conversando assuntos gerais, ficou mais à vontade comigo. Relatou que tinha trinta e oito anos, tendo engravidado cinco vezes. Perdeu os três primeiros e para segurar os dois últimos foi feito cerclagem, ou seja, realizou-se um procedimento que sutura o colo do útero para evitar o aborto. Seu filho mais velho tem sete anos e mamou até os seis meses apenas, pois na época separou-se do pai dele e ficou muito abalada, diminuindo drasticamente seu leite e sendo “obrigada” a dar leite de vaca ao seu filho.

Por ser hipertensa, possuir apenas um rim e ainda haver a presença da cerclagem, sua gravidez atual foi considerada de alto risco e o pré-natal foi realizado na MEJC. Devido ao aumento gradativo da pressão, que não respondia às medicações, o médico que a acompanha resolveu fazer a cesárea com trinta e oito semanas. No dia 05/10/2014 às 20:58 horas, Raabe deu à luz um menino, pesando 3.600 gramas.

Recebeu alta quarenta e oito horas após o parto, mas antes de sair do hospital comunicou ao médico e a enfermeira que estava sentindo muita dor na cirurgia, porém, eles não valorizaram e disseram que era normal. Ao chegar em casa, a dor aumentou de tal forma que não mais conseguiu levantar-se da cama, retornando à maternidade depois de dois dias que estava em casa. Foi realizada uma ultrassonografia de urgência, sendo detectado presença de secreção no útero e fechado o diagnóstico de infecção puerperal. Raabe reclama da equipe de saúde, na concepção dela eles foram negligentes e a fizeram de “cobaia”. Chorou muito nesse momento, sendo necessário interromper por alguns minutos nossa conversa. Quando se acalmou, retornamos a entrevista, porém ela durante todo o tempo reforçava sua mágoa com os profissionais que a assistiram.

Noemi – descrição experiencial XXV

[...tenho medo de passar coisa ruim pra ele, toda vez que eu venho eu lavo os seios, para eles ficarem mais secos, para eu ficar mais segura para amamentar ele.]

Encontrei-a no corredor, ela caminhava lentamente até a UTI neonatal para amamentar seu pequeno bebê. Convidei-a para participar da pesquisa e ela concordou prontamente, porém ressaltou que primeiro iria amamentar e depois conversaria comigo. Esperei uma hora e meia, ela retornou muito alegre, pois havia conversado com o pediatra e ele disse que seu bebê logo sairia da UTI. Aos quarenta e dois anos, essa era a sua quinta gravidez. Pariu os quatro primeiros filhos via vaginal e o último foi parto cesárea. Os três primeiros foram frutos do primeiro casamento e já possuíam a idade de vinte e um, dezenove e dezessete anos, ou seja, todos criados e independentes. Do companheiro atual, tinha um menino com oito anos. A última gravidez não foi planejada e ela atribui ao esquecimento de tomar o comprimido, pois o companheiro corre vaquejada e ela simplesmente esqueceu do remédio porque pensava apenas em “ir atrás dele”. Nesse momento, Noemi sorriu bastante e reforçou que precisa acompanhá-lo, porque caso contrário, apareceria uma outra mulher na vida dele.

A gravidez foi tranquila, passeou bastante nesse período, entretanto, a partir do sétimo mês, o líquido amniótico começou a diminuir e o médico recomendou repouso absoluto. Entrou em trabalho de parto com trinta e quatro semanas de gestação, como a criança estava na posição pélvica e em sofrimento foi realizada uma cesárea de urgência. No dia 05-09-2014, Noemi pariu um menino com 2.525 gramas e o bebê foi direto para UTI. Quando ela saiu do centro

cirúrgico, foi colocada em um alojamento que ficava distante da UTI, e pior, para chegar até o seu filho, precisava subir escadas fazer um grande esforço. Ela sentia muita dor na cirurgia e após seis dias fazendo esse trajeto, a ferida operatória abriu, sendo diagnosticada uma infecção puerperal. Demonstrou contrariedade com a gestão da maternidade, porque na concepção dela, seu adoecimento foi porque a colocaram muito longe do seu bebê, forçando-a a andar muitos minutos.

Lídia– descrição experiencial XXVI

[É desconfortável porque estou toda doída e mais com soro, com o coração na mão (choro), amamento porque é meu dever de mãe, minha obrigação]

O encontro com Lídia foi permeado por muita tristeza e choro. Houve momentos que até interrompi a entrevista com o objetivo de pegar água para ela. Questionei se ela desejava parar, porém respondeu que “não” porque precisava “desabafar”. Aos vinte e três anos, havia engravidado duas vezes. Sua primeira filha tem cinco anos e toma remédio controlado, pois é diagnosticada com crise de ausência. Os dois filhos são do mesmo companheiro, porém quando descobriu que estava grávida do segundo filho, ele a abandonou e atualmente mantém contato apenas com a primeira filha. O choro ficou mais intenso nesse momento, reforça que ama muito o companheiro e que não entende o porquê de ele estar fazendo isso.

Quanto à gestação atual, refere que foi tranquila, apesar dos contratempos na vida pessoal. Pariu no dia 10/10/2014, uma criança do sexo masculino, pesando 4280 gramas. Após 48 horas teve alta hospitalar e foi pra casa. Após dois dias, apresentou febre alta durante todo o dia e percebeu presença de muita secreção na ferida operatória. Retornou à maternidade e quando a técnica de enfermagem foi limpar a ferida, simplesmente abriu, o que causou muito medo à Lídia. Durante a entrevista, Lídia atendeu um telefonema e me chamou à atenção o fato de ela se referir à maternidade como um inferno.

Marta – descrição experiencial XXVII

[Foi uma dor muito grande, mas que dá para suportar, foi de chorar, mas a vontade de amamentar era maior]

Ao chegar à maternidade naquela tarde de domingo, a enfermeira de plantão comunicou-me que Marta estava internada com o diagnóstico de mastite. Encontrei-a na enfermaria com seu esposo, e logo percebi que ele era muito atencioso com a esposa e demonstrava preocupação com ela e com a filha. Convidei-a para participar da pesquisa e ela

aceitou com um grande sorriso e uma atitude acolhedora. Relatou que tinha trinta e um anos, sendo essa sua primeira gestação e que foi planejada, pois ela e seu esposo sonhavam com a presença de uma criança no lar. A gravidez transcorreu tranquilamente até a vigésima quarta semana, porém, nesse período ela começou a sentir cólicas intensas no baixo ventre, e três dias depois, através de parto normal, pariu uma menina com 620 gramas. O bebê, devido ao seu baixo peso e prematuridade, ficou na UTI e Marta ordenhava o leite materno para ser oferecido à criança através de sonda. Após uma semana, Marta começou a sentir suas mamas muito inchadas, doloridas e avermelhadas. Rapidamente formaram-se nódulos e um abscesso.

Priscila – descrição experiencial XXVIII

[Não está sendo muito bom, porque a pessoa doente, sentindo dor, febre, dando de mamar, pra mim não é bom não, a pessoa fica sem saber o que fazer, agoniada, se queimando de febre, sentindo dor e o menino ainda mamando. Dou porque é meu filho e eu não vou deixar ele com fome]

O dia estava muito bonito e segui para a maternidade com o objetivo de fazer mais uma entrevista. Ao chegar lá, encontrei Priscila na enfermaria amamentando. Ela tinha vinte e nove anos e possuía olhos negros, cabelos longos e lisos, tinha traços de uma índia. Ao vê-la lembrei-me das histórias que minha avó narrava quando eu era criança e por alguns instantes retornei no tempo e tive vontade de chorar, pois bateu uma grande saudade da minha querida vozinha. Mas, logo recuperei-me e iniciei a entrevista com Priscila. Ela contou-me que essa era a sua quarta gestação. O primeiro filho tinha 10 anos e era do seu primeiro marido que falecera em um acidente automobilístico.

Passou muito tempo abalada com essa tragédia na vida e, após cinco anos vivendo sozinha, conheceu o atual companheiro, a quem fez muitos elogios, considerando-o um homem exemplar. Os outros três filhos são desse novo relacionamento e possuem a idade de três e dois anos, sendo duas meninas. A gravidez atual não foi planejada, porém também ela não fazia uso de nenhum método de planejamento familiar, já que, segundo ela, os comprimidos a deixam muito nervosa e enjoada. A gravidez foi muito ruim devido à falta de ar, enjoos constantes e um sono interminável. Fez o pré-natal em uma unidade de saúde próximo a sua casa, com total de nove consultas. No dia 15/10/2014, Priscila começou a sentir fortes dores e ao procurar a maternidade, foi indicada uma Cesária de urgência, pois o bebê estava em sofrimento. Após 48 horas, foi para casa e, com três dias que estava em casa, começou a

apresentar febre alta e dor intensa no baixo ventre. Chorava sem cessar e, estando em casa, secou três vidros de dipirona. Quando não aguentou mais voltou para a maternidade e foi internada com o diagnóstico de infecção puerperal.

5.2.1 Manuscrito 2 – Desvelando o significado da experiência vivida para o ser-mulher na amamentação com complicações puerperais⁴

DESVELANDO O SIGNIFICADO DA EXPERIÊNCIA VIVIDA PARA O SER-MULHER NA AMAMENTAÇÃO COM COMPLICAÇÕES PUERPERAIS

UNVEILING THE MEANING OF THE REAL-LIFE EXPERIENCE OF WOMEN WITH PUERPERAL COMPLICATIONS IN BREASTFEEDING

REVELANDO EL SIGNIFICADO DE LA EXPERIENCIA VIVIDA POR EL SER-MUJER EN LACTANCIA CON COMPLICACIONES PUERPERALES

Simone Pedrosa Lima⁵

Evangelia Kotzias Atherino dos Santos⁶

RESUMO

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, com abordagem fenomenológica, que teve como objetivo compreender o significado da experiência vivida para o ser-mulher na amamentação com complicações puerperais. Teve como referencial teórico-filosófico a fenomenologia da percepção de Maurice Merleau-Ponty e referencial metodológico, a fenomenologia hermenêutica de Max Van Manen. Foi realizado em duas maternidades públicas do Nordeste do Brasil, no

⁴Artigo extraído da tese “O significado da experiência vivida para o ser-mulher na amamentação com complicações puerperais” apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) no ano de 2015.

⁵Enfermeira Obstétrica, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Membro do GRUPESMUR – Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido. E-mail:simone.ufrn@hotmail.com

⁶Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Titular do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Líder e pesquisadora do GRUPESMUR. E-mail: gregos@matrix.com.br

período de fevereiro a outubro de 2014. A obtenção das descrições experienciais foi através de entrevistas não estruturadas, realizadas com vinte e oito puérperas. A análise seguiu as etapas propostas por Van Manen, e consistiu em: leitura exaustiva do material, análise temática, constituição das unidades temáticas e convergência entre as unidades temáticas sendo identificado os temas essenciais. A análise das descrições experienciais expressas nos discursos do ser-mulher, mostra que o significado compreendido como central foi: AMAMENTAR É MAIS IMPORTANTE DO QUE A SITUAÇÃO VIVENCIADA NA COMPLICAÇÃO PUERPERAL. Emergiram ainda dois temas essenciais que convergem para o significado central, a saber: Percebendo o apoio da família e Sentimentos percebidos ao vivenciar a amamentação com complicação. Este estudo oportunizou compreender que a amamentação vivenciada pelo ser-mulher com complicação puerperal é composta por um conjunto de significados, que surgem de um corpo que não possui apenas a faceta do biológico, mas de um corpo que existe a partir de sua inserção no mundo, nas relações estabelecidas consigo e com os outros. Ao valorizar os significados descritos pelo ser-mulher, os profissionais de saúde e, particularmente os de enfermagem, que prestam cuidados diuturnamente, poderão proporcionar um cuidado permeado pela integralidade, contrapondo-se à visão fragmentada do pensamento cartesiano, com vistas à redução do desmame precoce e consequentemente da mortalidade infantil.

Descritores: Aleitamento materno. Puerpério. Pesquisa qualitativa.

ABSTRACT

This is a qualitative study with a phenomenological approach that aimed to understand the meaning of the real-life experience of women with puerperal complications in breastfeeding. Its theoretical and philosophical reference was Maurice Merleau-Ponty's phenomenology of perception and its methodological framework was the hermeneutic phenomenology of Max Van Manen. It was conducted in two public hospitals in the Northeast of Brazil, from February to October 2014. The experiential descriptions were obtained through unstructured interviews with twenty-eight postpartum mothers. The analysis followed the steps proposed by Van Manen, consisting of: exhaustive reading of the material, thematic analysis, establishment of thematic units and convergence of thematic units, from which the key issues were identified. The analysis of experiential descriptions expressed in the women's discourses shows that the central meaning was understood to be: breastfeeding is more important than the experiences in

complication. A further two key issues emerged pointing towards the core meaning, namely: Perceiving the support of family, and Feelings perceived in the experience of breastfeeding with complications. This study provided an opportunity to understand that breastfeeding experienced by women with puerperal complications is composed of a set of meanings that arise from a body that not only has a biological facet, but a body that exists within the world, within the established relationships with themselves and others. By valuing the meaning described by women, health professionals and particularly nurses, who provide continuous care, may provide a more complete care in contrast to the fragmented view of scientific thought, with a view to reducing early weaning and consequently infant mortality.

Descriptors: Breastfeeding. Puerperal. Qualitative search.

RESUMEN

Se trata de un estudio cualitativo con enfoque fenomenológico, cuyo objetivo fue comprender el significado de la experiencia vivida por el ser-mujer en lactancia con complicaciones puerperales. Tuve como marco teórico-filosófico la fenomenología de la percepción de Maurice Merleau-Ponty y como marco teórico y metodológico la fenomenología hermenéutica de Max Van Manen. Se llevó a cabo en dos hospitales públicos en el noreste de Brasil, en el período de febrero a octubre de 2014. Las descripciones experimentales se obtuvieron a través de entrevistas no estructuradas con veintiocho puérperas. El análisis siguió los pasos propuestos por Van Manen, y consistió en: lectura exhaustiva del material, el análisis temático, creación de unidades temáticas y convergencia de las unidades temáticas, identificándose las cuestiones clave. El análisis de las descripciones experienciales expresadas en el discurso de las mujeres muestra que el significado lo cual se entiende como un elemento central fue: la lactancia materna es más importante que la situación vivida en la complicación. Surgieron dos cuestiones clave que convergen para el significado central, a saber: Realizando el apoyo de la familia y Sentimientos realizados en la experiencia de lactancia con complicaciones. Este estudio proporciona una oportunidad de entender que la lactancia materna que experimenta el ser-mujer con complicaciones puerperales se compone de un conjunto de significados que surgen de un cuerpo que no es sólo la faceta biológica, sino un cuerpo que existe por su inserción en el mundo, en las relaciones que se establecen con ellos mismos y los demás. Al valorar el significado descrito por el ser-mujer, los profesionales de la salud y en especial los de enfermería, quienes proveen cuidado continuamente, pueden

proporcionar cuidado traspasado por la integridad, en contraste con la visión fragmentada del pensamiento cartesiano, con el fin de reducir el destete precoz y, conseqüentemente, la mortalidad infantil.

Descriptor: La lactancia materna. Puerperio. La investigación cualitativa

INTRODUÇÃO

A0 mortalidade infantil é um indicador relevante da saúde pública e combatê-la tem sido uma meta para todo o planeta. De 1990 a 2012, o número de mortes em menores de 5 anos caiu de 12,6 estimados para aproximadamente 6,6 milhões, respectivamente. Particularmente no Brasil, os números demonstram uma redução de 77% entre 1990 e 2012. Em 1990, a taxa de mortalidade infantil no Brasil era de 62 para cada mil nascidos vivos e em 2012 caiu para 14. Os resultados positivos em todo o mundo, deve-se ao aumento das intervenções de baixo custo e baseadas em evidências, como o acesso às vacinas, aleitamento materno adequado, suplementos nutricionais e terapia alimentar, reidratação oral para os casos de diarreia e maior acesso à água potável e saneamento, entre outros (UNICEF, 2013).

Particularmente, o aleitamento materno é responsável pela redução de até 13% das mortes de crianças menores de 5 anos por causas evitáveis. Dessa forma, a amamentação é de fundamental importância para a mãe, criança e sociedade, constituindo-se uma sábia estratégia de vínculo, afeto, proteção e nutrição, gerando um grandioso impacto na promoção da saúde integral da dupla mãe/bebê. Entretanto, apesar de todas as vantagens comprovadas cientificamente, a prática do aleitamento materno está muito aquém da recomendada, uma vez que a média do aleitamento materno exclusivo em nosso país é de 54,1 dias e o tempo mediano de aleitamento das crianças brasileiras entre 9 e 11 meses, é de 341,6 dias (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2010b; BRASIL, 2012a).

Amamentar é um ato multidimensional que contempla aspectos biológicos, socioeconômicos, culturais e familiares. Devido a essa complexidade, para o sucesso dessa prática, faz-se necessário um esforço da sociedade como um todo, sendo importante não apenas os esforços governamentais, mas também o envolvimento das redes de apoio formais e informais, familiares, bem como dos profissionais de saúde. Esses últimos ao orientarem as mães, ajudando-as a adquirir autoconfiança na amamentação, necessitam de um olhar abrangente, ou seja, devem prestar uma assistência que contemple todos os aspectos

presentes no ato de amamentar, contribuindo assim para a redução do desmame precoce (BRASIL, 2012a; CARVALHO, SOARES, SUSIN, 2012).

Soma-se à complexidade da amamentação as questões específicas do puerpério, pois nesse período a mulher passa por modificações locais e sistêmicas que visam retornar à fisiologia desta ao período pré-gravídico. Essas transformações envolvem aspectos hormonais, genitais e emocionais, tornando o puerpério um período delicado, no qual a mulher fica suscetível a determinados agravos, tanto de origens endógenas quanto exógenas, denotando as complicações puerperais (ARAÚJO, REIS, 2012).

As principais complicações que acometem as mulheres no puerpério são: hemorragias pós-parto, infecções; alterações nas mamas lactantes; doenças tromboembólicas e transtornos psiquiátricos no pós-parto. Essas patologias, em linhas gerais, produzem no corpo da mulher desconfortos como dor, febre, cefaleia, mal estar geral, anorexia, ansiedade entre outros (ARAÚJO, REIS, 2012).

Assim sendo, ao refletir sobre a importância e complexidade da amamentação, as especificidades que envolvem o puerpério, inclusive as que evoluem com complicações, surgem questionamentos acerca da vivência do ser mulher que amamenta com complicação puerperal. Essas inquietações advêm também da relevância do papel que os profissionais de saúde, particularmente os de enfermagem, desempenham na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, bem como no cuidado ministrado à mulher, no ciclo gravídico puerperal. Cuidado este, que precisa ser norteado por princípios éticos, técnicos, de qualidade, enriquecidos com a capacidade de ouvir, valorizando o ser em sua plenitude.

No intuito de contribuir com essa forma de cuidar, o presente estudo foi norteado pelo seguinte questionamento: Qual o significado da experiência vivida para o ser mulher na amamentação com complicações puerperais? Em busca de respostas para tal questionamento, estabeleci como objetivo deste estudo, compreender o significado da experiência vivida para o ser mulher na amamentação com complicações puerperais.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, que tem como referencial teórico- filosófico a fenomenologia da percepção de Maurice Merleau-Ponty (2011) e referencial metodológico a fenomenologia

hermenêutica de Max Van Manen. O método fenomenológico é uma atitude de envolvimento com o mundo da experiência vivida. Ao colocar a experiência vivida como referência para a sistematização teórica, a fenomenologia desfaz o principal postulado da modernidade: o racionalismo. O predomínio da razão excludente é substituído pelo mundo vivido, envolvendo o refletido e o irrefletido, o visível e o invisível (NÓBREGA, 2010).

