Universidade Federal do Rio de Janeiro

Centro de Ciências da Saúde

Instituto de Nutrição Josué de Castro

Programa de Pós-Graduação em Nutrição

Aleitamento materno na perspectiva de mulheres usuárias de uma unidade básica de saúde no Rio de Janeiro

Júlia Benites Sampaio de Azevedo

Rio de Janeiro

2015

UNIVERSIDADE DO BRASIL UFRJ INJC

Aleitamento materno na perspectiva de mulheres usuárias de uma unidade básica de saúde no Rio de Janeiro

Júlia Benites Sampaio de Azevedo

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Nutrição (PPGN), do Instituto de Nutrição Josué de Castro da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de mestre em Nutrição Humana.

Orientadoras:

Profª Drª Marta Maria Antonieta de Souza Santos

Profª Drª Mirian Ribeiro Baião

Rio de Janeiro

2015

Azevedo, Júlia Benites Sampaio.
Aleitamento materno na perspectiva de mulheres usuárias de uma unidade básica de saúde no Rio de Janeiro. Júlia Benites Sampaio de Azevedo – Rio de Janeiro: UFRJ/INJC 2015.
xix, 70f.: il.
Orientadores: Marta Maria Antonieta de Souza Santos e Mirian Ribeiro Baião
Tese (Dissertação) -- UFRJ, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Nutrição, Rio de Janeiro, 2015.
Referências bibliográficas: f. 51-59.
1. Aleitamento Materno. 2. Acolhimento. 3. Pesquisa Qualitativa. 6. Nutrição - Tese. I. Santos, Marta Maria Antonieta de Souza. II. Baião, Mirian Ribeiro. III. Universidade Federal do Rio de Janeiro, CCS, Instituto de Nutrição Josué de Castro, Programa de Pós-graduação em Nutrição. IV. Título.

Aleitamento materno na perspectiva de mulheres usuárias de

uma unidade básica de saúde no Rio de Janeiro

Júlia Benites Sampaio de Azevedo

Dissertação submetida ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Nutrição do Instituto de Nutrição Josué de Castro da Universidade Federal do Rio de Janeiro como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de mestre em Nutrição Humana.

Examinada por:

_____

Profa. Dra. Marta Maria Antonieta de Souza Santos, D.Sc. (Presidente)

Doutora em Ciências Nutricionais, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Brasil.

Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

_____

Profa. Dra. Denise Cavalcante de Barros, D.Sc.

Doutora em Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Brasil.

Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

_____

Profa. Dra. GilzaSandre Pereira, D.Sc.

Doutora em Anthropologie Sociale et Historique, Université de Toulouse II Le Mirail, França.
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

_____

Profa. Dra. Avany Fernandes Pereira, D.Sc.

Doutora em Ciência dos Alimentos, Universidade de São Paulo (USP), Brasil.

Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

RIO DE JANEIRO, RJ - BRASIL

DEZEMBRO, 2015

DEDICADO A..

Pedro, meu marido e melhor amigo, minha compreensão de amor, paciência e companheirismo. Toda minha gratidão por ser minha mola impulsora, meu brilho no olhar, apoio e dedicação.

Minha mãe Sílvia, meu significado de amor, fortaleza, esforço e determinação. Toda minha gratidão pelo ombro a chorar, o ouvido a escutar e por ser meu maior exemplo de mulher.

Meu pai Carlos, minha compreensão de superação, dedicação, amor e sabedoria. Toda minha gratidão pelos conselhos, por ser um exemplo de caráter, apoio incondicional e incentivo.

Meus irmãos Matheus e Pedro, significado de cumplicidade, determinação e apoio. Toda minha gratidão por estarem sempre presentes e por vibrarem com as minhas vitórias.

Minha avó Vera (*in memorian*), minha maior saudade, significado de amor, luz, proteção, evolução, bom-humor e pureza.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, a essa força maior divina que rege minha vida e que me permitiu poder compreender, aprender e evoluir durante a construção desse estudo.

Agradeço imensamente a minha orientadora Marta Santos, pela generosidade, os ensinamentos e conselhos que deram origem a esse trabalho e que me auxiliaram no meu processo de evolução como profissional e indivíduo.

Agradeço a minha co-orientadora Mirian Baião por todos os conselhos, debates e questionamentos que enriqueceram e me instigaram a aprofundar sempre mais o meu trabalho.

Agradeço à Beatriz Della Libera por ter me acolhido ao seu projeto e me possibilitado aprender uma visão mais acolhedora e singular do indivíduo.