O conceito que norteou esse estudo foi que a percepção é “o fundo sobre o qual todos os atos se destacam e ela é pressuposta por eles. O mundo é o campo dos meus pensamentos e das minhas percepções, pois o homem está no mundo e é no mundo que ele se conhece” (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 6). Nessa perspectiva, os sujeitos da experiência estão destinados ao mundo e é pelo corpo que sabemos o que acontece ao redor, são as posturas corporais que proporcionam a cada momento uma noção de nossas relações com as coisas e outros corpos. Para o filósofo o corpo não é um mero objeto orgânico no mundo e também não é uma ideia, é corpo vivido (MERLEAU-PONTY, 2011).

As descrições experienciais que compuseram esse estudo foram obtidas em duas maternidades públicas, no período de fevereiro a outubro de 2014, sendo entrevistadas vinte e oito mulheres que estavam amamentando com diagnóstico de complicação puerperal, na faixa etária de 18 a 42 anos. Foram excluídas as puérperas que não apresentaram condições físicas, emocionais e fisiológicas para a realização da entrevista. O questionamento que norteou a pesquisa foi: O que significa para você ser- mulher a experiência vivida na amamentação com complicações puerperais? Cada sujeito, após a leitura, assinou o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Para garantir o anonimato dos sujeitos significativos, seus nomes foram substituídos por nomes de mulheres que são citadas na bíblia.

A análise seguiu as etapas propostas por Van Manen (1990), as quais foram adaptadas por Santos (2004), a saber: leitura exaustiva do material; análise temática, em que o material foi lido linha a linha, havendo reflexão no que aquela sentença ou agrupamento de sentenças revelavam sobre o fenômeno estudado constituindo-se as unidades temáticas; e por fim buscou-se a convergência entre as unidades temáticas sendo identificado os temas essenciais do conjunto dos dados. Na sequência, reflexão fenomenológica embasada nas concepções filosóficas de Maurice Merleau-Ponty e do método de Van Manen (1990) que combina características da fenomenologia descritiva e

interpretativa, com vistas a compreender significado da experiência vivida para o ser-mulher na amamentação com complicações puerperais.

A pesquisa atendeu às recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo autorizada pelo parecer consubstanciado de número 485.322, do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (BRASIL, 2012b). Todas as entrevistas foram gravadas, com aquiescência das participantes, em gravador digital e posteriormente transcritas na íntegra e submetidas à análise. As entrevistas foram encerradas, quando houve repetições dos conteúdos dos depoimentos havendo assim saturação dos dados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao imergir e analisar as descrições experienciais expressas nos discursos do ser-mulher que vivencia amamentação com complicação puerperal, o significado compreendido como central nesse estudo foi: **amamentar é mais importante do que a situação vivenciada na complicação puerperal**. Das falas emergiram ainda, dois temas essenciais que estão em torno e convergem para o significado central, que em conjunto desvela a vivência das mulheres com complicação puerperal que amamentam. Os temas que emergiram foram: **Percebendo o apoio da família e Sentimentos percebidos ao vivenciar a amamentação com complicação**.

Amamentar é mais importante do que a situação vivenciada na complicação puerperal

O ser-mulher ao expressar o significado de amamentar com complicação, destaca duas motivações que corroboram para a continuidade da amamentação mesmo vivenciando os desconfortos e limitações impostos pela complicação puerperal. A primeira motivação refere-se ao fato de que a amamentação é mais importante do que qualquer diversidade que ela esteja vivenciando. Dores ou qualquer outra sintomatologia presente nas complicações são ofuscadas pelos benefícios do leite materno, que foram ao longo de sua existência, incorporados e desejados pelas mulheres que compuseram o estudo. Ao falar sobre esses benefícios, houve destaque significativo para os benefícios que envolve a saúde e o desenvolvimento infantil. Nesse contexto, a amamentação torna-se mais relevante, levando o ser-mulher a enfrentar as complicações, esquecendo-se (anulando) a si mesmo,

priorizando seu filho. Nas falas das entrevistadas, surge ainda outra motivação que justifica a amamentação, é o valor atribuído à maternidade, precisamente o amor maternal, sendo a amamentação interpretada como uma forma de demonstração de carinho e atenção, fortalecendo inclusive os laços afetivos entre mãe e filho. Estudos realizados com mães de pré-termos confirmam as descrições experienciais dessa pesquisa, no sentido de que as mães percebem a amamentação como importante para o crescimento saudável e fortalecimento do vínculo mãe filho (DAVIM; ENDERS; SILVA, 2010). A seguir, para melhor compreensão da primeira motivação, foi extraído trechos que retratam a relevância da amamentação frente aos desconfortos causados pela complicação puerperal.

Quando ele veio para mim, que coloquei no peito, dali em diante, não tirei mais, sempre amamentando, mesmo quando cheguei na maternidade com hemorragia, estava amamentando, porque eu sabia que meu filho mamando estaria bem, e isso era o mais importante para mim, o mais importante para a saúde dele era o leite (Dorcas)

Um pouquinho complicado né? Porque como é o primeiro filho, as primeiras amamentações doem muito, mas tem que passar...a gente passa...tem que alimentar o bebê e eu não ia querer meu filho tomando leite de outras mães, eu tendo leite, então eu tinha que dar...Porque o bebê tem que crescer, ficar alimentado e a mãe é tudo para uma criança. (Miriã)

É ruim, dá dor, depois passa, é difícil pra poder andar, se sentar aí dói tudo, enquanto não passar a dor tem que aguentar, porque tenho que amamentar ele com meu leite para meu filho crescer forte e saudável. A gente tem que amamentar, pensar nele e esquecer de mim, tenho que amamentar até ele crescer, esqueço de tudo até da dor, pra não deixar de jeito nenhum de amamentar ele (Débora)

Pra falar a verdade, eu amamento a força, como se eu fosse obrigada porque vontade eu não tenho nenhuma, eu faço porque é minha obrigação, eu dou de mamar porque é minha obrigação, mas eu não tenho vontade (choro, muito choro). Pelo bem estar da minha filha, só por isso, é para o bem dela. (Lídia)

Amamentar é um ato que transcende questões biológicas, existe um sujeito encarnado nesse processo, um ser que olha, exprime sentimentos, que interage consigo, com os outros e o ambiente. Por conseguinte, a decisão da mulher em amamentar está ligada a sua história de vida, aos valores que são repassados culturalmente, bem como as oportunidades de educação em saúde que teve acesso ao longo de sua existência.

Particularmente no Brasil, houve uma massificação das informações referente à importância da amamentação. Em 1981, o Ministério da Saúde brasileiro lançou o Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno e ao longo dos anos, esse programa foi fortalecido e ampliado, através de outras iniciativas e estratégias como, por exemplo, a Iniciativa do Hospital Amigo da Criança, Método Canguru, Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano e a Rede Amamenta Brasil, posteriormente transformada em Estratégia Alimenta Brasil (BRASIL, 2011).

Desse modo, as ações visam estratégias como educação em saúde das mulheres no ciclo gravídico puerperal, aconselhamento individual, criação e incentivo a grupos de apoio à amamentação nas comunidades, campanhas na mídia, treinamentos dos profissionais de saúde, incentivos financeiros para hospitais que defendem e divulgam o aleitamento. Houve também, aprovação de leis que protegem à amamentação como a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes, ampliação da licença à maternidade de quatro para seis meses e o estímulo criação de Salas de Apoio à amamentação nas empresas. Os frutos desses esforços foram demonstrados em pesquisas realizadas em 1999 e 2008 sobre a prevalência do aleitamento nas capitais brasileiras. Os resultados apontam para um crescimento do aleitamento materno exclusivo entre crianças de zero a quatro meses de 35,5 para 51,2%, respectivamente (BRASIL, 2010b; BRASIL, 2012a).

Nesse estudo, as mulheres reproduziram o discurso acerca da importância da amamentação, evidenciando um ser que interage com o mundo e introjeta valores que são repassados

culturalmente e socialmente. Assim sendo, elas revelaram em suas falas que o conhecimento acerca dos benefícios imunológicos e nutricionais são fatores que influenciam sua decisão de amamentar, sendo que para algumas as percepções acerca desses benefícios é tão intensa que a amamentação torna-se uma prática obrigatória. Alicerçadas no que elas acreditam acerca do leite materno, suportam dores, febres altas e sangramentos, pois o que importava naquele momento para essas mulheres eram os seus filhos, o bem estar deles. A obrigatoriedade do ato de amamentar nessas situações são justificadas também pela aversão das mulheres em oferecerem outros leites à criança, assim o leite materno é visto como a única forma de saciar a fome do bebê.

Por conseguinte, há nas falas uma ambiguidade em torno da amamentação vivenciada pelo ser-mulher com complicação puerperal. Nos discursos, há aquelas que amamentaram com alegria e prazer reconhecendo a importância da amamentação. Por outro lado, houve puérperas em que a obrigatoriedade foi tão forte, que ocorreu sofrimento na prática da amamentação. Tanto na amamentação com alegria e prazer como nas situações que remetem ao dever de amamentar, o ser-mulher anula-se e distancia-se do seu corpo, do seu existir. É como se existisse um outro ser vivenciando no mesmo corpo, revelando um novo modo de ser, habitado pelas preocupações com saúde e bem estar do bebê.

Sobre essa questão, Merleau-Ponty (2011) defende que entre minha consciência e meu corpo vivo, meu corpo fenomenal, e aquele do outrem tal como vejo do exterior, ocorre uma relação interna, que faz o outro surgir como o acabamento do sistema. Em outras palavras, o sistema é formado pelo corpo de outrem e o meu corpo, que são considerados um único todo, o verso e o reverso de um único fenômeno. O sentido da existência do ser-mulher que amamenta com complicação puerperal é legitimado a partir de sua relação com a criança. Esse aspecto é fortalecido nos discursos que justificam a amamentação como uma forma de demonstração de amor e carinho.

A gente aguenta até as dor, que a gente sente no corpo por uma bênção dessa que o rei nos dar, aí vale a pena. Amamentar é bom, é bom amamentar uma criança, porque a gente sente está saindo dentro da gente, uma sensação gostosa de amamentar uma criança. Sabendo que ele saiu de dentro da gente, aí quanto mais ele mama mais vai saindo, aí é bom demais é uma sensação

inesquecível. Quanto mais ele mama mais vai saindo dentro de mim, vai saindo o leite, vai saindo mais amor, cada dia que passa aumenta mais ainda o meu amor por ele. (Débora)

Muito bom, é uma forma de dar amor ao seu filho. Amamentar é amor, carinho que você passa pra ele. Várias vezes eu vim lá do outro lado, debaixo de chuva, sol e sereno para amamentar ele, não me arrependo não. Minha ferida abriu, abriu, mas a emoção de você está com seu filho, pegar nele, dá carinho, não tem explicação, é um sentimento que você não sabe explicar, o carinho e o amor que você passa para seu filho, é muito importante, muito importante mesmo você dar esse amor a ele. (Noemi)

Pesquisas realizadas em diferentes culturas, também apontam a amamentação como um canal de comunicação e manifestação de amor, formando um vínculo emocional entre mãe e filho (NEGAYAMA et al., 2012; HERNÁNDEZ; VÁSQUEZ, 2010). Partindo da premissa de que a consciência sempre possui uma intenção, compreendo que o ato da mulher amamentar com complicação puerperal, suportando os desconfortos é consciente, voltado para o ser-criança, firmado no amor maternal. Para Merleau-Ponty (2011) amar é ter consciência de alguém como amável, sendo que o amor quando verdadeiro, é fruto da consciência em si mesmo, e envolve todos os recursos do sujeito, interessando-o por inteiro. Nesse sentido, a partir de uma consciência ativa e intencional, o ser-mulher com complicação puerperal vivencia a amamentação com amor, e utiliza todos os recursos que possui, ou seja, o de suportar dores, feridas abertas, dificuldades de locomoção, em nome desse amor verdadeiro. Um amor confirmado pelo ato de amamentar, que emana do seu ser.

Percebendo o apoio da família

A família é percebida pelo ser-mulher através da presença física, com relevância em dois aspectos. O primeiro, refere-se aos cuidados que foram assumidos e ministrados pelos familiares aos recém-nascidos, outros filhos e a própria puérpera. O segundo, a sensação de força e

melhora da autoestima, que fluía dos familiares, proporcionando trocas entre as mulheres e família. Essa troca é tão intensa, que ao contrário também é verdadeiro, ou seja, quando o ser-mulher sente que sua família não acredita em sua recuperação, a reação dela é negativa, fazendo-a sentir-se péssima. Porém, esse estado de tristeza foi revertido em força, mostrando um ciclo de trocas vivas, de um sujeito sensível que continuamente interage com o mundo, que vivencia as relações e interações com outrem. Nesse sentido, a experiência de amamentar com complicações puerperais, leva ao ser-mulher sensações de descobertas familiares, relacionadas ao amor e união familiar. As falas a seguir corroboram com essas reflexões.

É assim, porque eles, o apoio que eu quis dizer, porque minha mãe... se eu acordar cinco vezes à noite, ela já está lá, ela não deixa eu fazer esforço, ficar sozinha. Meu marido quando tá aqui também, se o menino tá chorando, ele pega, ele troca a fralda, ela também, sabe? Dar banho, eu tenho amigas também, que de vez em quando vêm aqui, quando eu preciso tomar um banho, me ajeitar, elas ficam aí dão banho, depois elas dizem: Ana agora é só com você, é só amamentar, agente já fez tudo. Então, assim, eu tenho muito apoio, não só da minha família, das minhas amigas. (Ana)

O apoio da família é muito importante, sem o apoio deles eu não tinha conseguido ficar no hospital, no dia que minha mãe foi pra casa e eu fiquei só, fiquei doente, doente, doente, eu fiquei doente porque eu sabia que não tinha capacidade de cuidar dele, eu não tinha como tirar ele do berço, pra sair de uma cama dessas é um sacrifício, me arrastando, eu sentada aqui olhando pra ele e não podia pegar ele do berço, eu levantava assim parecia que ia abrir e dava a dor forte, então a família foi muito importante pra mim. O meu companheiro não fica no hospital, ele me dá apoio. Ele ficou em casa tomando conta das minhas duas filhas. Aqui no

hospital ele não pode ficar, mas em casa ele tá me apoiando de outra forma, ficando em casa, cuidando das meninas. (Maria Madalena)

A vivência do ser-mulher com complicações puerperais é marcada pelos desconfortos causados pela sintomatologia e consequente impossibilidade de cuidar de si mesmo, do recém-nascido e dos filhos que ficaram em casa. Nesse sentido, o cuidado dispensado pela família torna-se precioso para o ser-mulher, uma vez que, ações rotineiras como trocar fraldas, pegar o bebê no berço, ou mesmo o cuidado com os outros filhos menores, já não podem ser realizadas pelas mulheres no contexto da complicação. As mulheres sentem-se incapazes, mas o fato desses cuidados serem assumidos pelos familiares, é interpretado como importante, sendo inclusive um fator que contribui para a permanência delas no hospital. Outros estudos confirmam a relevância da família no período puerperal, elegendo a ajuda familiar uma parcela significativa de contribuição nesse período (ROMERO, RODRIGUEZ, CARDENAS, 2012; MELO et al., 2013). Além dos cuidados com a criança, com a própria mulher e os afazeres domésticos, os familiares surgem nos discursos das entrevistadas como uma fonte de força.

Ficaram muito preocupados, muito mesmo, principalmente minha mãe. Ficaram lá comigo o tempo todo, é isso me ajudaram, até hoje estão me ajudando. É importante, porque ajuda o astral a melhorar mais, auto estima, ajuda a melhorar mais a saúde (Joquebede)

Enquanto a minha família, que é de onde busco força, me olhava com uma cara que a qualquer momento posso morrer, e isso me deixa péssima, eu entendo o medo deles, eu também ficaria... Mas, entenda, preciso recomendar... porque todo mundo está com medo que eu vá para casa, as pessoas tem medo, eles acham que quando eu chegar em casa, vou passar mal de novo e sair carregada... Se essas pessoas que convivem comigo estão me olhando dessa forma, como eu vou conseguir? Como vou conseguir

superar e mudar a minha própria mentalidade? É uma cadeia na realidade, eu sempre fui muito ligada a minha família, então de toda forma o bem estar deles é muito importante. Mas, com tudo isso, digo é pela minha família, filhos, que eu sei que a superação veio. Da vontade de querer continuar ao lado deles para mim o mais importante são as pessoas, vê todo mundo bem, quando eu passo pela experiência e sobrevivo, me fez brigar por tudo que realmente importa, pela minha família... (Dorcas)

A família tem desempenhado um papel importante para as entrevistadas, sendo percebido como aqueles que influenciam na recuperação da saúde, pois ao interagirem com elas, passam uma sensação descrita como uma força que as impulsionam a lutarem. Neste estudo, também foram encontradas as repercussões contrárias que a família causa no ser-mulher, quando diante das diversidades presentes nas complicações puerperais, eles demonstram medo e descrédito no restabelecimento da saúde puérpera. Entretanto, apesar da mulher perceber esses sentimentos contrários e sentir-se influenciada por eles, ela também afirma que advém da família, a vontade de lutar. Assim sendo, há no interior das falas uma teia de significados, que convergem para um corpo encarnado que possui sintonia com o mundo, no qual interage e reage ao outro.

Com vistas à elucidação desses discursos, destaco o pensamento de Merleau-Ponty (2011) quando refere que no corpo há uma natureza enigmática, pois ele não é um ajuntamento de partículas, das quais cada uma permaneceria em si ou uma mistura de processos definidos de uma vez por todas. O corpo projeta-se em sua circunvizinhança material e o comunica aos outros sujeitos encarnados. Dessa forma, ao compartilhar seu mundo com os familiares, a puérpera adquire uma consciência que é concebida como perceptiva. Em outras palavras, como sujeito de um comportamento, ancorado no mundo, o outro surge no cume do seu corpo fenomenal e recebe uma localidade (MERLEAU-PONTY, 2011). Essa localidade que os familiares encontraram no corpo das puérperas, foi traduzido e percebido por elas como uma força, que provocou movimentos de não acomodação com a situação vivenciada, buscando a

cura não apenas para os agravos físicos, mas também os emocionais, causados pela complicação puerperal.

O corpo vivido também admite que as sensações advindas das experiências possam ampliar o nosso existir humano. Por conseguinte, no presente estudo, o ser-mulher refere a descoberta ou redescoberta de sentimentos que estavam latentes antes da vivência da complicação.

Minha mãe é tudo e minha família está próxima de mim, então eles me surpreenderam, maravilhoso todo mundo (choro) nunca pensei que fosse ter todo mundo do meu lado numa hora como essa. Tá todo mundo unido, graças a Deus, agradeço muito a Deus e a eles, eu amo todos, eu só não sabia que amava tanto, e que eu era amada, eu também não sabia não (choro) para do jeito que está acontecendo, eu não sabia que toda família amava tanto assim. Eu amadureci um pouco (choro)... Amadureci em relação à família, à união da família. Descobri que meu marido me ama, que eu amo muito ele. (Hagar)

Como toda família tem complicação, sempre fui muito afastada deles, mas pela dor me achei novamente. Mudei com minha família, me aproximei deles, eu estou mais dedicada para eles, mais atenção, coisa que eu não tinha. (Ester)

Nas descrições experienciais em destaque, há relato de sentimentos que são elencados pelas mulheres como de surpresa e aprendizado. O aprendizado, traduzido em amadurecimento com vistas à união familiar, percebendo inclusive como os amava e também como era amada. Ao refletir nas descobertas que as mulheres relatam, retomo aos pensamentos de Merleau-Ponty (2011), no que diz respeito ao mundo e a outrem. O mundo não é o que penso ser, mas é o que vivo, estou aberta ao mundo, comunicando-me com ele, entretanto não o possuo, ele é inesgotável. Ele surge na interseção de minhas experiências, e na interseção das minhas experiências com as de outrem, pela engrenagem uma das outras. Portanto, o mundo não é separado da subjetividade e intersubjetividade, formando “sua unidade retomada

pelas experiências passadas em minhas experiências presentes, da experiência do outro pela minha” (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 18). Nos pensamentos do filósofo, encontro elementos para a compreensão das descobertas descritas pelos sujeitos desse estudo, descobertas essas que brotaram na essência da experiência vivida com outrem, uma experiência perceptual que não anula o caráter mundano de nossa existência.

Sentimentos percebidos ao vivenciar a amamentação com complicação

Os sentimentos expressos e relatados pelas entrevistadas, tais como: tristeza, desespero, frustração, negação e saudade, estão diretamente relacionados ao processo da doença e o internamento que aconteceu devido ao agravamento do quadro clínico. Dentre os sentimentos, o medo foi um dos mais intensos, havendo referência ao medo da dor, morte e contaminação do bebê pelo leite materno. A seguir, os depoimentos destacados exemplificam os sentimentos elencados.

Muito ruim...muito mesmo, muito mesmo, chorei muito...mas tinha que ficar ali para tomar remédio e ficar boa logo e é isso. Como mulher assim com infecção, com ela no hospital, amamentando era muito ruim, era ruim mesmo. Porque eu não queria ficar com ela lá no hospital, dormir lá...não queria era muito ruim. Era isso na minha cabeça, era ruim mesmo, era uma sensação ruim. Assim, não tem aquela palavra para dizer, é sem ânimo, o alto astral para baixo, muito ruim, não tem explicação, não tem alegria, não tem risos. Apenas ela que estava ali comigo era que era o melhor. (Joquebede)
É uma coisa inexplicável. Tem hora que me falta o chão, eu fico triste por tá aqui, eu queria mesmo era está em casa, a experiência não é boa não. Sinceramente, não vou mentir. Meu coração está apertado, tenho outro em casa, bem apertado mesmo. Tem hora que me dá um desespero, choro...

É uma experiência bem sofrida. Ninguém nunca queira passar por isso não... (Eunice)
Medo das dores, à noite gemendo, sentindo dores, febre, não podia nem me levantar da cama, para ir ao banheiro a com a ajuda do esposo, até para comer, medo de acontecer novamente. (Tamar)
Todo dia eu choro pensando que vou fazer outra cirurgia, depois que a barriga abriu, pensei que ia morrer e pensando em deixar meus filhos aí abandonados, eu pensei só nisso, de fazer de novo outra cirurgia, fechar e não voltar mais, toda noite eu choro, com medo...(choro) é só que eu penso mesmo... Medo de deixar o meu filho abandonado, sem ninguém poder cuidar dele, eu só penso nele. (Rebeca)

O sofrimento percebido nas falas do ser-mulher com complicação e o choro expressado durante as entrevistas, são atribuídos ao processo de hospitalização que é representado principalmente pela separação dos filhos, medo da morte e das dores causadas pelo processo infeccioso. A rejeição à hospitalização é clara e o medo da morte não surge como um temor do processo em si, mas como um fantasma que poderá separar as mães dos filhos. Por conseguinte, o medo possui na sua essência uma face maternal, algo instintivo, de proteção, cuidado e zelo pelos filhos.

No que se refere às reações emocionais decorrentes da vivência de estar doente e hospitalizada, estudos realizados em diferentes faixas etárias e patologias, demonstram aspectos semelhantes aos que foram encontrados na presente pesquisa. Tristeza, sofrimento, choro, nervosismo, agressividade, perda da liberdade, preocupação com os familiares e medo da morte precoce, são algumas das reações elencadas (AMARAL; MARQUES, 2011; LUZ; MARTINI, 2012).

Outro sentimento desvelado é o medo de passar a infecção através do leite, bem como o temor de prejudicar o bebê com os antibióticos utilizados durante o tratamento das complicações.

Durante esse período, eu pensava na infecção que deu no sangue e eu achava que ia passar para a menina, porque era no sangue e o leite vem do sangue, mas ainda

assim continuei a amamentação durante o tempo que passei em casa. (Lia)

Pensei que o meu leite poderia prejudicar ela, porque quando eu comecei a tomar o antibiótico ela não queria mamar, o peso dela caiu, agora ela já tá se recuperando, continuei amamentando porque o médico disse que não fazia mal e a pediatra disse que eu posso dar. (Sulamita)

No imaginário do ser-mulher, o leite materno é produzido a partir do sangue dela e como um dos exames realizados para confirmar o diagnóstico da infecção é o hemograma, ela faz associação direta entre os dois fatos, conduzindo-a a acreditar que através do leite é possível passar infecção para a criança. Nessa lógica, na concepção das mães, também é verdadeiro que os antibióticos ingeridos apresentam risco para os bebês. Apesar dessa insegurança e medo estarem presentes na vivência do ser-mulher com complicação, há manuais nacionais direcionados aos profissionais de saúde que tratam da utilização criteriosa de fármacos durante a amamentação com segurança. Dessa forma, o diálogo esclarecedor entre a puérpera e a equipe de saúde é de suma importância, pois proporciona tranquilidade e credibilidade, contribuindo para a continuidade da amamentação como foi demonstrado no relato destacado nesse estudo (BRASIL, 2010a).

No tocante ainda aos sentimentos, houve outro aspecto relevante que emergiu no discurso do ser-mulher. Na visão dela, estar doente é algo insuportável e como consequência dessa difícil convivência com o corpo doente, ela declara ter vontade de tirar a sua própria vida.

mas eu tenho uma pessoa muito forte na minha vida, que é Deus. Ele é o centro de tudo, se eu não tivesse Deus neste momento, eu abriria a janela e me jogava, sabia que todos iriam ficar bem e eu iria sair disso (choro), mas graças a Deus eu tenho um Deus vivo, que não deixa que nada aconteça. Eu digo a você se eu não tivesse Deus eu não me importava não, porque eu sei que eles iriam ficar bem porque eu não suporto mais essa situação. (Raabe)

Há nas descrições experienciais uma negação ao corpo doente e o suicídio apresenta-se como uma solução, uma espécie de fuga da realidade vivenciada. A vontade de ter um corpo são ou a recusa ao corpo doente é compreensível na perspectiva do ser no mundo. Existe um Eu engajado em um certo mundo físico e inter-humano, que mesmo diante a doença, continua a estender-se para o seu mundo. Em outras palavras, a recusa à doença é apenas o avesso de nossa inerência a um mundo, a negação tácita daquilo que se opõe ao movimento natural que nos lança às nossas tarefas, às nossas preocupações, aos nossos horizontes familiares. Assim, o sujeito vivencia um impasse existencial e procura em atos mágicos uma satisfação simbólica (MERLEAU-PONTY, 2011).

Nesse estudo, a satisfação simbólica descrita por Merleau Ponty (2011) pode ser interpretada por meio da presença do desejo de suicidar-se, expressada pelo sujeito encarnado, um sujeito que vive e experimenta a amamentação com complicação puerperal no contexto hospitalar. Ao refletir sobre esses sentimentos, visualizamos o pensamento do filósofo ao afirmar que toda percepção externa é sinônimo de uma percepção de meu corpo, assim como toda percepção de meu corpo se explicita na linguagem da percepção exterior (MERLEAU-PONTY, 2011). Assim sendo, ao contemplarmos os significados atribuídos pelo ser-mulher nessa unidade, percebemos que todos os sentimentos e reações vivenciadas no seu corpo, são produtos de uma percepção do significado do estar doente e do ambiente hospitalar, ou seja, de um ambiente externo ao seu corpo.

Particularmente no cenário hospitalar, há um mundo cultural, uma diversidade de significações, que é representada pela dor, doença, sofrimento, separação, morte. Não há em torno de nós apenas um mundo físico, composto por ar, água e terra, há também um mundo cultural, representado por plantações, povoados, ruas, igrejas, sendo que cada uma dessas representações marca a ação humana à qual ela convém.

A civilização que participamos, existe para nós através dos utensílios que ela possui. Os utensílios presentes naquela cultura representam uma multiplicidade de Eu, ou seja, diante dos vestígios de uma civilização desaparecida, idealizamos por analogia a espécie de homem que ali viveu. “No objeto cultural, eu sinto, sob um véu do anonimato a presença de outrem” (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 466). No cenário hospitalar, o ser-mulher vivencia esse mundo cultural, sente a presença de outras pessoas que ali sofreram. Os utensílios que ali estão, remédios, cama, incubadoras, aparelhos hospitalares, conduzem

os sujeitos desse estudo a retomar as significações do hospital na sociedade em que estamos inseridos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou compreender o significado da experiência vivida para o ser-mulher na amamentação com complicações puerperais. Nesse contexto, a amamentação vivenciada pelo ser-mulher com complicação puerperal é composta por um conjunto de significados, que surgem de um corpo que não possui apenas a faceta do biológico, mas de um corpo que existe a partir de sua inserção no mundo, das relações estabelecidas consigo e com os outros. Assim sendo, esses significados são revelados através da amamentação que supera os desconfortos causados pela complicação, em que há presença de sentimentos fortes relacionados à hospitalização, sendo a família um importante divisor de águas nesse contexto, uma vez que é fonte de cuidado e força para o ser-mulher.

A partir desses significados é possível planejar um cuidado norteado pela experiência vivida do ser-mulher, voltado para ações que vão além das questões técnicas direcionadas ao corpo doente. Nesse sentido, o cuidado não estará voltado para um sujeito em si, mas será norteado pelo encontro do ser-mulher com suas vivências e no encontro de suas vivências com as dos outros, ou seja, um cuidado permeado pela subjetividade e intersubjetividade, que são concretizadas em um corpo encarnado. Essas reflexões permitem aos profissionais adquirirem uma visão ampliada acerca do fenômeno da amamentação no contexto da complicação, olhar esse construído a partir da percepção das mulheres que vivenciam a experiência, sendo possível identificar elementos que podem potencializar ou fragilizar a prática da amamentação.

Potencialidades, ao identificar que o ser-mulher mesmo vivenciando dores e desconfortos, opta por amamentar, porque há na maternidade e consequente amamentação um outro ser que habita no corpo da mulher, que legitima sua existência através do amor maternal. Esse significado, pode por exemplo, auxiliar os profissionais de saúde e particularmente os da enfermagem no exercício das ações educativas, sendo um argumento a mais em prol da amamentação. Outra potencialidade contida nas descrições experienciais é o papel que os familiares desempenham nesse contexto, constituindo-se colaboradores no cuidar do ser-mulher, uma vez que ampliam o existir humano das puérperas. Dessa forma, os profissionais devem envolvê-los na assistência, estimulando-os a compreenderem a interação que ocorre

entre eles e o ser-mulher e consequente influência que exercem no cotidiano vivencial da puérpera. Essa compreensão faz-se necessária à medida que os familiares, quando orientados, poderão ser somados à equipe de saúde no que se refere à proteção e estímulo ao aleitamento.

Os elementos que podem fragilizar dizem respeito essencialmente à hospitalização, situação marcada por sentimento de tristeza, desespero, frustração, negação e saudade, além dos medos da dor, morte e de transmitir doença para a criança ao amamentar. Esses sentimentos precisam ser percebidos pela equipe que presta assistência, no sentido de planejar ações que venham minimizá-los, pois em longo prazo poderão contribuir para o desestímulo à amamentação. Ao valorizar os elementos descritos, os profissionais de saúde podem proporcionar um cuidado ao ser-mulher que amamenta com complicação permeado pela integralidade, contrapondo-se à visão fragmentada do pensamento cartesiano, com vistas à redução do desmame precoce e consequentemente mortalidade infantil.

O presente estudo possui como limitação o fato de ter sido realizado em duas maternidades públicas, o que reflete os significados atribuídos pelo ser-mulher na amamentação com complicações puerperais daqueles contextos. Assim sendo, recomenda-se a realização de novas pesquisas a fim de aprofundar a temática em outros contextos.

REFERÊNCIAS

AMARAL, J. R.; MARQUES, C. S. Luto e melancolia: o que se perde ao adoecer? **Revista Mineira de ciências da saúde**. Patos de Minas: UNIPAM, v. 3, p. 70-87, 2011. Disponível em: <http://revistasaude.unipam.edu.br/documents/45483/172836/luto_e_me_lancolia_o_que_se_perde_ao_adoecer.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2015.

ARAÚJO, L. A; REIS, A. T. **Enfermagem na prática materno-neonatal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Iniciativa hospital amigo da criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 18 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2012b. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 26 jun. 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Aleitamento materno, distribuição de fórmulas infantis em estabelecimentos de saúde e a legislação. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 26 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias**. Brasília, 2010a. Disponível: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/amamentacao_uso_medamentos_2ed.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 80 p. (Série I. História da Saúde).

CARVALHO, M. P. de; SOARES, M. C. F; SUSIN, L. R. O. Pediatria sucesso do aleitamento materno: fatores que permeiam essa perspectiva. **RBM**, v. 69. Set. 2012. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5141>. Acesso em: 10 abr. 2013.

DAVIM, R. M. B; ENDERS, B. C; SILVA, R. A. R. da. Sentimentos de mães ao amamentarem seus bebês prematuros em sistema de alojamento conjunto. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 3, p. 713-718, set. 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/40597/43762>>. Acesso em: 08 nov. 2014.

HERNÁNDEZ, L.; VÁSQUEZ, M. L. Practices and beliefs about exclusive breastfeeding by women living in Commune 5 in Cali. **Colomb. méd.**, Colombia, v. 41, n. 2, p. 161-170, 2010. Disponível em: <<http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/4/1/12>>. Acesso em: 06 abr. 2013.

LUZ, J. H.; MARTINI, J. G. Compreendendo o significado de estar hospitalizado no cotidiano de crianças e adolescentes com doenças crônicas. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n. 6, nov./dez. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000600005>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

MELO, M. C. P. et al. Vivências do puerpério: construção de significados por mães adolescentes. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, América do Norte, v. 12, dez. 2013. Disponível em: <<http://www.portalseer.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/7700/6674>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

NEGAYAMA, K. et al. Japan-France-US comparison of infant weaning from mother's viewpoint. **J Reprod infantil Psychol.**, Rockville, v. 30, n. 1, p. 77-91, fev. 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3379788/>>. Acesso em: 10 abr. 2013.

NÓBREGA, T. P. **Uma fenomenologia do corpo**. São Paulo: Editora livraria da física, 2010. 125p.

ROMERO, A. M. O; RODRIGUEZ, L. M. De.; CARDENAS, C. H. R. de. Proceso de afrontamiento y adaptacion durante el puerpério. **Colombia Medica**, v. 43, n. 2, p. 168, abr./jun. 2012.

SANTOS, E. K. A. **A expressividade corporal do ser mulher/mãe HIV positiva frente à privação do ato de amamentar**: a compreensão do significado pela enfermeira à luz da teoria da expressão de Merleau-Ponty. 2004, 347 fls. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

UNICEF – UNITED NATIONS CHILDREN’S FUND. **Committing to child survival**: a promise renewed. Progress Report 2013. Nova Iorque, 2013. Disponível em:
<http://www.unicef.org/publications/files/APR_Progress_Report_2013_9_Sept_2013.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2014.

VAN MANEN, M. **Researching lived experience**: human science for an action sensitive pedagogy. Nova Iorque: The State University of New York Press, 1990.

5.2.2 Manuscrito 3 – O cuidado prestado pela equipe de saúde ao ser- mulher que amamenta com complicação puerperal: desvelando significados ⁷

O CUIDADO PRESTADO PELA EQUIPE DE SAÚDE AO SER-MULHER QUE AMAMENTA COM COMPLICAÇÃO PUERPERAL: DESVELANDO SIGNIFICADOS

CARE PROVIDED BY HEALTH TEAMS TO BREASTFEEDING WOMEN WITH PUERPERAL COMPLICATIONS: UNVEILING MEANINGS

LA ATENCIÓN PRESTADA POR EL EQUIPO DE SALUD AL SER-MUJER EN LACTANCIA CON COMPLICACIONES DEL PUERPERIO: REVELANDO SIGNIFICADOS

Simone
Pedrosa Lima ⁸
Evangelia Kotzias Atherino
dos Santos⁹

RESUMO

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, com abordagem fenomenológica que teve como objetivo compreender os significados atribuídos pelo ser-mulher que amamenta com complicações puerperais, acerca do cuidado prestado pela equipe de saúde. Teve como referencial teórico-filosófico a fenomenologia da percepção de Maurice Merleau-Ponty e referencial teórico-metodológico, a fenomenologia hermenêutica de Max Van Manen. As descrições experienciais foram

⁷Artigo extraído da tese “O significado da experiência vivida para o ser-mulher na amamentação com complicações puerperais” apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) no ano de 2015.

⁸ Enfermeira Obstétrica, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Membro do GRUPESMUR – Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido. E-mail:simone.ufrn@hotmail.com

⁹ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Titular do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Líder e pesquisadora do GRUPESMUR. E-mail: gregos@matrix.com.br

obtidas em duas maternidades públicas no Nordeste do País, no período de fevereiro a outubro de 2014, através de entrevistas não estruturadas com vinte e oito puérperas. A análise constou das seguintes etapas: leitura exaustiva do material; análise temática; constituição das unidades temáticas e convergência entre as unidades temáticas sendo identificados os temas essenciais. Das descrições experienciais emergiram três temas essenciais, a saber: Percebendo o relacionamento estabelecido com a equipe; Percebendo as intervenções terapêuticas e Percebendo dificuldades em relação à gestão da maternidade. O cuidado percebido pelo ser-mulher e prestado pelos profissionais de saúde está voltado a um corpo físico visto em partes, para a objetividade e realização de tarefas. Porém, o desejado pela puérpera ao vivenciar a complicação é aquele voltado para a totalidade do ser, ou seja, que ela não seja considerada apenas como “mais um corpo doente”. A partir da percepção do ser-mulher foi possível a construção de caminhos que poderão ser trilhados pelos profissionais de saúde na busca de um cuidado integral que contemple a mulher no seu mundo vivido, considerando-a como um ser único, que possui necessidades e expectativas voltadas àquele momento singular de sua história.

Descritores: Aleitamento materno. Puerpério. Cuidado pós-natal.

ABSTRACT

A qualitative study, with a phenomenological approach that aimed to understand the meanings attributed by breastfeeding women with puerperal complications to the care provided by the health team. Its theoretical and philosophical reference was Maurice Merleau-Ponty's phenomenology of perception and its theoretical and methodological framework was the hermeneutic phenomenology of Max Van Manen. The experiential descriptions were obtained in two public hospitals in the northeast of the country in the period from February to October 2014, through unstructured interviews with twenty-eight postpartum mothers. The analysis involved the following steps: exhaustive reading of the material; thematic analysis; establishment of thematic units and convergence of thematic units, from which the key issues were identified. From the experiential descriptions, three main themes emerged, namely: Perceiving the relationship established with the team Perceiving therapeutic interventions, and Perceiving difficulties related to maternity management. The care perceived by women and provided by health professionals is orientated around a physical body viewed as parts, for objectivity and performing tasks. However, the desired by the mother experiencing complications is to be treated as a total being, i.e.,

to not only be considered as “another sick body”. From the perception of the women, it is possible to build ways that can be followed by health professionals in the search for a comprehensive care that addresses the woman in her real world, considering her as a unique being with needs and expectations specific to that singular moment in her life.

Keywords: Breast feeding. Puerperium. Postnatal care.

RESUMEN

Se trata de un estudio cualitativo con un enfoque fenomenológico, que tuvo como objetivo comprender los significados atribuidos por el ser-mujer en lactancia con complicaciones del puerperio sobre la atención prestada por el equipo de salud. Tuvo como referencia teórica-filosófica la fenomenología de la percepción de Maurice Merleau-Ponty y como marco teórico y metodológico a la fenomenología hermenéutica de Max Van Manen. Las descripciones experimentales se obtuvieron en dos hospitales públicos en el noreste del país, en el período de febrero a octubre de 2014, a través de entrevistas no estructuradas con veintiocho púerperas. El análisis incluyó los siguientes pasos: lectura exhaustiva del material; análisis temático; establecimiento de unidades temáticas y convergencia de las unidades temáticas, identificándose las cuestiones clave. Tres temas principales surgieron de las descripciones experienciales, a saber: Realizando la relación que se establece con el equipo; Realizando las intervenciones terapéuticas y Realizando las dificultades relacionadas con la gestión de la maternidad. La atención percibida por el ser-mujer y proporcionada por profesionales de la salud visa el cuerpo físico mirado en partes, por la objetividad y la realización de tareas. Sin embargo, el deseo de la madre que experimenta complicación puerperal es que sea para la totalidad del ser, es decir, que no sólo sea considerada como "más un cuerpo enfermo". A partir de la percepción del ser-mujer fue posible la construcción de caminos que podrían ser seguidos por los profesionales de la salud en la búsqueda de una atención integral que aborde la mujer en su mundo real, considerándola como un solo ser, que tiene necesidades y expectativas que deben centrarse en aquel momento de su historia.

Palabras clave: Lactancia materna. Puerperio. La atención posnatal.

INTRODUÇÃO

A taxa de mortalidade infantil é uma preocupação mundial e, particularmente no Brasil, seus índices são incompatíveis e considerados elevados com o desenvolvimento do país. Combatê-la tem sido

compromisso assumido e expresso em documentos como o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e Amazônia Legal, bem como a Rede Cegonha. Nesse sentido, o aleitamento materno é visualizado como uma das estratégias no combate à mortalidade infantil, uma vez que em todo mundo ele reduz em até 13% as mortes de crianças menores de cinco anos por causas evitáveis (BRASIL, 2012a).

Por conseguinte, diante dos benefícios irrefutáveis da amamentação para a criança, mulher e sociedade, a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) e Ministério da Saúde (MS) é que as crianças sejam alimentadas exclusivamente de leite materno até seis meses de vida e após esse tempo, complementado com outros alimentos até dois anos ou mais. Os profissionais de saúde desempenham um papel fundamental nas ações de promoção, proteção e apoio e, para isso precisam estar preparados não apenas nos aspectos técnicos, mas também há necessidade que eles tenham um olhar abrangente que contemple os aspectos emocionais, culturais e familiares das mulheres. Esse olhar deve reconhecer a mulher como protagonista do processo, valorizando-a, escutando-a e empoderando-a (BRASIL, 2009).

Somado à complexidade e aos desafios que envolvem a prática do aleitamento materno, encontra-se o puerpério. Período em que a mulher passa por modificações locais e sistêmicas que visam retornar a fisiologia desta ao estágio pré-gravídico. O puerpério é um período considerado pelos autores como delicado, o que torna parte das mulheres suscetíveis a determinados agravos, tanto de origens endógenas quanto exógenas, denotando as complicações puerperais. Essas quando ocorrem, trazem desconfortos como dores intensas, febre, mal-estar, anorexia, cefaleia, ansiedade, entre outros (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2010; ARAÚJO, REIS 2012).

O cuidado prestado pelos profissionais de saúde nessa fase torna-se imprescindível, à medida que ele precisa ser contextualizado com as especificidades do puerpério, atender às demandas geradas pelo processo de uma complicação puerperal, quando ocorre, sem perder de vistas o seu papel nas ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Nesse sentido, o cuidado possui um enfoque bem mais amplo do que as palavras curar, tratar, controlar, uma vez que, essas em saúde são reflexos de posturas limitadas, que no fundo supõe uma relação estática, individualizada e individualizante, objetificadora, ou seja, sujeitos alvos de intervenções (AYRES, 2009).

Na concepção de Ayres (2009), o cuidado apesar de passar por competências, tarefas e apoiar-se na tecnologia, não se restringe a elas porque também é inevitavelmente ético, afetivo e estético. Para que a ação assistencial seja revestida do caráter do cuidado, faz-se necessário os saberes técnicos como também os saberes populares, as convicções e valores pessoais. Assim sendo, o cuidado à saúde estará focado no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental. A atitude cuidadora não pode ser apenas uma parcela das práticas em saúde, ela precisa se expandir para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde, atingindo, assim, a perspectiva da integralidade.

O entendimento de integralidade na atualidade abrange a responsabilidade do sistema de saúde com a qualidade da atenção e do cuidado, como também, incentiva o processo de ampliação da escuta dos trabalhadores e serviços de saúde na relação com o usuário, de modo que, não valorize apenas o seu adoecimento e sintomas, mas que vislumbre a sua história, suas condições de vida e necessidades em saúde. A produção de saúde na perspectiva da integralidade torna-se indissociável da produção de subjetividades mais ativas, críticas, envolvidas e solidárias, exigindo a mobilização de recursos políticos, humanos e financeiros que extrapolam o âmbito da saúde (BRASIL, 2010a).

Diante do exposto, ao considerar a importância do aleitamento materno para a saúde da mulher e da criança, em que a lactação poderá ser iniciada em meio a uma complicação puerperal e, ainda, a relevância que a equipe de saúde desempenha nesses processos, surgiu a inquietação em compreender os significados atribuídos pelo ser-mulher que amamenta com complicações puerperais ao cuidado prestado pela equipe de saúde. Assim sendo, as questões de pesquisa que nortearam o presente estudo foram: Como o ser-mulher que amamenta tem percebido o cuidado recebido ao vivenciar uma complicação puerperal? Esse cuidado atende à perspectiva da integralidade? O cuidado prestado nas complicações puerperais vislumbra as especificidades do aleitamento materno, no sentido de promover, proteger e apoiar essa prática? Em busca de respostas para essas questões, foi estabelecido como objetivo do estudo compreender os significados atribuídos pelo ser-mulher que amamenta com complicações puerperais ao cuidado prestado pela equipe de saúde.

PERCURSO METODOLÓGICO

Estudo de natureza qualitativa, que teve como fio condutor o referencial teórico- filosófico a fenomenologia da percepção de Maurice Merleau-Ponty (2011) e referencial teórico-metodológico a fenomenologia hermenêutica de Max Van Manen. O conceito que norteou esse estudo foi que a percepção é “o fundo sobre o qual todos os atos se destacam e ela é pressuposta por eles. O mundo é o campo dos meus pensamentos e das minhas percepções, pois o homem está no mundo e é no mundo que ele se conhece” (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 6). Nessa perspectiva, os sujeitos da experiência estão destinados ao mundo e o corpo é visto numa totalidade, na sua relação com as coisas ao seu redor como fonte de sentidos e não como conjunto de órgãos e o sujeito da percepção é visto como corpo e não como consciência (MERLEAU-PONTY, 2011; TURATTI, 2012).

As experiências vividas que compuseram esse estudo foram obtidas no período de fevereiro a outubro de 2014, em duas maternidades públicas, sendo entrevistadas vinte e oito mulheres que estavam amamentando com diagnóstico de complicação puerperal, na faixa etária de 18 a 42 anos. As puérperas que não apresentaram condições físicas, emocionais e fisiológicas para a realização da entrevista, foram excluídas. Cada sujeito, após leitura, assinou o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Para garantir o anonimato dos sujeitos significativos, seus nomes foram substituídos por nomes de mulheres que são citadas na Bíblia.

A pesquisa atendeu às recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo autorizada pelo parecer consubstanciado de número 485.322, do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (BRASIL, 2012b). Todas as entrevistas foram gravadas, com aquiescência das participantes, em gravador digital, transcritas de forma literal. As entrevistas foram encerradas quando houve repetições dos conteúdos dos depoimentos, havendo, assim, saturação dos dados.

Por fim, a análise seguiu as etapas propostas por Van Manen (1990), as quais foram adaptadas por Santos (2004), a saber: leitura exaustiva do material; análise temática, em que o material foi lido linha a linha, havendo reflexão no que aquela sentença ou agrupamento de sentenças revelavam sobre o fenômeno estudado constituindo-se as unidades temáticas; e por fim buscou-se a convergência entre as unidades temáticas sendo identificado os temas essenciais do conjunto dos dados. Na sequência, reflexão fenomenológica embasada nas

concepções filosóficas de Maurice Merleau-Ponty e do método de Van Manen (1990), que combina características da fenomenologia descritiva e interpretativa, com vistas a compreender os significados atribuídos pelo ser-mulher que amamenta com complicações puerperais ao cuidado prestado pela equipe de saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por meio das descrições experienciais do ser-mulher que amamenta com complicação puerperal, foi possível apreender três temas essenciais, que em conjunto, desvelam o significado atribuído ao cuidado prestado pela equipe de saúde. Os temas que emergiram foram: **Percebendo o relacionamento estabelecido com a equipe; Percebendo as intervenções terapêuticas e Percebendo dificuldades em relação à gestão da maternidade:** “É um desmantelo, aqui está tudo lotado, não tem canto pro povo, tem mulher nas cadeiras, dá pena!”.

Percebendo o relacionamento estabelecido com a equipe

Na voz do ser-mulher o relacionamento com a equipe de saúde é percebido através da comunicação e de atitudes dos profissionais que expressam acolhimento, ajuda e força. No tocante à comunicação, o ser-mulher deseja saber informações sobre seu quadro clínico e, como algumas das entrevistadas também possuíam filhos internados, essa necessidade de esclarecimento estendia-se ao recém-nascido. As descrições experienciais a seguir, demonstram bem esse aspecto:

Eles não me esclarecem nada em relação a minha situação, mas tratam a gente bem, porém explicar o seu o quadro e o que você tem, não explicam nada (choro), a gente não sabe o que está acontecendo e eu fico preocupada, dá vontade de chorar (choro, muito choro), choro porque eu quero ir pra casa (Lidia)

Estou sem saber qual é a doença dele, ninguém explica... Eles explicam de uma forma... Vem um diz uma coisa, vem outro diz outra coisa, aí eu fico sem saber. Está dando alteração no sangue dele sem ele ter nada no corpo, eles mesmo dizem que ele está bem

cl clinicamente mas os exames estão dando alterados. É só em relação ao neném, porque eu quero saber o que é, pra ver se eles agem em alguma coisa, porque vai fazer dezessete dias e nada, é a mesma coisa, exame... Eles vêm olhar mas não liberam. Não sei o que está acontecendo, me sinto perdida porque não sei o que vai acontecer. Porque eu procuro saber e ninguém fala, é a mesma coisa, não resolvem nada (choro). (Isabel)

Eu, sinceramente, já perguntei várias vezes, eu queria que me detalhassem que tipo de infecção, porque deu e não me explicam, só dizem que é infecção porque você teve bolsa rota e eu não sou médico para saber o que é bolsa rota. Procurei até na internet o que era isso e eu acho que o médico deveria sentar e explicar melhor: você teve bolsa por isso e isso, as consequências podem ser, isso e isso, o tratamento é esse, esse e esse...Acho que isso deveria ser mais bem explicado, porque eu sou leiga nesse assunto, então como posso saber? A mesma coisa com a menina, disseram que o dela é uma bactéria, sim, mas que bactéria, onde pegou, o que é isso? Não explicam, eu acho uma falha muito grande com relação a isso, não tem essa explicação, ficando a desejar. Me sinto desrespeitada totalmente porque é como tivessem dizendo assim: Não adianta explicar, porque você não vai saber o que é isso, então você não precisa saber, precisa saber que tem que tomar um medicamento, pronto e acabou. Eu vejo assim, eles colocam seu conhecimento total e não pode compartilhar, acho que todo mundo tem direito de saber como foi que pegou, como foi o tratamento, se corre o risco de voltar essa infecção, caso volte o que fazer? (Rispa)

Os processos de comunicação nos serviços de saúde e, em especial, na área hospitalar são difíceis e dinâmicos. O alto fluxo de informações e o grande número de profissionais de diferentes equipes assistenciais, além da grande demanda de atividades, acarretam uma necessidade constante de atualização e troca de informações com os usuários, os familiares e as equipes (BRASIL, 2013). Nesse sentido, o presente estudo reflete parte dessas dificuldades relacionadas ao processo de comunicação estabelecido entre o ser-mulher e os profissionais de saúde. Nas descrições experienciais do ser-mulher com complicações puerperais emerge a necessidade de informações claras e fidedignas em relação ao seu quadro clínico e o do seu bebê, pois as mensagens verbais emitidas pelos profissionais de saúde nem sempre são compreendidas, ou pior, para parte das entrevistadas há ausência de respostas para os questionamentos, constituindo-se uma lacuna no cuidado prestado. Ao perceber que essa necessidade de informações não foi devidamente atendida, o ser-mulher fica preocupada, insatisfeita, insegura, perdida e desrespeitada. Dentre os fatores elencados pelo ser-mulher como dificultador do processo de comunicação estão o uso da linguagem técnica e a rotatividade dos profissionais de saúde.

A linguagem técnica e conseqüentemente os conhecimentos dos profissionais são questionados à medida que não esclarecem as dúvidas que a puérpera vivencia durante o seu processo de adoecimento e/ou do filho. O ser-mulher ao descrever sua experiência, solicita que seja estabelecido um diálogo acessível e compreensível com os profissionais de saúde. O hábito de utilizar termos técnicos é adquirido durante o processo de formação dos profissionais, constituindo-se uma fala instituída que para o ser-mulher tornou-se uma barreira na comunicação, favorecendo o distanciamento entre ela e os profissionais.

Outro aspecto que fortalece as dificuldades de comunicação vivenciadas pelo ser- mulher que amamenta com complicação puerperal é a rotatividade dos profissionais. A puérpera vivencia informações desconhecidas, fornecidas por uma equipe de saúde que provavelmente também experimenta problemas no processo de comunicação entre eles. Essa dificuldade reflete diretamente na qualidade e segurança do sujeito atendido, sendo que as falhas de comunicação são consideradas mais intensas, entre os profissionais médicos e demais integrantes da equipe de saúde (BEHRUZI et al., 2009; BRASIL, 2013; ZWARENSTEIN et al., 2013).

Por conseguinte, estudos apontam que a comunicação desejada pelos sujeitos que estão sendo assistidos nos diversos segmentos da área da saúde é àquela que possui característica de empatia entre os

profissionais e clientela assistida, focada nas necessidades e expectativas dela, norteadas pelo diálogo, na troca de opiniões e dúvidas. Há um desejo latente nos sujeitos de serem vistos de forma singular e na totalidade do seu ser (GAMA et al., 2009; SILVA; SÁ; MIRANDA, 2013; PIRES; CAVACO, 2014).

Os pensamentos de Merleau-Ponty (2011) apontam caminhos para o estabelecimento de uma comunicação com as características almejadas pelos sujeitos atendidos nos serviços de saúde. Ao tecer considerações acerca da fala, o filósofo defende que ela poderia superar a dicotomia entre sujeito e o objeto, uma vez que para ocorrer uma comunicação efetiva faz-se necessário destacar a noção corpórea da expressão, sendo a fala a expressão de um corpo inserido no mundo. Na visão do autor, a compreensão da fala do outro é a mesma do gesto corporal, sendo que a comunicação ou a compreensão dos gestos do outro ocorre pela interação entre as minhas intensões e os gestos dos outros, entre os meus gestos e intenções na conduta do outro. É como se a intenção do outro habitasse o meu corpo ou como se as minhas intenções habitasse o seu, eu o compreendo à medida que o assumo como fazendo parte do meu próprio comportamento. A comunicação é realizada com um sujeito falante que possui um certo estilo de ser com um “mundo” ao qual ele visa.

Assim sendo, necessita o profissional de saúde fazer um movimento de sair do seu mundo mecanicista e biologista para adentrar no mundo vivido do ser que é assistido por ele, compreendendo que aquele ser é dotado de subjetividade e possui necessidades físicas, emocionais e sociais semelhantes as dele. Por meio desse movimento, a compreensão dos gestos, das expressões faciais e corporais será mais clara, tornando o processo de comunicação eficaz entre os profissionais e o ser-mulher. Sendo assim, a linguagem a ser utilizada, não é a técnica, mas uma linguagem clara, frequente, honesta e compreensível, à medida que esclarece o diagnóstico e a definição de condutas durante o processo de hospitalização, sendo um importante instrumento de conforto e segurança para o ser-mulher com complicação.

No que diz respeito ao relacionamento, as atitudes de força, a atenção e o acolhimento dos profissionais para com o ser-mulher, destacam-se como importantes para vencer as dificuldades provenientes das complicações puerperais. As falas a seguir mostram as atitudes que foram elencadas.

Às vezes eles vem aqui na minha cama, me ver chorando e pede para eu não ficar

*chorando, que vai ficar tudo bem, me dão força, todas elas me dão força (Rebeca)
Todo mundo me deu força, a equipe dizia você vai superar, quando acordei ainda estava entubada, todo mundo comemorou, isso foi muito bom, dali eu senti que iria viver, apesar de ainda estar com um pouco de medo (Dorcas)*

*Mas o atendimento daqui, é totalmente diferente, é outro nível a gente tem mais atenção aqui, toda hora vem uma enfermeira, duas, perguntando como a gente está, se está precisando de alguma coisa, estão aqui perto, ou a gente pode ir lá também (Tamar)
...desde do começo que eu cheguei aqui eu fui muito bem cuidada pelos profissionais, eles me dão atenção, nunca fui tratada com estresse aqui (Miriã)*

Nem se compara, o atendimento aqui, para começar pela higiene, eles me acolheram, nem parece que somos paciente, parece da família, brincam, conversam (Ester)

O internamento e as intervenções que são necessárias diante do quadro de uma complicação puerperal desencadeiam no ser-mulher sentimento de insegurança, que foi expresso por meio do choro e da palavra medo durante a entrevista. Assim, o fato de a equipe de saúde aproximar-se dela e demonstrar preocupação foi considerado um diferencial no cuidado recebido. A força percebida pelas entrevistadas foi descrita de duas maneiras distintas: como conforto no momento do choro e energia que impulsionou para a vida, levando o ser-mulher a acreditar que iria superar aquele momento difícil.

Outra atitude reconhecida pelo ser-mulher foi a atenção, sendo definida como alguém que se preocupa e está próximo dela, disponível para qualquer eventualidade. A equipe de enfermagem foi citada com destaque dentre as outras categorias profissionais, o que não foi surpresa, uma vez que outros estudos evidenciam esse diferencial, reconhecido não apenas por aqueles que são cuidados mas também pelos próprios profissionais. Por conseguinte, estar presente, perceber o sofrimento de outrem e desenvolver uma relação de ajuda e confiança, no intuito de aliviar o sofrimento físico e emocional, são alguns dos

aspectos presentes no processo de trabalho da enfermagem que é o cuidar. A enfermagem possui o cuidado em sua essência, sendo uma ciência e uma prática que se faz a partir do reconhecimento de que o ser humano demanda cuidados de natureza física, psicológica, social e espiritual durante toda a vida (SANNA, 2007; DANTAS, ROSSATO, ROCHA, 2012; SANTOS et al., 2013; GARCIA et al., 2014).

O acolhimento foi outra atitude dos profissionais de saúde identificado pelo ser-mulher como relevante no relacionamento estabelecido com a equipe. A conversa, a brincadeira e a proximidade da equipe, lembra ao ser-mulher o convívio familiar. Interessante perceber que na fala da puérpera há uma referência ao fato de que “nem parece que elas são pacientes”, denotando que no imaginário do ser-mulher há uma separação entre profissionais e pacientes, na qual não existe razão em haver qualquer tipo de interação.

As palavras, força, atenção e acolhimento surgem nas descrições experienciais do ser-mulher como forma de descrever que o relacionamento estabelecido com os profissionais foi desenvolvido de forma satisfatória. As falas encontradas nessa pesquisa são semelhantes e vão de encontro a outros estudos que tratam dessa temática. Independente das razões que levaram os sujeitos a procurarem os serviços de saúde, conforto, bem-estar, segurança, tranquilidade, atenção, carinho, respeito e atitude de amparo, descrevem resumidamente as expectativas e necessidades que eles possuem acerca dos relacionamentos estabelecidos com os profissionais que os assistem (MILBRATH et al., 2010; BEHRUZI et al., 2011; GARCIA et al., 2014).

Particularmente, o acolhimento implica uma atitude de inclusão e também um dispositivo de qualificação da escuta, conversa, interlocução, diálogo, vínculo e acesso responsável. Permite aos profissionais entender as necessidades de saúde apresentadas e responsabilizarem-se pelas pessoas que os procuram. Acolhimento envolve uma ação de “estar com” ou “estar perto de”, como também ao compromisso de acolher o outro em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida. Constitui-se uma das diretrizes de maior importância na Política Nacional de Humanização do SUS (BRASIL, 2010b; BRASIL, 2011a).

O acolhimento está presente em todas as relações e encontros que fazemos na vida, entretanto parece ter ficado difícil exercer o acolhimento em nossas práticas diárias. O avanço de políticas com a concepção de Estado mínimo na reconfiguração da máquina estatal, na dinâmica, na expansão e acumulação do capital no mundo, tem

produzido efeitos assoladores no que se refere à precarização das relações de trabalho e emprego. O impacto desse processo nas relações intersubjetivas é igualmente devastador, na medida que as reduz, na maioria das vezes, ao seu valor mercantil de troca. O processo de anestesia da nossa escuta e de produção de indiferença diante do outro, em relação às suas diferenças e necessidades, tem produzido em nós, a sensação falsa de proteção do sofrimento. Porém esses processos contribuem para o isolamento, nos tornam insensíveis e fragiliza os laços coletivos (BRASIL, 2010b).

Não distante dessa realidade está o setor que produz os serviços de saúde. Os profissionais de saúde, em linhas gerais, apresentam comportamentos que dificultam concretizar relacionamentos que sejam terapêuticos, ou seja, nos parâmetros explicitados nesse estudo e nos outros que foram citados anteriormente. Essa dificuldade foi em parte relatada nos depoimentos do ser-mulher que amamenta e vivencia uma complicação puerperal, quando referiu fragilidades percebidas no processo de comunicação, bem como no “estresse e distanciamento dos profissionais”, que eram esperados, porém não ocorreram.

Assim, a construção de relacionamentos na saúde, que sejam terapêuticos, voltados para a relação interpessoal, com afeto, carinho, delicadeza, sensibilidade, é um desafio permanente, o qual passa pela necessidade em transpor de uma consciência constituinte, para uma consciência perceptiva. Em outras palavras, a consciência constituinte não considera o mundo vivido, ela formula acerca das experiências sem considerar o mundo. Por outro lado, a perceptiva é aquela que está aberta ao mundo, ligada a um corpo, sendo uma maneira única do “outrem aparecer no cume do meu corpo fenomenal e receber uma espécie de localidade” (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 471).

Na perspectiva de uma consciência perceptiva é possível visualizar a intencionalidade que está presente no corpo do ser-mulher com complicação puerperal. Uma intencionalidade que é expressa através da fala e dos gestos expressos no seu corpo, sendo um caminho a ser trilhado pelos profissionais de saúde, no sentido de considerá-la como um ser único e autônomo, que apresenta necessidades semelhantes ao do ser que presta o cuidado.

Percebendo as intervenções terapêuticas

As intervenções terapêuticas que o ser-mulher é submetido durante o processo de hospitalização com complicação puerperal, foi o segundo tema essencial que emergiu nos discursos referentes ao cuidado recebido. Essas intervenções foram percebidas por meio da realização dos curativos como também em falhas na condução terapêutica,

denotando, em algumas situações, atos de violência e desatenção para com as necessidades físicas e emocionais da puérpera. A seguir, tem-se relatos que descrevem a visão do ser-mulher quanto à realização do curativo da ferida operatória infeccionada.

O negócio é quando eles vem refazer o curativo, em uns sabe fazer, tem outros que judia com a pessoa, com as carnes da pessoa, aí faz o curativo com ignorância, o que passei aqui chega eu gritei, com a ignorância dele, ele não estava sabendo fazer, as meninas até choraram aí com pena de mim, de tanto que eu gritei com a dor, pegaram o menino e foram para outra sala. Ele veio fazer o curativo com ignorância, fechou com a ignorância dele, amanheci toda doída a cirurgia... (Rebeca)

Sofri demais nos três primeiros dias do curativo, doeu bastante, eles abrem no cru, dói, mas é o trabalho delas (Tamar)

Todo dia tem que estar trocando curativo, todo dia tem que estar sendo cutucada, todo dia é uma dor, todo dia é um procedimento diferente, não é nada bom não (Eunice)

A realização do curativo para o ser-mulher é um momento que está associado à dor e sofrimento. Elas sentem seus corpos invadidos, “cutucados” e, a depender de quem realiza, essa dor poderá ser maior ou menor, interpretada em situações mais extremas como uma “judiação”. Interessante perceber que apesar do procedimento ser dolorido, o ser-mulher espera por parte dos profissionais maior solicitude no trato com sua ferida, pois em sua visão há aqueles que sabem fazer, ou seja, que tem mais cuidado no manuseio da ferida e há outros que fazem com “ignorância”. Apesar de não haver referência direta de qual categoria profissional atuou na realização dos curativos, é do conhecimento geral que compete à enfermagem a realização dos curativos diariamente. Entretanto, através das descrições experienciais não é possível saber se os procedimentos foram realizados por técnicos de enfermagem ou enfermeiros.

A infecção puerperal constitui-se nos processos infecciosos após o parto por causas genitais (infecções do útero, infecções da ferida

operatória e anexos) e por causas extragenitais (ingurgitamento mamário, mastite, tromboflebite, complicações respiratórias e infecções urinárias), sendo as mais comuns as infecções do trato genital ou da ferida operatória. A enfermagem exerce um papel importante nas infecções puerperais, tanto nos aspectos curativos como nos preventivos. Nesse sentido, é papel da equipe avaliar e limpar diariamente as feridas cirúrgicas infectadas sendo que, caso a dor seja de grande intensidade, haverá indicação de analgésicos durante a realização dos curativos. A puérpera deve ser avaliada de forma holística, considerando as dimensões nutricionais e emocionais, que são fundamentais na recuperação da ferida (MEDEIROS; SOUZA, 2010; SANTOS, 2011; ARAÚJO; REIS, 2012).

Infelizmente, nas descrições experienciais do ser-mulher emerge a realização dos curativos de forma técnica em que a dor e o sofrimento é desconsiderado, uma vez que, mesmo diante de “gritos”, a indicação clínica de analgésicos no manuseio da ferida é esquecida, denotando indícios de violência contra a puérpera. Esses indícios também foram relatados em outras situações vivenciadas pelo ser-mulher durante o internamento, como mostram as falas que se seguem,

Quando me questiono, tento identificar os culpados, eu, ele (marido), os médicos, o hospital, a assistência que não me deram. Fizeram tudo rápido...quando foram colocar a sonda, um enfiou, depois outro, começou o sangueiro e a enfermeira falou: vamos doutor que ela está sangrando muito, me levaram para sala de parto, não me deixaram tomar banho quando cheguei, era uma pressa...Me deixaram sozinha, porque era hora do jantar, fiquei sozinha e não soube como agir, foi tudo errado; (Ester)
E realmente na hora da cirurgia o anestesista, um cavalo batizado, me dizia que eu tinha que levantar a cabeça, mas eu não conseguia com a dor, aí ele falou pra mim: levante porque se sua anestesia não der certo, você vai para o bé-lé-léu. A auxiliar viu que ele foi tão grosso, que me ajudou a levantar a cabeça; (Raabe)

Não tenho o que reclamar da equipe, médicos e enfermeiros, às vezes eu é que fujo do medicamento para vim dar de mamar ao meu filho, é tanto, que eu levo tanto carão. Mas, por que? Porque colocam o horário do medicamento na hora da mamada, então, eu acho mais importante dar de mamar do que tomar o remédio, posso tomar depois, na minha cabeça, né? (Noemi)

Ester busca encontrar culpados e explicações para o fato de ter adoecido com uma complicação puerperal. Na busca por respostas, ela narra a assistência que teve durante o processo de parturição. Em sua percepção, foi cuidada de forma apressada, desde a passagem da sonda vesical, o que levou a um sangramento considerável, até o acesso ao banho que lhe foi negado. Relata ainda, que se sentiu sozinha, pois os profissionais ausentaram-se devido ao horário da refeição. Uma outra forma de violência é relatada por Raabe, que descreve o anestesista como “um cavalo batizado”, pois devido às dores que estava sentindo, não conseguiu atender às orientações do profissional quanto ao posicionamento para a anestesia. Como não foi atendido, o médico a ameaçou com provável morte caso o procedimento não obtivesse êxito.

Na descrição experiencial de Noemi, há de maneira velada uma outra forma de violência. Horários de medicação incompatíveis com a amamentação, obrigando-a a “fugir” dos profissionais para exercer um direito dela e do seu bebê, que é o de amamentar. Conclusão, o ser-mulher opta pelo filho e a medicação fica para qualquer outro horário.

A violência contra a mulher no processo de parturição tem sido uma temática abordada em estudos tanto nacionais como internacionais, demonstrando que o problema não se restringe apenas ao Brasil. A violência obstétrica é conceituada como todos os atos praticados contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva. Esses atos podem ser tanto do caráter físico, como psicológico, sexual, institucional e material (BOWSER; HILL, 2010; AGUIAR; D’OLIVEIRA, 2011; DOSSIÊ..., 2012).

De acordo com a descrição conferida a cada caráter, no presente estudo, os relatos do ser-mulher demonstram violências de caráter físico, psicológico e institucional. As ações violentas de caráter físico, são aquelas que incidem sobre o corpo da mulher causando dor ou dano físico (BOWSER; HILL, 2010; DOSSIÊ..., 2012). As falas que descrevem a realização dos curativos sem a utilização de medicamentos

para alívio da dor ou ainda a passagem de sonda de forma apressada são exemplos desse tipo de violência.

A violência de caráter psicológico é conceituada como qualquer ação verbal ou comportamental que provoque na mulher sentimentos de inferioridade, abandono, medo, insegurança e perda da dignidade e integridade (BOWSER; HILL, 2010; DOSSIÊ..., 2012). Os relatos de Ester, que descreve a solidão vivenciada durante o processo de parturição bem como a forma grosseira e a ameaça sofrida por Raabe no centro cirúrgico pelo anestesista, exemplificam essa forma de violência na presente pesquisa. Por fim, a de caráter institucional, que é definida como ações ou formas de organização que dificultam, retardam ou impedem o acesso da mulher aos seus direitos instituídos (BOWSER; HILL, 2010; DOSSIÊ..., 2012). À luz dessa conceituação, Noemi vivenciou uma violência institucional, ao encontrar dificuldade para amamentar seu filho devido aos horários pré- estabelecidos dos antibióticos.

Em conjunto, as intervenções terapêuticas percebidas pelo ser-mulher que amamenta com complicações puerperais refletem um cuidado prestado por profissionais de saúde a um corpo físico, voltado para a objetividade e realização de tarefas, como fazer curativos, analgesia, passar sonda e administrar medicamentos. A promoção, proteção, apoio ao aleitamento materno e cuidados recebidos não foram percebidos pelo ser-mulher durante o internamento, ao contrário, os horários de medicação estabelecidos visavam apenas um corpo doente. Por conseguinte, o cuidado descrito pelo ser-mulher, na sua essência, não ultrapassa a dimensão técnica e profissional, que em determinadas situações há presença de certos tipos de violências. Esse tipo de cuidado é questionado, à medida que não responde às reais necessidades do ser que é assistido nos estabelecimentos de saúde. O cuidado almejado é aquele que contempla o ser na sua integralidade, e não como um “corpo”, visto em suas partes, sendo um passo importante no processo de requalificação da relação entre a equipe de saúde e clientela assistida (AGUIAR; D’OLIVEIRA, 2011; BRASIL, 2011a).

Nesse sentido, ao refletirmos acerca das concepções de Merleau Ponty encontramos princípios para um cuidado norteado pela visão integral do ser, que extrapola o limite do corpo físico, ao contemplar um ser que possui um corpo ancorado no mundo, em constante interação consigo mesmo e com os outros. O filósofo contrapõe-se ao discurso do corpo como um conjunto de partes distintas em si e ressalta que é necessário diferenciá-lo de um simples objeto da biologia, da psicologia e da sociologia. Ele reforça que tudo aquilo que sabemos do mundo,

mesmo por ciência, sabemos a partir de uma visão minha ou de uma experiência do mundo sem o qual os símbolos da ciência não poderiam dizer nada. Todo universo da ciência é construído sobre o mundo vivido, o corpo é considerado a partir da experiência vivida (NÓBREGA, 2010; MERLEAU-PONTY, 2011).

Merleau-Ponty (2011) ao discorrer sobre o processo de objetivação que o corpo vivo passou, ressalta que as manifestações que faz com que o corpo apareça no exterior, foram resolvidas pela fisiologia mecanicista como uma série de relações causais, convertendo o corpo em uma coisa sem interior. As posições afetivas, dor ou prazer, são ligadas a um mecanismo psicofisiológico. Assim, o corpo vivo, que é a expressão de um Ego concreto, deixa de ser meu corpo para tornar-se um objeto entre todos os outros, não passando de uma máquina. Paralelamente, o corpo do outro não pode surgir para mim como um invólucro de um outro Ego. “O primeiro ato filosófico seria então retornar ao mundo vivido aquém do mundo objetivo, já que é nele que poderemos compreender tanto o direito como os limites do mundo objetivo” (MERLEAU-PONTY, 2011 p. 89).

O retorno ao mundo vivido para os profissionais de saúde fundamenta-se em redimensionar e transcender a própria existência, no sentido de compreender a ligação do corpo com o mundo como também o elo existente entre os sujeitos. Assim, o corpo passa a ser entendido como algo sensível, sendo o mundo o seu prolongamento e deixa de ser visto como corpo-objeto ou um corpo qualquer sem interior. Nessa perspectiva, os cuidados ministrados ao ser-mulher que amamenta com complicação puerperal será voltado para a mulher em sua plenitude, como ser único, que naquele momento está exercendo um papel maternal imbuído de expectativas e medos. Nas descrições experienciais há um apelo por competência técnica mas também de maior sensibilidade e mais atenção.

Desse modo, o fio condutor do cuidado não será estático e sim dinâmico, alicerçado nas experiências vividas do ser-mulher extrapolando a mera repetição de técnicas e procedimentos. Por conseguinte, haverá maior envolvimento dos profissionais com as questões pertinentes à amamentação, não isolando-a do cuidado que necessita ser ministrado à mulher com complicações puerperais. O planejamento e execução desse cuidado será assim permeado por ações que efetivamente irão contemplar a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.

Percebendo dificuldades em relação à gestão da maternidade

O ser-mulher que amamenta com complicação puerperal ao descrever a experiência vivida no cuidado prestado pela equipe de saúde, ressalta dificuldades que estão relacionadas à gestão do hospital, como a superlotação da maternidade, escassez de recursos humanos e infraestrutura. A seguir, foi extraído das falas, trechos que demonstram os desconfortos advindos dessas dificuldades.

O que eu tenho que reclamar daqui é a pessoa ficar no corredor e ficar passando de um lado para o outro, não é culpa dos médicos e enfermeiros e sim, dos administradores. (Noemi)

É um dismantelo, aqui tá tudo lotado, não tem canto para o povo, tem mulher nas cadeiras, dá pena! O povo reclama, pelo menos aqui estou bem, estou numa cama (Bate-Seba)

Mas é como te falei é muita gente aqui, aí tem que correr atrás deles para colocar um gelo por exemplo, mas eles me avisam, é de quatro em quatro horas, realmente aqui é muita mãe, muito bebê (Hagar)

Várias vezes eu vim lá do outro lado, debaixo de chuva, sol e sereno para amamentar ele, não me arrependo não. Quando eu estava do outro lado, passava muito mal porque é longe o trajeto, eu subia as escadas, aí eu chegava aqui na UTI, dava um carinho nele e já estava com as vistas escurecendo, passando mal. Lá, eu tinha que voltar de cadeira de rodas, mas eu vinha debaixo de chuva, em tempo de escorregar na rampa, mas eu chegava, devagarzinho e sempre, mais importante é ele, eu acho que ele vai crescer e ficar forte com o leite (Noemi)

Noemi e Bate-Seba, descrevem enfermarias lotadas com puérperas nos corredores, em cadeiras e a disponibilidade de leitos termina sendo um diferencial de bem-estar para aquelas que necessitam da assistência prestada pela maternidade. Essa superlotação percebida pelas puérperas repercute diretamente na qualidade do cuidado prestado,

à medida que o ser-mulher é responsabilizado por ações que competem à equipe de enfermagem, como a colocação de bolsa de gelo, por exemplo. A inadequação da estrutura física para atender às reais necessidades de leitos da clientela assistida pela maternidade é reforçada no discurso de Noemi. Devido à superlotação, parte das puérperas são destinadas a ficarem internadas em prédio anexo à unidade de terapia intensiva neonatal. Dessa forma, o ser-mulher para amamentar precisa passar por várias barreiras, como escadas e rampas, denotando um esforço físico extra para alguém que se encontra debilitada clinicamente, devido ao quadro de complicação puerperal. Assim sendo, a infraestrutura da maternidade torna-se um dificultador para o exercício da prática da amamentação.

Vale salientar que a maternidade em questão é referência de atenção terciária materno infantil para o Estado do Rio Grande do Norte e tem enfrentado sérios problemas devido ao não funcionamento e resolutividade das outras maternidades localizadas no município de Natal (FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS, 2013). Portanto, das descrições experienciais do ser-mulher surge uma outra dimensão da integralidade, a política, conceituada como uma bandeira de luta que exprime um conjunto de valores por uma sociedade mais justa e solidária, respeitando as particularidades dos diferentes grupos populacionais, garantindo tanto ações de prevenção quanto assistenciais (MATTOS, 2009).

Particularmente, no que tange às políticas voltadas para o público materno-infantil, destaca-se a estratégia governamental denominada Rede Cegonha, implantada em 2011, com o objetivo de implementar uma rede de cuidados que assegurem às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, parto e ao puerpério e às crianças ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Dentre as ações do componente parto e nascimento está a garantia de leitos obstétrico e neonatais bem como recursos humanos suficientes, competentes e comprometidos (BRASIL, 2011b).

As experiências vividas pelo ser-mulher com complicação puerperal traz à luz uma realidade que está distante do que preconiza a Rede Cegonha. A reversão desse quadro não está apenas nas mãos do gestor local, mas necessita da soma dos esforços dos gestores municipais e estaduais, como também do próprio governo federal em aprofundar as discussões na busca de soluções viáveis e contextualizadas com a necessidade e realidade local, a fim de

proporcionar um cuidado que contemple a integralidade nas questões políticas que envolvem a assistência.

Apesar de inquestionável a relevância das adequações na infraestrutura da maternidade para a qualidade do cuidado prestado à mulher que amamenta com complicações puerperais, há uma outra perspectiva de espaço que corrobora com as discussões e aprofundamentos das questões referentes a um cuidado com vistas à integralidade, que é a espacialidade do corpo, em outras palavras, a de que corpo e espaço se implicam mutuamente. Merleau-Ponty (2011) opõe-se à ideia de que o espaço está relacionado ao concreto e suas localizações absolutas. O filósofo advoga que o espaço encontra-se desenhado no nosso corpo havendo uma correlação inseparável, constituindo-se uma espacialidade corporal de situação e não de posição. Por conseguinte, os lugares do espaço se definem em torno de nós, no alcance dos nossos objetivos ou dos nossos gestos.

O ser-mulher, enquanto sujeito encarnado, ancora-se no mundo no sentido de ser mãe lactante vivenciando uma complicação puerperal e assim busca seu modo de espacialidade, caminha e desloca seu próprio corpo na direção dos outros corpos. Os profissionais de saúde ao compreenderem a espacialidade como desdobramento de um corpo fenomenal ministrarão um cuidado voltado ao ser-mulher que se projeta no mundo, buscando suas aspirações e motivações. Nesse sentido, o cuidado ministrado será enraizado na existência da puérpera e atenderá às necessidades de alguém que se encontra acometido por um estado patológico, mas que também possui outra motivação e aspiração, a de ser mãe que cuida de outro ser, superando e ultrapassando seus próprios limites para exercer, por exemplo, a prática do aleitamento materno em plenitude. Os profissionais de saúde sensíveis a essas facetas do cuidar, tornar-se-ão grandes aliados do ser-mulher, junto aos gestores de modo geral, na busca e luta pelo tão almejado cuidado integral.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa possibilitou-me compreender os significados atribuídos ao cuidado prestado pela equipe de saúde ao ser-mulher que amamenta com complicação puerperal. Os três temas essenciais desvelados nesse fenômeno demonstram que o cuidado é percebido através do relacionamento estabelecido com a equipe, por meio das intervenções terapêuticas e das dificuldades em relação à gestão da maternidade. Diante dos temas essenciais é possível apreender que o cuidado, percebido pelo ser-mulher, prestado pelos profissionais de

saúde está voltado a um corpo físico visto em partes, para a objetividade e realização de tarefas. Porém, o desejado pelo ser-mulher ao vivenciar a complicação é aquele voltado para a totalidade do ser, ou seja, que ela não seja considerada apenas como “mais um corpo doente”.

A partir da percepção do ser-mulher é possível a construção de caminhos a serem trilhados pelos profissionais de saúde na busca de um cuidado integral que contemple a mulher no seu mundo vivido, considerando-a como um ser único que possui necessidades e expectativas voltadas àquele momento singular de sua história. Dessa forma, a mera repetição de técnicas e procedimentos serão extrapolados, as formas de violência contra a mulher serão mitigadas, sendo estabelecidos relacionamentos terapêuticos que valorizam a linguagem corporal, facial e até o silêncio do ser-mulher, proporcionando um cuidado que produza na puerpera satisfação e segurança.

A pesquisa evidencia ainda que corrobora com esse cuidar integral a disponibilidade de estrutura física adequada, sendo um fator que incomodou o ser-mulher a ausência de leitos e a localização geográfica da UTI neonatal em relação ao local que ela fica internada. Soma-se a essa lacuna a necessidade de um olhar para o ser-mulher na perspectiva de sujeito encarnado, que possui a sua própria espacialidade. Acredito que a visão fenomenológica do corpo, pelos profissionais de saúde e gestores, é uma das formas de contribuir com as discussões em torno do fortalecimento e efetivação das diretrizes estabelecidas pela rede cegonha para o cuidado das mulheres e crianças do nosso País.

Apesar de o aleitamento materno emergir de forma discreta no contexto do cuidado ministrado ao ser-mulher com complicação puerperal, considero que o estudo foi exitoso ao demonstrar que os profissionais de saúde, ao prestarem assistência ao ser-mulher, envolvem-se com as questões relacionadas à complicação puerperal em si e colocam de lado a amamentação. Por conseguinte, a pesquisa também aponta para uma reflexão da equipe, particularmente a enfermagem, no sentido de compreender que as ações de proteção, promoção, e apoio ao aleitamento, no contexto da complicação puerperal, devem ser planejadas e executadas de modo a contemplar a experiência vivida dessas mulheres, ultrapassando os conceitos e pré-conceitos que os profissionais possuem em torno da lactação.

Dessa forma, as estratégias traçadas irão vislumbrar as interações estabelecidas do ser-mulher consigo mesmo e com outrem, bem como as diversidades de sentimentos que estão presentes no exercício da maternidade, internamento e no processo da doença. O cuidado será um encontro permeado pela subjetividade, proporcionando aos profissionais

um diálogo vivo com a puérpera, voltado para a totalidade existencial do ser-mulher e a complexidade que é inerente à amamentação, sendo possível à equipe de saúde desvelar os prováveis obstáculos e potencialidades que poderão influenciar no sucesso da lactação.

O presente estudo possui como limitação o fato de ter sido realizado em duas maternidades públicas, o que reflete os significados atribuídos ao cuidado prestado pela equipe de saúde ao ser-mulher que amamenta com complicação puerperal daqueles contextos. Assim sendo, recomenda-se a realização de novas pesquisas a fim de aprofundar a temática em outros contextos.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A. F. L. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface**, Botucatu, v. 15, n. 36, jan./mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000100007>. Acesso em: 25 jan. 2015.

ARAÚJO, L. A.; REIS, A. T. **Enfermagem na prática materno-neonatal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

AYRES, J. R. C. M. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESQ, 2009.

BEHRUZI, et al. The facilitating factors and barriers encountered in the adoption of a humanized birth care approach in a highly specialized university affiliated hospital. **BMC. Women's health**, v. 11, n. 53, p. 1-15, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3297517/>>. Acesso em: 24 jan. 2015.

BOWSER, D.; HILL, K. **Exploring evidence for disrespect and abuse in facility based childbirth: report of landscape analysis**. [Boston], 2010. Disponível em: <http://www.mhtf.org/wp-content/uploads/sites/17/2013/02/Respectful_Care_at_Birth_9-20-10_Final.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica Saúde da criança. **Nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília, 2009. 112 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL, Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Núcleo técnico da política de humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília, 2010b. 44 p.

BRASIL, Ministério da saúde. Secretaria de vigilância à saúde. Secretaria de atenção à saúde. **Política nacional de promoção à saúde**. 3.ed. Brasília, 2010a.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. 1. ed. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2012b. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 26 jun. 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas e estratégicas. **Caderno Humaniza SUS**. Brasília, 2011a. 268p. v. 3.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Aleitamento materno, distribuição de fórmulas infantis em estabelecimentos de saúde e legislação**. Brasília, 2012a.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília, 2011b.

DANTAS, I. A. S.; ROSSATO, L. M.; ROCHA, M. C. Compreendendo o significado de cuidados paliativos para a enfermagem. **Saúde em Revista**, v. 12, n. 32, 2012. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-unimep/index.php/saude/article/viewArticle/1086>>. Acesso em: 12 dez. 2014.

DOSSIÊ Violência obstétrica “Parirás com dor”. [S.l.], 2012. (Elaborado pela Rede de Parto do Princípio para a CPMI da violência contra as mulheres).

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Manual de orientação assistência ao abortamento, parto e puerpério**. São Paulo, 2010.

FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS. **Situação e funcionamento das maternidades de Natal são discutidos em audiência pública**. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://ptl.fenam2.org.br/portal/showData/403387#>>. Acesso em: 06 fev. 2015. (Reportagem retirada do Sinmed-RN 2013 RN).

GAMA, A. de S. et al. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n.11, p. 2480-2488, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001100017>>. Acesso em: 09 jan. 2015.

GARCIA, S. D. et al. O significado do cuidado perioperatório para o idoso. **Revista de enfermagem UFSM**, jan./mar. 2014, v. 4, n. 1, p. 55-66.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: Abrasco, 2009. p 43-68.

MEDEIROS, G. O.; SOUZA, L. M. Proposta de criação de protocolo de enfermagem para o cuidado de pacientes com abscesso de parede pós cesárea. **Com.ciências saúde**, v. 21, n. 1, p. 1-20, 2010. Disponível em: <http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2010Vol21_1art03propostacriacao.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2015.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

MILBRATH, V. M. et al. Vivências maternas sobre a assistência recebida no processo de parturição. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, jul./set. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452010000300005>> . Acesso em: 04 jan. 2015.

NÓBREGA, T. P. **Uma fenomenologia do corpo**. São Paulo: Editora livraria da física, 2010. 125p.

PIRES, C. M.; CAVACO, A. M. Comunicação entre profissionais de saúde e pacientes: revisão dos estudos que utilizaram o método RIAS (Roter Interaction Analysis System). **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 60, n. 2, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302014000200156&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09 jan. 2015.

SANNA, M. C. Os processos de trabalho em enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 60, n. 2, mar./abr. 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000200018>>. Acesso em: 20 fev. 2014.

SANTOS, E. K. A. **A expressividade corporal do ser mulher/mãe HIV positiva frente à privação do ato de amamentar**: a compreensão do significado pela enfermeira à luz da teoria da expressão de Merleau-Ponty. 2004.347 fls. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

SANTOS, E. K. A. Infecções puerperais. In: BRÜGGEMANN, O. M.; OLIVEIRA, M. E.; SANTOS, E. K. A. **Enfermagem na atenção obstétrica e neonatal**. Curitiba: Progressiva, 2011. 476p.

SANTOS, et.al. Desvelando o cuidado humanizado: percepções de enfermeiros em oncologia pediátrica. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 3, set. 2013 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 jan. 2014.

SILVA, A. M. da; SÁ, M. de C; MIRANDA, L. Concepções de sujeito e autonomia na humanização em saúde: uma revisão bibliográfica das experiências na assistência hospitalar. **Saúde soc.**, v. 22, n. 3, p. 840-852, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902013000300017>>. Acesso em: 09 jan. ANO?

TURATTI, B. O. Implicações da viuvez na saúde: uma abordagem fenomenológica em Merleau Ponty. **Saúde & Transformação**, Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 32-38, 2012.

VAN MANEN, M. **Researching lived experience**: human science for an action sensitive pedagogy. New York: The State University of New York Press, 1990.

ZWARENSTEIN, M. et al. Disengaged: a qualitative study of communication and collaboration between physicians and other professions on general internal medicine wards. **BMC Health Serv Res.**, v. 13, p. 494, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4222762/?tool=pubmed>>. Acesso em: 09 jan. 2014.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A motivação para a realização do presente estudo foi a minha experiência de vida como enfermeira obstetra atuando em sala de parto e alojamento conjunto. Ao prestar cuidado ao ser-mulher que estava amamentando, presenciei inúmeras cenas em que as mães demonstraram angústias por não saberem o que fazer com aqueles recém-nascidos que choravam inquietos e que pareciam não saber mamar. Minhas inquietações e reflexões intensificaram-se, ao observar as taxas de desmame precoce no nosso país e, principalmente, que havia lacunas significativas em estudos que abordassem a amamentação no contexto das complicações puerperais. Assim sendo, diante da importância e complexidade que envolve a amamentação, procurei através dessa pesquisa compreender o significado da experiência vivida para o ser-mulher na amamentação com complicações puerperais. Para atingir tal objetivo, utilizei como referencial teórico-filosófico a fenomenologia da percepção de Maurice Merleau-Ponty, tendo como referencial metodológico a fenomenologia hermenêutica de Max Van Manen.

A fenomenologia foi adotada nesse estudo, por focar exclusivamente a descrição dos fenômenos, colocando de lado quaisquer questões referentes às suas origens causais e sua natureza. Nesse sentido, as concepções de Maurice Merleau-Ponty guiaram-me na compreensão do fenômeno ora proposto, já que em sua visão, a experiência perceptiva é àquela vivida originalmente no corpo em sua totalidade. Através desse corpo é possível nossa existência no mundo, como também é a partir dele que nos relacionamos com os outros. Na concepção do filósofo, os fenômenos não podem ser compreendidos separados do ser que os vivencia na totalidade de sua existência. Diante do exposto, as teorias defendidas por Merleau-Ponty possibilitam a construção de um cuidado em saúde, voltado para a mulher em sua singularidade, subjetividade, inserida no mundo, que está em constante relação, consigo mesma e com os outros. Um cuidado que contemple a mulher que amamenta com complicações puerperais, verdadeiramente holístico.

Para alcançar o objetivo do estudo, entrevistei vinte e oito puérperas que estavam amamentando e vivenciando uma complicação puerperal, internadas em duas maternidades públicas de referência secundária e terciária para atenção obstétrica no Nordeste do Brasil. Os encontros foram permeados pela ética, respeito e diálogo, com vistas a descrever o visto, o sentido, a experiência como era vivida e expressada pelo ser-mulher no seu cotidiano, sem julgamentos e/ou avaliações da

pesquisadora. As informações foram obtidas através de entrevista não estruturadas, que me permitiram encontrar respostas e alcançar o objetivo proposto no estudo. Deste empreendimento resultaram três manuscritos.

O primeiro manuscrito traz contribuições a respeito da produção do conhecimento nos âmbitos nacional e internacional acerca da percepção das mulheres quanto à prática do aleitamento materno, evidenciando e discutindo as semelhanças e diferenças, a fim de gerar um panorama sobre a temática. Os estudos identificados permitem vislumbrar a complexidade da amamentação, uma vez que desperta nas mulheres sentimentos tanto positivos como negativos, sendo um processo que vai além da fisiologia, pois depende das relações estabelecidas com o meio em que a mulher está inserida e do apoio que ela recebe diante das dificuldades vivenciadas. A compreensão dessa complexidade, torna os profissionais de saúde mais sensíveis para perceber as práticas que estimulam e as que desencorajam o aleitamento materno exclusivo.

O segundo manuscrito apresenta como objetivo compreender o significado da experiência vivida para o ser-mulher na amamentação com complicações puerperais, sendo identificado como significado central: AMAMENTAR É MAIS IMPORTANTE DO QUE A SITUAÇÃO VIVENCIADA NA COMPLICAÇÃO PUERPERAL. Emergem ainda dois temas essenciais que convergem para o significado central, a saber: Percebendo o apoio da família e Sentimentos percebidos ao vivenciar a amamentação com complicação. Os resultados revelam que a amamentação vivenciada pelo ser-mulher com complicação puerperal é composta por um conjunto de significados, que surgem de um corpo que não possui apenas a faceta do biológico, mas de um corpo que existe a partir de sua inserção no mundo, nas relações estabelecidas consigo e com os outros. Ao valorizar os significados descritos pelo ser-mulher, os profissionais de saúde e particularmente os de enfermagem que prestam cuidados diuturnamente, podem proporcionar um cuidado permeado pela integralidade, contrapondo-se à visão fragmentada do pensamento cartesiano, com vistas à redução do desmame precoce e conseqüentemente da mortalidade infantil.

O terceiro manuscrito se propôs compreender os significados atribuídos pelo ser-mulher que amamenta com complicações puerperais ao cuidado prestado pela equipe de saúde. Três temas emergiram: Percebendo o relacionamento estabelecido com a equipe; Percebendo as intervenções terapêuticas e Percebendo dificuldades em relação à gestão da maternidade. O cuidado, percebido pelo ser-mulher, prestado pelos

profissionais de saúde, está voltado a um corpo físico visto em partes, para a objetividade e realização de tarefas. Porém, o desejado pela puérpera ao vivenciar a complicação é aquele voltado para a totalidade do ser, ou seja, que ela não seja considerada apenas como “mais um corpo doente”. A partir da percepção do ser-mulher é possível a construção de caminhos que poderão ser trilhados pelos profissionais de saúde na busca de um cuidado integral que contemple a mulher no seu mundo vivido, considerando-a como um ser único, que possui necessidades e expectativas voltadas àquele momento singular de sua história.

Este estudo possibilita-me compreender os significados atribuídos à experiência vivida para o ser-mulher na amamentação com complicações puerperais. Esses significados convergem para o ser-mulher que continua a amamentação mesmo vivenciando os desconfortos advindos das complicações puerperais. Nas descrições experienciais há duas motivações que corroboram para a continuidade da prática. A primeira refere-se aos benefícios imunológicos e nutricionais do leite materno, sendo que para algumas as percepções acerca desses benefícios é tão intensa que a amamentação torna-se uma prática obrigatória. A segunda motivação é o valor atribuído à maternidade, precisamente ao amor maternal, sendo a amamentação interpretada como uma forma de demonstração de carinho e atenção, fortalecendo inclusive os laços afetivos entre mãe e filho.

Ao vivenciar a amamentação durante complicação puerperal, o ser-mulher percebe o apoio da família através da presença física com relevância em dois aspectos. O primeiro, refere-se aos cuidados que são assumidos e ministrados pelos familiares aos recém-nascidos, outros filhos e a própria puérpera. O segundo, a sensação de força e melhora da autoestima, que flui dos familiares, proporcionando trocas entre as mulheres e família. Essa troca é tão intensa, que o contrário também é verdadeiro, ou seja, quando o ser-mulher sente que sua família não acredita em sua recuperação, sua reação torna-se negativa, fazendo-a sentir-se péssima. Porém, esse estado de tristeza é revertido em força, mostrando um ciclo de trocas vivas, de um sujeito sensível que continuamente interage com o mundo, que vivencia as relações e interações com outrem. Nesse sentido, a experiência de amamentar com complicações puerperais leva ao ser-mulher sensações de descobertas familiares relacionadas ao amor e união familiar.

As descrições experienciais também evidenciam os sentimentos que o ser-mulher experimenta ao vivenciar uma lactação com complicação puerperal. Os sentimentos relatados são de tristeza,

desespero, frustração, negação e saudade que estão diretamente relacionados ao processo da doença e ao internamento que aconteceu devido ao agravamento do quadro clínico. Ressalvo que o medo é um dos sentimentos mais intensos que o ser-mulher descreve, havendo referência ao medo da dor, da morte e de contaminação do bebê pelo leite materno.

Compreendi, ainda, que para o ser-mulher os significados atribuídos à experiência vivida na amamentação com complicação puerperal não se restringe apenas ao universo delas, dos bebês e dos familiares, mas também abrange o ambiente onde estão inseridas, como também os relacionamentos e formas como são cuidadas pela equipe de saúde. Assim sendo, o ser-mulher expressa que desejava estabelecer com os profissionais uma comunicação mais clara, com linguagem simples, que esclarecesse suas dúvidas em relação ao seu quadro clínico e o do bebê. As puérperas destacam também, como significativas, as atitudes dos profissionais que expressam acolhimento, ajuda e força. Essas atitudes são reconhecidas como importantes para vencer as dificuldades advindas das complicações puerperais.

Além dessas questões que dizem respeito ao relacionamento, o ser-mulher descreve como percebe as intervenções terapêuticas que são realizadas pelos profissionais diante de uma complicação puerperal. No geral, as intervenções terapêuticas refletem um cuidado prestado por profissionais de saúde a um corpo físico, voltadas para a objetividade e realização de tarefas, havendo presença em algumas situações de atos de violência e desatenção para com as necessidades físicas e emocionais da puérpera. A promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno não são percebidos pelo ser-mulher durante o internamento e cuidados recebidos, ao contrário, os horários de medicação estabelecidos visavam apenas a um corpo doente e constituíram-se em obstáculo para amamentação.

Por fim, a experiência vivida pelo ser-mulher demonstra que os processos de gestão local e do próprio sistema de saúde possuem um impacto significativo na vivência da amamentação com complicação puerperal. A superlotação das maternidades, a escassez dos recursos humanos e infraestrutura deficiente são apontadas como aspectos que repercutem diretamente na qualidade da assistência. Infelizmente, as descrições experienciais trazem à tona uma realidade que está distante das diretrizes preconizadas pela Rede Cegonha e consequente políticas públicas que envolvem a saúde da mulher.

O presente estudo confirma e amplia a minha percepção da complexidade que envolve a amamentação, bem como a minha

convicção da responsabilidade que nós, profissionais de saúde, possuímos nas ações de promoção, proteção e apoio à prática do aleitamento materno e conseqüente redução do desmame precoce. Essa complexidade e responsabilidade intensificam-se na presença de uma complicação puerperal, o que remete a considerações específicas para esse período. Diante dessas reflexões e percepções, sugiro recomendações voltadas para equipe de saúde que prestam cuidado à mulher que amamenta com complicação puerperal, particularmente para os profissionais médicos e os da enfermagem. Os médicos, porque eles possuem na sociedade um saber reconhecido e valorizado, o que os coloca em uma posição de destaque dentre as outras profissões e conseqüentemente uma capacidade de persuasão que poderá ser estratégica, se permeada pelas recomendações que pretendo discorrer. Em relação à enfermagem, percebo que também é uma profissão que possui a característica de ser um divisor de águas, já que são aqueles que prestam assistência diuturna ao ser-mulher. Nesse sentido, eles possuem mais oportunidades de aproximação e estabelecimento de vínculos de confiança do que qualquer outra profissão da saúde.

Diante do exposto, as recomendações são que as ações direcionadas ao ser-mulher que amamenta com complicações puerperais sejam norteadas pela experiência vivida, ou seja, voltadas para um sujeito em si, pelo encontro do ser-mulher com suas vivências e no encontro de suas vivências com as dos outros. Ao adotar essa recomendação, os profissionais de saúde ministrarão um cuidado que vai além das técnicas voltadas a um “corpo doente”, uma vez que será permeado pela subjetividade e intersubjetividade, sendo possível identificar potencialidades e/ou fragilidades que poderão fortalecer e/ou dificultar a prática da amamentação.

Outra recomendação diz respeito aos familiares do ser-mulher. As descrições experienciais demonstram a importância deles, constituindo-se colaboradores no cuidar do ser-mulher, uma vez que ampliam o existir humano das puérperas. Dessa forma, os profissionais devem envolvê-los na assistência, estimulando-os a compreenderem a interação que ocorre entre eles e o ser-mulher e conseqüente influência que exercem no cotidiano vivencial da puérpera. Essa compreensão faz-se necessária à medida que os familiares, quando orientados, poderão ser somados à equipe de saúde no que se refere à proteção e estímulo ao aleitamento.

Vale salientar que a amamentação com complicação puerperal é marcada em certas situações pela hospitalização, o que contribui para a presença de sentimentos como tristeza, desespero, frustração, negação e

saúde, além dos medos da dor, da morte e de passar doença para a criança ao amamentar. Esses sentimentos precisam ser percebidos e considerados pela equipe que presta o cuidado, no sentido de planejar ações que venham minimizá-los. Assim sendo, o cuidado proporcionado ao ser-mulher que amamenta com complicação será permeado pela totalidade do ser, contrapondo-se à visão fragmentada do pensamento cartesiano, com vistas à redução do desmame precoce e, conseqüentemente, a mortalidade infantil.

Na perspectiva da totalidade do ser, a qualidade da comunicação estabelecida entre a equipe de saúde e o ser-mulher com complicação não pode ser esquecida. Para que ocorra uma comunicação efetiva entre eles faz-se necessário que os profissionais façam o movimento de saírem do seu mundo mecanicista e biologicista para adentrar no mundo vivido do ser que é cuidado por eles. Através desse movimento, a compreensão dos gestos, das expressões faciais e corporais será mais clara, tornando o processo de comunicação um instrumento de conforto e segurança, à medida que esclarece as dúvidas da puérpera quanto ao diagnóstico e condutas terapêuticas relacionadas à ela e ao bebê, durante o processo de hospitalização.

Ao considerar o mundo vivido do ser-mulher, os profissionais de saúde transpõem de uma consciência constituinte para uma consciência perceptiva, sendo possível visualizar a intencionalidade que está presente no corpo do ser-mulher com complicação puerperal. Uma intencionalidade que é expressa através da fala e dos gestos expressos no seu corpo, sendo um caminho a ser trilhado pelos profissionais de saúde, no sentido de considerá-las como um ser único e autônomo, que apresentam necessidades semelhantes ao do ser que presta o cuidado.

A última recomendação diz respeito ao envolvimento dos profissionais de saúde nas questões relacionadas à gestão das maternidades, no sentido de estarem sensíveis e de somarem ao pleito do ser-mulher junto aos gestores locais, municipais e estaduais na busca por adequações de estrutura física e disponibilidade de leitos. Acredito que para a construção de um cuidado integral, essas questões não devem passar despercebidas, até porque há políticas públicas no Brasil que legitimam e asseguram o direito de uma assistência digna à mãe e ao bebê.

Espero que essa tese possa, a partir dos significados desvelados, contribuir para a reflexão dos profissionais de saúde acerca do cuidado ministrado ao ser-mulher que amamenta com complicação puerperal, com vistas à efetivação de ações que ultrapassem a dimensão do biológico e das técnicas. Assim sendo, as ações irão contemplar a

puérpera em sua singularidade e cotidiano vivencial, de forma a minimizar a lacuna do que é preconizado pelas políticas públicas em torno da amamentação e saúde da mulher e do que efetivamente é feito na prática.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, R. Esquema corporal e intencionalidade em Merleau-Ponty. In: CONGRESSO DE FENOMENOLOGIA DA REGIÃO CENTRO OESTE, 4., 2011, Goiânia. **Anais...** Goiânia, 2011. 241-250. Caderno de texto.

ARAÚJO, L. A.; REIS, A. T. **Enfermagem na prática materno-neonatal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

AYRES, J. R. C. M. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESQ, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2012c. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 26 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégia amamenta e alimenta Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/amamenta.php>>. Acesso em: 28 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 80 p. (Série I. História da Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Rede Amamenta Brasil: os primeiros passos (2007-2010)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 92 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Iniciativa hospital amigo da criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 18 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Departamento de Atenção Básica. **Aleitamento materno, distribuição de fórmulas infantis em estabelecimentos de saúde e a legislação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 26 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 112 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas e estratégicas. **Pacto Nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Brasília, 2004. 14 p. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/dab/Pacto_Aprovado_na_tripartite.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2015.

CALDIN, C. F. A teoria merleau-pontyana da linguagem e a bibliometria. **Revista Digital de Biblioteconomia e Ciência da Informação**, Campinas, v. 8, n. 2, p. 23-40, jan./jun. 2011.

CAMARGO, J. Silêncio e linguagem em Merleau-Ponty. In: SEMINÁRIO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FILOSOFIA DA UFSCAR, 7., 2011, São Carlos. **Anais...** São Carlos, 2011. Disponível em: <<http://www.ufscar.br/~semppgfil/wp-content/uploads/2012/05/jeoVanecamargo1.pdf>>. Acesso em: 30 jul. 2013.

CERBONE, D. R. **Fenomenologia**. Rio de Janeiro: Vozes, 2012.

CHAUÍ, M. **Convite à filosofia**. São Paulo: Ática, 2000.

CHAUÍ, M. Merleau-Ponty: a obra fecunda. **Revista Cult**, 123. ed. mar 2010. Disponível em: <<http://revistacult.uol.com.br/home/2010/03/merleau-ponty-a-obra-fecunda/>>. Acesso em: 17 ago. 2013.

CUPANI, A. **Crítica do positivismo e o futuro da filosofia**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1985.

DARTIGUES, A. **O que é fenomenologia?** 10 ed. São Paulo: Ceutauro, 2008. Disponível em:

<<http://www.sbu.unicamp.br/seer/ojs/index.php/rbci/article/view/480>>.

Acesso em: 18 jun. 2013.

ENGBRETSSEN, I. M. et al. Gendered perceptions on infant feeding in Eastern Uganda: continued need for exclusive breastfeeding support. **Int Breastfeed J.** v. 5, p. 13, 2010. Disponível em:

<<http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/5/1/13>>.

Acesso em: 10 maio 2013.

ESPÓSITO, V. O homem no cerne do acontecimento vivo. **Revista do instituto Humanitas Unisinos**, São Leopoldo, ano 11, n. 378, out. 2011. Disponível em:

<http://www.ihuonline.unisinos.br/index.php?option=com_content&view=article&id=4154&secao=378>. Acesso em: 06 ago. 2013.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Manual de orientação assistência ao abortamento, parto e puerpério.** São Paulo, 2010.

FORSTER, D. A.; MCLACHLAN, H. L. Women's views and experiences of breast feeding: positive, negative or just good for the baby? **Midwifery**, v. 26, n. 1, p. 116-25, fev. 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18606483>>. Acesso em: 10 maio 2013.

FROTA, M. A. et al. O reflexo da orientação na prática do aleitamento materno. **Cogitare enferm.**, v. 13, n. 3, p. 403-409, jul./set. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reecusp/v30n1/v30n1a06.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2013.

GONÇALVES, R. R. et al. Merleau-Ponty, Sartre e Heidegger: três concepções de fenomenologia, três grandes filósofos. **Estud. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, ago. 2008.

HERNÁNDEZ, L.; VÁSQUEZ, M. L. Practices and beliefs about exclusive breastfeeding by women living in Commune 5 in Cali. **Colomb. méd.** Colombia, v. 41, n. 2, p. 161-170, abr./jun. 2010. Disponível em: <<http://www.libsearch.com/view/1100790>>. Acesso em: 08 abr. 2013.

HONÓRIO, J. A “**má ambiguidade**” na filosofia de **Maurice Merleau-Ponty**. 2012. 137 f. Dissertação (Mestrado em Filosofia) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção da população do Brasil**. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-mortalidade-infantil>>. Acesso em: 26 mar. 2014.

IVO, G. F. S.; CÉSAR, C. M. T. Consciência irrefletida e temporalidade em Merleau-Ponty. In: ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA PUC-CAMPINAS, 13., Campinas, 2008. **Anais...**, Campinas, 2008. ISSN 1982-0178.

LEAL, I. I. Poder de projetar-se do ser no mundo em Merleau-Ponty. **Princípios Revista de Filosofia**, Natal, v.19, n. 32, jul./dez 2012, p. 393-417.

LEFORT, C. Prefácio. In: MERLEAU-PONTY. **O Olho e o espírito**. São Paulo: Editora Cosac Naify, 2004. p. 9-12.

LIMA, A. B. M. MERLEAU-PONTY, M. A questão do corpo nas ciências humanas. **Saberes em perspect**, Jequié, v. 2, n. 3, p. 20-49, maio/ago. 2012. Disponível em: <<file:///C:/Users/Note-EEN-08/Downloads/33-223-1-PB.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2015.

MACHADO, B. F. G. Visão e corporeidade em Merleau-Ponty. **Revista de Filosofia Argumentos**, ano 2, n. 3, 2010. Disponível em: <http://www.filosofia.ufc.br/argumentos/pdfs/edicao_3/10.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2013.

MERLEAU-PONTY, M. **A prosa do mundo**. São Paulo: cosac & naify, 2002.

MERLEAU-PONTY, M. **Conversas-1948**. São Paulo: Martins fontes, 2004a.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

MERLEAU-PONTY, M. **O olho e o espírito**. São Paulo: Editora Cosac Naify, 2004b.

MERLEAU-PONTY, M. **O visível e o invisível**. 4. ed. São Paulo: Perspectiva, 2005.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. (Org.). **Pesquisa social, teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes: 2011. 108p.

MOREIRA, D. A. **O método fenomenológico na pesquisa**. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002.

NÓBREGA, T. P. Corpo, percepção e conhecimento em Merleau-Ponty. **Estudo de Psicologia**, Natal, v. 13, n. 2, p.141-148, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v13n2/06.pdf>>. Acesso em: 08 jun. 2013.

NÓBREGA, T. P. Merleau-Ponty: o filósofo, o corpo e o mundo de toda a gente! In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DO ESPORTE, 15.; In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE CIÊNCIAS DO ESPORTE, 2., 2007, Recife. **Anais...** Recife, 2007. Disponível em: <<http://www.cbce.org.br/cd/resumos/129.pdf>>. Acesso em: 30 jul. 2013.

NÓBREGA, T. P. **Uma fenomenologia do corpo**. São Paulo: Livraria da Física, 2010.

PÁLMER, L. et al. Breastfeeding: an existential challenge - women's lived experiences of initiating breastfeeding within the context of early home discharge in Sweden. **Int J Qual Stud Health Well-being.**, v. 5, n.3, p. 10, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20978548>>. Acesso em: 08 abr. 2013.

PEREIRA, L. A. G.; CORREIA, I. S.; OLIVEIRA, A. P. Geografia fenomenológica: espaço e percepção. **Caminhos de geografia-revista online**, Uberlândia, v. 11, n. 35 p. 173-178, set. 2010. Disponível em: <<http://www.ig.ufu.br/revista/caminhos.html>>. Acesso em: 08 ago. 2013.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

REIS, N. B. **Um sentimento sensível do mundo pela filosofia de Merleau-Ponty**. Marília, 2008. Disponível em: www.marilia.unesp.br/filogênese. Acesso em: 10 jun. 2013. (3º Encontro de Pesquisa na Graduação de Filosofia de Merleau-Ponty).

SANTOS, E. K. A. dos. **A expressividade corporal do ser mulher/mãe HIV positiva frente à privação do ato de amamentar: a compreensão do significado pela enfermeira à luz da teoria da expressão de Merleau-Ponty.** 2004. 347 fls. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2004.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. Coordenadoria de planejamento em saúde. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual técnico do pré-natal e puerpério.** São Paulo, 2010. 234 p. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA DO RIO GRANDE DO NORTE. Coordenadoria de Promoção à Saúde. Subcoordenadoria de Vigilância Epidemiológica. **Sistemas de Informação de Nascidos Vivos** [Base de dados local]. Natal, 2013. Texto recebido por <simasinasc@rn.gov.br> em: 15 jul. 2013.

SILVA, J. M. O.; LOPES, L. M.; DINIZ, N. M. F. Fenomenologia. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, n. 2, p. 254-7, mar./abr. 2008.

SOUZA, A. I. J.; ERDMANN, A. L. Contribuições para o conhecimento em enfermagem à luz da fenomenologia da percepção de Merleau-Ponty. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 27, n. 2, p. 166-75, jun. 2006.

STEINMAN, L. et al. Understanding infant feeding beliefs, practices and preferred nutrition education and health provider approaches: an exploratory study with Somali mothers in the USA. **Matern Child Nutr**, v. 6, n. 1, p. 67–88, jan. 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3049329/>>. Acesso em: 06 abr. 2013.

TERRA, M. G. et al. Na trilha da fenomenologia: um caminho para a pesquisa da enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 672-8. out./dez. 2006.

UNICEF – UNITED NATIONS CHILDREN’S FUND. **Manual de aleitamento materno**. Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos bebês. Lisboa, 2008.



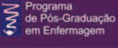


VAN MANEN, M. Practicing phenomenological writing. **Phenomenology & Pedagogy**, [S.l.], v. 2, n. 1, 1984.

VAN MANEN, M. **Researching lived experience**: human science for an action sensitive pedagogy. New York: The State University of New York Press, 1990.

VICTORA, C. G. et al. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. **The Lancet Global Health** , v. 3 , Issue 4 , p. e199-e205, abr. 2015
Disponível em: <www.thelancet.com/lancetgh> Vol 3 . Acesso em: 25 mar. 2015

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION, **United Nations Children’s Fund. Innocenti Declaration**. Florença: UNICEF/WHO, 1990.

APÊNDICE A - PROTOCOLO PARA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

 <p>     </p> <p style="text-align: center;">PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM</p>
<p style="text-align: center;">PROTOCOLO PARA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA:</p> <p style="text-align: center;">PERCEÇÃO DAS MULHERES QUANTO A PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA</p>
<p>I. RECURSOS HUMANOS</p> <p>Pesquisadora responsável: Dda. Simone Pedrosa Lima (1) Pesquisadora orientadora: Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos (2) Pesquisadora colaboradora: Cecília Isabel dos Santos (3)</p>
<p>II. PARTICIPAÇÃO DOS PESQUISADORES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaboração protocolo: 1, 2 - Avaliação do protocolo: 3 - Coleta de dados: 1 - Seleção dos estudos: 1 - Checagem dos dados coletados: 1, 2 - Avaliação crítica dos estudos: 1 - Síntese dos dados: 1 - Análise dos dados, resultados e elaboração do artigo: 1, 2 - Apreciação final, avaliação e sugestões: 1, 2, 3 - Revisão final a partir de sugestões da orientadora: 1 - Finalização do artigo e encaminhamento para revista: 1, 2, 3 <p>* Os números condizem ao nome dos pesquisadores apresentados no item anterior.</p>
<p>II. VALIDAÇÃO EXTERNA DO PROTOCOLO: Cecília Isabel dos Santos, bibliotecária, da Biblioteca Setorial de Odontologia Prof. Alberto Moreira Campos da UFRN.</p>
<p>IV. PERGUNTA</p> <p>Qual o conhecimento científico produzido sobre a percepção das mulheres quanto a prática do aleitamento materno?</p>
<p>V. OBJETIVO</p> <p>Geral: Realizar uma revisão integrativa de literatura sobre o conhecimento científico produzido acerca da percepção das mulheres quanto a prática do aleitamento materno, evidenciando e discutindo as semelhanças e diferenças, a fim de gerar um panorama sobre a temática.</p>

VI. DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de uma Revisão Integrativa, com abordagem qualitativa. Na operacionalização dessa revisão, serão seguidas as seguintes etapas (GANONG, 1987):

- 1) Seleção da pergunta de pesquisa;
- 2) Definição dos critérios de inclusão de estudos e seleção da amostra;
- 3) Representação dos estudos selecionados em formato de tabelas, considerando as características em comum;
- 4) Análise crítica dos resultados, identificando diferenças e conflitos;
- 5) Discussão e interpretação dos resultados;
- 6) Apresentação de forma clara a evidência encontrada

VII. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Pesquisas publicadas entre 2008 a 2012, em forma de artigos, com textos completos, indexados nas bases de dados selecionadas (Medline; Pub/Med; CINAHL; LILACS; BDNF) em inglês, espanhol e português, que contenham os descritores listados neste protocolo no resumo, no título ou assunto/descritor e que investigaram a percepção das mulheres quanto a prática do aleitamento materno independente do método de pesquisa.

VIII. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

Editoriais; Cartas; Artigos de Opinião; Comentários; Resumos de Anais; Ensaio; Publicações duplicadas; Dossiês, TCC; Documentos oficiais de Programas Nacionais e Internacionais; Relatos de experiência, Estudos de reflexão, Estudos teóricos, Teses, Dissertações; TCC; Boletins Epidemiológicos; Relatórios de gestão; Documentos Oficiais de Programas Nacionais e Internacionais; Livros; Materiais publicados em outros idiomas que não sejam em inglês, português e espanhol; e, estudos que não contemplem o escopo deste protocolo.

IX. ESTRATÉGIAS DE BUSCA (Pesquisa avançada)

As estratégias de buscas serão realizadas com base nos descritores do DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) listados abaixo:

1. Aleitamento materno

Breast Feeding

Lactancia Materna

Definição em português: Amamentação de um lactente no peito da mãe.

2. Enfermagem

Nursing

Enfermería

3- Percepção

Perception

Percepción

BASES ELETRÔNICAS DE DADOS:**PubMed: base de dados**

É desenvolvida pelo National Center for Biotechnology Information (NCBI) (Centro Nacional para a Informação Biotecnológica) e mantido pela National Library of Medicine (NLM) (Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos da América), é a versão gratuita do banco de dados Medline, usando o tesouro (palavras-chave ou descritores que descrevem artigos no *Index Medicus* e MEDLINE) de Medical Subject Headings. Indexa a literatura especializada nas áreas de ciências biológicas, enfermagem, odontologia, medicina, medicina veterinária e saúde pública.

MEDLINE: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

É o Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica que consiste em uma base de dados da literatura internacional da área médica e biomédica, produzida pela National Library of Medicine (NLM) que contém referências bibliográficas e resumos de mais de 5.000 títulos de revistas publicadas nos Estados Unidos e em outros 70 países. Contém aproximadamente 11 milhões de registros da literatura, desde 1966 até o momento que cobrem as áreas de: medicina, biomedicina, enfermagem, odontologia, veterinária e ciências afins. A atualização das bases de dados é mensal.

CINAHL: Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature

Indexa periódicos científicos sobre a enfermagem e áreas correlatas de saúde-a partir de 1981. É o recurso mais abrangente para a enfermagem e aliados literatura saúde, sendo uma das plataformas de pesquisa mais usados disponíveis. Pertence e é operado pela EBSCO Publishing.

BDEF: Base de Dados de Enfermagem.

Fonte de informação composta por referências bibliográficas da literatura técnico-científica brasileira em Enfermagem. Sua operação, manutenção e atualização é coordenada pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais e Centros Cooperantes da Rede BVS Enfermagem.

- **Listar as referências dos materiais encontrados:** para buscar referências que possam ser de interesse para a Revisão Integrativa de Literatura.

- **Período de busca:** janeiro de 2008 a dezembro de 2012.

X. SELEÇÃO DOS ESTUDOS: No início será realizada uma leitura geral de todos os dados coletados e conferência dos artigos considerando os critérios de inclusão, de exclusão e objetivo, denominada de primeira seleção. Em seguida, de acordo com a Revisão Integrativa, os dados serão sistematizados em tabelas e posteriormente será realizada uma leitura criteriosa. Os trabalhos que atenderem os objetivos propostos pelo estudo serão submetidos à etapa de avaliação crítica.

XI. AVALIAÇÃO CRÍTICA DOS ESTUDOS: Será realizada a releitura dos trabalhos pré-selecionados com avaliação crítica sistematização dos dados em categorias. Esta avaliação está baseada no modelo analítico Ganong (1987), que viabiliza a Revisão Integrativa da Literatura. A avaliação e discussão dos artigos selecionados serão feita de acordo com a literatura.

XIII. INFORMAÇÕES A SEREM EXTRAÍDAS DAS PRODUÇÕES

- Ano de produção
- Título
- Autor (es)
- Profissão e titulação dos autores
- Periódico
- Estado/País
- Descritores e Palavras-chave
- Base de dados de localização dos autores
- Categoria da pesquisa
- Natureza da pesquisa
- Referencial teórico
- Método de análise dos dados
- População
- Cenário do estudo
- Temática dos artigos
- Percepção das mulheres quanto a prática do aleitamento materno,

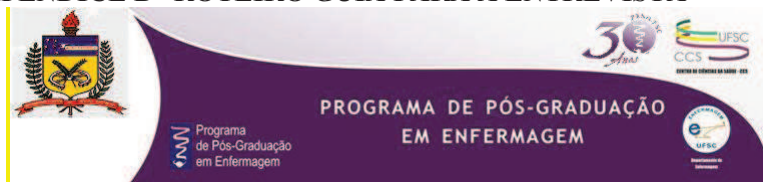
evidenciando e discutindo as semelhanças e diferenças.					
XII. SÍNTESE E CONCLUSÃO: Tendo em vista esta tratar-se de uma Revisão de Integrativa de Literatura com abordagem qualitativa, a síntese será realizada na forma de narrativa com base na análise e checagem dos dados coletados.					
XIII DIVULGAÇÃO: Publicação dos achados deste estudo em periódicos após apreciação banca de sustentação.					
XIV. CRONOGRAMA					
Atividades					
	março	abril	maio	junho	julho
Elaboração Protocolo	x				
Validação	x				
Busca dos estudos	x				
Seleção dos estudos		x			
Organização dos estudos e categorização		x			
Análise		x			
Discussão e resultados			x		
Elaboração do manuscrito de revisão de literatura			x		
Finalização do manuscrito.				x	
Enc. do manuscrito para publicação em periódico					x

XV. REFERÊNCIAS:

BIREME. DeCS – **Descritores em Ciências da Saúde**. [base de dados na Internet] São Paulo: BIREME; [acesso em 02 Out 2011]. Disponível em:< <http://decs.bvs.br/>>.

GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing. **Res Nursing Health**, 19.

APÊNDICE B– ROTEIRO GUIA PARA A ENTREVISTA



Caracterização

Nome _____

Gosta de ser chamada de _____

Data de Nascimento: _____ Idade _____

Procedência _____ Profissão/Ocupação _____

Grau de instrução _____ Estado Civil _____

Ocupação: _____ Religião: _____

Cor: _____ Natural de: _____

Residência: Rua: _____

Telefone para contato: _____ Cidade: _____

Gesta _____ Para _____ Aborto _____

Nome do companheiro: _____ Idade: _____

Ocupação: _____

Escolaridade: _____ Cor: _____

NOTAS DE OBSERVAÇÃO

QUESTÃO NORTEADORA

O que significa para você ser- mulher a experiência vivida na amamentação com complicações puerperais?

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



1ª via Participante

2ª via Pesquisador

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa que possui como título “O significado da experiência vivida para o ser mulher na amamentação com complicações puerperais” que tem como objetivo: compreender o significado da experiência vivida para o ser mulher na amamentação com complicações puerperais. Esta pesquisa está sendo realizada pela pesquisadora Simone Pedrosa Lima, orientada pela Dra. Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos. O estudo justifica-se pela necessidade de se prestar uma assistência a mulher amamentando com complicações puerperais de forma mais completa, contemplando não apenas os aspectos técnicos, mas também, aspectos emocionais, culturais e econômicos.

A coleta de dados será por meio de uma entrevista, o que será necessário com sua prévia autorização, o uso de um gravador, a qual será transcrita e mostrada à senhora, e após sua concordância acerca do conteúdo é que utilizaremos no estudo.

Os riscos envolvidos com sua participação na pesquisa serão mínimos, tais como desconfortos relacionados a abordagem do tema e por despertar lembranças acerca do que você viveu ou está vivendo agora, ou mesmo o constrangimento em responder alguma pergunta. Pode ser que também você esteja vivenciando algum processo doloroso do ponto de vista físico. A fim de minimizar o desconforto físico, a entrevista será realizada apenas quando seu quadro clínico estiver estabilizado e houver segurança. Comprometemo-nos em interromper a coleta de dados e ouvi-la com atenção aguardando a sua melhora e/ou

encaminhá-la para profissionais da equipe de saúde, caso necessário.

No entanto, sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade. Você também tem o direito de não responder a questões caso não se sinta a vontade ou a considere muito pessoal ou lhe cause incômodo falar sobre o assunto. Caso ocorra necessidade, você será assistido e acompanhado pelas pesquisadoras para corrigir possíveis danos, inclusive considerando benefícios e acompanhamentos posteriores ao encerramento e/ou a interrupção da pesquisa.

Embora não haja benefícios diretos, ao participar do estudo, você estará contribuindo para a discussão e compreensão do processo de cuidar do ser mulher que amamenta na condição de estar com complicação puerperal em dois hospitais universitários de referência materno- infantil no Rio Grande do Norte. Os resultados serão publicados e divulgados em periódicos e eventos científicos.

Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Você poderá ter acesso a qualquer tempo às informações sobre os benefícios da pesquisa, inclusive para esclarecer dúvidas antes, durante e após a pesquisa, por um período de até cinco anos. Este termo será rubricado em todas as suas páginas e assinado, ao final.

INFORMAÇÕES DOS DADOS DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DESSA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS:

Pesquisadora: Simone Pedrosa Lima - RG 092389212 IFP/RJ

Endereço: Avenida Abel Cabral, n.2035, Nova Parnamirim, CEP: 59150250, Parnamirin/RN. TEL:(84) 99225356 (celular) TEL/FAX: (84)3215.3774/3215.3668

E-MAIL: simone.ufrn@hotmail.com

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos

Endereço: Rua Presidente Coutinho 264, Centro, Florianópolis, CEP: 88015-230. TEL: (48) 99690135 (celular) TEL/FAX: (48)37219480

EMAIL:gregos@matrix.com

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) - Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima, Bairro Trindade, CEP 88040900. Florianópolis, SC tel: (48)3721-9206; email: cep@reitoria.ufsc.br.

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Av. Salgado Filho - Próximo à Funpec, Natal - RN, 59072-970
Telefone:(84) 3215-3135

Consentimento após informações

Eu, (nome completo da participante) -----, fui esclarecida sobre a pesquisa e aceito a participar desde que respeitadas às condições antes referidas.

Natal/RN, _____ de _____ de 201__

Ass. do pesquisador

Ass. da Pesquisadora

APÊNDICE D – CARTA DE APRESENTAÇÃO DO ESTUDO

Carta 1.



Sr.^a Maria Cláudia Medeiros Dantas de Rubim Costa,
Diretora do Hospital Universitário Ana Bezerra

Vimos, através deste, solicitar a Vossa Senhoria permissão para coletar dados com a finalidade de desenvolver o projeto de pesquisa intitulado: **O SIGNIFICADO DA EXPERIÊNCIA VIVIDA PARA O SER MULHER NA AMAMENTAÇÃO COM COMPLICAÇÕES PUERPERAIS**. Este será realizado como parte das atividades do Programa de Doutorado em Enfermagem, modalidade Dinter UFSC/UFRN, pelas pesquisadoras Simone Pedrosa Lima, docente da Escola de Enfermagem da UFRN e Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos docente da Pós-Graduação em Enfermagem UFSC.

O estudo tem como objetivo compreender o significado da experiência vivida para o ser mulher na amamentação com complicações puerperais. A coleta de dados será realizada mediante entrevista com mulheres que estão amamentando com complicações puerperais, e que aceitem participar do estudo. Para o registro das informações fornecidas pelos colaboradores da pesquisa, pediremos a permissão para gravar a entrevista, das quais resguardaremos o sigilo e anonimato.

Concluída a pesquisa, disponibilizaremos uma cópia desta com a finalidade de contribuir para o estudo do cuidado oferecido às mulheres que estão amamentando e que são acometidas por complicações puerperais. Esta pesquisa será iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Os resultados serão publicados e divulgados em periódicos e eventos científicos. Ao ensejo, apresentamos votos de consideração e respeito e nos colocamos à disposição para esclarecimentos pertinentes.

Atenciosamente,

Dr.^a Evangelia Kotzias Atherino dos Santos / Prof.^a. do
Programa de Pós-Graduação de Enfermagem/UFSC

Carta 2.



Sr.Kleber de Melo Morais,
Diretor do Hospital Maternidade Januário Cicco

Vimos, através deste, solicitar a Vossa Senhoria permissão para coletar dados com a finalidade de desenvolver o projeto de pesquisa intitulado: **O SIGNIFICADO DA EXPERIÊNCIA VIVIDA PARA O SER MULHER NA AMAMENTAÇÃO COM COMPLICAÇÕES PUERPERAIS**. Este será realizado como parte das atividades do Programa de Doutorado em Enfermagem, modalidade Dinter UFSC/UFRN, pelas pesquisadoras Simone Pedrosa Lima, docente da Escola de Enfermagem da UFRN e Dra.Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos docente da Pós-Graduação em Enfermagem UFSC.

O estudo tem como objetivo compreender o significado da experiência vivida para o ser mulher na amamentação com complicações puerperais. A obtenção das descrições experienciais será realizada mediante entrevista com mulheres que estão amamentando com complicações puerperais, e que aceitem participar do estudo. Para o registro das informações fornecidas pelos colaboradores da pesquisa, pediremos a permissão para gravar a entrevista, das quais resguardaremos o sigilo e anonimato.

Concluída a pesquisa, disponibilizaremos uma cópia desta com a finalidade de contribuir para o estudo do cuidado oferecido às mulheres que estão amamentando e que são acometidas por complicações puerperais. Esta pesquisa será iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Os resultados serão publicados e divulgados em periódicos e eventos científicos. Informamos que o termo de autorização encontra-se em anexo.Ao ensejo, apresentamos votos de consideração e respeito e nos colocamos à disposição para esclarecimentos pertinentes.

Atenciosamente,

Dr^a. Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos/ Prof^a do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem//UFS

APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO



Título do Estudo: O SIGNIFICADO DA EXPERIÊNCIA VIVIDA PARA O SER MULHER NA AMAMENTAÇÃO COM COMPLICAÇÕES PUERPERAIS.

Pesquisadores: Simone Pedrosa Lima

Dr^a. Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos (pesquisadora responsável)

01. Após a análise do projeto e da solicitação

_____ Autorizamos a coleta de dados na instituição

_____ Não autorizamos a coleta de dados na instituição

02. Quanto à divulgação

_____ Autorizamos menção do nome na instituição no relatório técnico - científico

_____ Não autorizamos menção do nome na instituição no relatório técnico- científico

03. No que diz respeito ao relatório escrito

_____ Requeremos a apresentação dos resultados na instituição

_____ Não requeremos a apresentação dos resultados na instituição

Natal/ RN, ___ de ___ de 2013

Responsável

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O SIGNIFICADO DA EXPERIÊNCIA VIVIDA PARA O SER MULHER NA AMAMENTAÇÃO COM COMPLICAÇÕES PUERPERAIS

Pesquisador: Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 23099913.8.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 485.322

Data da Relatoria: 09/12/2013

Apresentação do Projeto:

Projeto de doutorado de Simone Pedrosa Lima, no PPG em Enfermagem, modalidade interinstitucional UFSC/UFRN. A pesquisa qualitativa seguirá os pressupostos da fenomenologia, particularmente nas concepções filosóficas de Maurice Merleau- Ponty e do método de Van Manen que combina características da fenomenologia descritiva e interpretativa. Será realizada em duas maternidades públicas federais do Rio Grande do Norte. Os pesquisadores estimam a participação de 25 mulheres, mas esclarecem que neste tipo de estudo não se determina o número de participantes a serem envolvidos no estudo, pois se considera o número suficiente de sujeitos significativos quando houver repetições dos conteúdos dos depoimentos havendo assim saturação dos dados. Para o procedimento de coleta dos dados, utilizarão a técnica de entrevista não estruturada.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender o significado da experiência vivida para o ser mulher na amamentação com complicações puerperais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadores esclarecem que os riscos são mínimos, citando constrangimentos ou desconfortos durante a entrevista, e que procurarão minimizá-los realizando-a em momento e

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

Continuação do Parecer: 485.322

loais apropriados. É preciso, entretanto, que os pesquisadores tenham clareza que eles não podem dar garantias absolutas quanto ao sigilo dos dados, uma vez que computadores e dispositivos de armazenamento podem, por exemplo, ser extraviados ou furtados e as informações neles contidos podem dessa maneira ser utilizadas indevidamente por terceiros não autorizados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem comentários adicionais.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A folha de rosto vem assinada pelo pesquisador principal e pela coordenadora do programa de pós-graduação em enfermagem da UFSC. São apresentados termos de anuência da diretora geral do HU Ana Bezerra, da UFRN e da coordenadora acadêmica de pesquisa da Maternidade Escola Januário Cicco, também da UFRN, informando que tomaram conhecimento da pesquisa e que cumprirão os termos da resolução 466/12. É apresentado o roteiro da entrevista, com a questão norteadora. O TCLE é claro e informativo, adequado ao perfil dos participantes.

Recomendações:

Sem recomendações adicionais.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



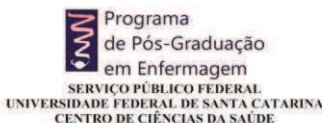
Continuação do Parecer: 485.322

FLORIANOPOLIS, 09 de Dezembro de 2013

Assinador por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

ANEXO B – INSTRUÇÃO NORMATIVA 10/PEN/2011



Instrução Normativa 10/PEN/2011

Florianópolis, 15 de junho de 2011.

Altera os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e de Doutorado em Enfermagem

A Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, no uso de suas atribuições, e tendo em vista o que deliberou o Colegiado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, em reunião realizada no dia 15/06/2011 e considerando o que estabelece o Regimento do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC,

RESOLVE:

Art. 1. Alterar o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem.

Art. 2. As teses e dissertações deverão conter artigos/manuscritos de autoria do discente, em co-autoria com o orientador e co-orientador.

Art. 3. A inclusão destes artigos deverá ser feita de modo a fornecer uma visão do conjunto do trabalho da tese ou da dissertação. O formato incluirá:

a) Em dissertações de Mestrado:

- Elementos pré-textuais
- Introdução
- Objetivos
- Referencial teórico e metodológico (em 1 ou 2 capítulos)
- Resultados apresentados na forma de no mínimo 2 *manuscritos/artigos*, sendo que um destes artigos poderá apresentar resultados de pesquisa bibliográfica. Este manuscrito/artigo poderá ser inserido como capítulo específico, logo após a introdução (Revisão de literatura sobre o assunto da pesquisa) ou então no capítulo de Resultados e Discussão, juntamente com o(s) artigo(s) que contemplará(ão) os resultados da pesquisa principal desenvolvida na dissertação.
- Considerações Finais/Conclusões
- Elementos pós-textuais

b) Em teses de Doutorado:

- Elementos pré-textuais
- Introdução
- Objetivos
- Referencial teórico e metodológico (em 1 ou 2 capítulos)
- Resultados apresentados na forma de no mínimo 3 *manuscritos/artigos*, sendo que um destes artigos poderá apresentar resultados de pesquisa bibliográfica. Este manuscrito/artigo poderá ser inserido como capítulo específico, logo após a introdução (Revisão de literatura sobre o assunto da pesquisa) ou então no capítulo de Resultados e Discussão, juntamente com os demais artigos que contemplarão os resultados da pesquisa principal desenvolvida na tese.

- Considerações Finais/Conclusões
- Elementos pós-textuais

Art. 4. Orientações gerais:

- § 1.º Todos os artigos, assim como os demais capítulos deverão ser apresentados de acordo com a ABNT;
- § 2.º A impressão final deverá seguir as normas de formatação da UFSC. Também a versão para avaliação da Banca Examinadora poderá estar formatada neste padrão;
- § 3.º Após a defesa pública, revisão final do trabalho de conclusão e sua entrega ao Programa e Biblioteca Universitária, os artigos deverão ser convertidos às normas dos periódicos selecionados e submetidos aos mesmos;
- § 4.º Os periódicos técnico-científicos selecionados para submissão deverão estar classificados pelo QUALIS/CAPES (área Enfermagem) como B1 ou superior para Doutorado e B2 ou superior para Mestrado. No caso de periódicos não classificados pelo QUALIS/CAPES (área Enfermagem), deverá ser considerado o índice de impacto JCR ou avaliação QUALIS/CAPES de outras áreas;

Art. 5. Esta Instrução Normativa altera a Instrução Normativa 06/PEN/2009, entra em vigor nesta data e passa a ter plenos efeitos para todos os alunos do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Original firmado na Secretaria PEN

Aprovado pelo Colegiado PEN em 15/06/2011