Agradeço à mestranda Gabriela Gachet por todos os nossos debates, apoio e pela amizade que construímos ao longo desses últimos dois anos.

Agradeço à nutricionista Raphaela Machado, pelos conselhos, debates aprofundados durante as aulas e todo aprendizado trocado.

À professora Claudia Saunders, toda minha gratidão por ter me apresentando o caminho da nutrição materno-infantil com tanto amor pela profissão e sempre ter acreditado no meu potencial.

Ao Grupo de Pesquisa em Saúde Materno-Infantil (GPSMI) que me acolheu desde o início da minha caminhada na área materno-infantil e por todos ensinamentos e descobertas que fiz durante esse período.

Às mulheres participantes pela colaboração, disponibilidade, a troca que tivemos durante as entrevistas e a riqueza de detalhes dos relatos que permitiram a elaboração do meu estudo.

À Clínica de Saúde da Família Victor Valla, pelo acolhimento e incentivo à pesquisa e à melhora no atendimento dos usuários de saúde.

Às minhas irmãs de vida Mayara e Tatiana, por todo carinho, amor e torcida. Estamos juntas sempre!

À minha sogra Ana Lúcia, por ter me incentivado inúmeras vezes a seguir em frente e ao meu sogro Fernando Swami, por todo apoio e torcida. Um agradecimento em especial a eles pelo acolhimento, preocupação e carinho nos períodos de estudo.

À Professora Gilza Sandre-Pereira, por todo material enviado para auxílio na construção do trabalho, pelas sugestões, colaborações e pela revisão detalhada.

Às Professoras membros da banca examinadora, Denise Barros, Gilza Sandre-Pereira e Avany Fernandes, pelo aceite do convite e por dividir seus conhecimentos com vistas à qualidade deste trabalho;

Aos Professores membros suplentes da banca examinadora, Francisco Romão e Maria Cláudia Carvalho, pelo aceite do convite e disponibilidade em dividir seus conhecimentos com vistas à qualidade deste trabalho;

“Para ser grande, sê inteiro: nada

Teu exagera ou exclui.

Sê todo em cada coisa. Põe quanto és

No mínimo que fazes.

Assim em cada lago a lua toda

Brilha, porque alta vive. ”

Fernando Pessoa

APRESENTAÇÃO

Ao ingressar no Mestrado em Nutrição, busquei a área de Materno-Infantil, a qual já havia participado de grupos de pesquisa e realizado muitos trabalhos, sempre com o público alvo de gestantes. Foi-me sugerido abordar o tema aleitamento materno (AM), o qual me interessava muito, porém, meu saber se restringia ao oferecido nas disciplinas do curso de graduação.

Ao participar dos encontros com as gestantes participantes da pesquisa de intervenção na qual meu projeto se insere, fui conhecendo, de forma lenta e gradual, o mundo daquelas mulheres que, ora estavam felizes e ansiosas, ora apavoradas e cansadas com a novidade de cuidar, e se responsabilizar, por uma criança. A partir desses relatos ambivalentes, e aparentemente contraditórios, da intensa leitura de artigos sobre amamentação e maternidade e, por meio de debates com minhas orientadoras e professores, fui desenhando o meu projeto de dissertação e a vontade de me debruçar sobre o tema foi se intensificando.

A partir de então, iniciei a busca pela compreensão desse universo complexo da maternidade e, principalmente, da amamentação. Fui me despindo de conceitos e pressupostos teóricos e verticalizados, que abrangem somente recomendações e generalizações e passei a desenvolver a escutadas necessidades e desejos de cada uma dessas mulheres, que acabaram de se tornar mães e que vivem em um contexto de pobreza, discriminação e marginalidade.

Esse caminhar na pesquisa me fez compreender que em todas as sociedades a amamentação coexiste com a possibilidade de escolha e sua negação, ou seja, haverá sempre conflito entre a possibilidade biológica, a força que os mitos e seus discursos possuem e as escolhas pessoais das mulheres. Ficou mais claro para mim que os valores e significados que envolvem a amamentação estão permeados pelas influências de cada cultura em cada tempo histórico e, constantemente, fazem parte de “jogos de forças”.

Destaco aqui que o fato de ressaltar de forma incisiva as limitações e as dificuldades do AM, não significa que eu o desencoraje, muito pelo contrário, acredito que o primeiro passo para se compreender a amamentação seja reconhecer sua complexidade e, então, traçar estratégias de apoio e acolhimento que considerem a individualidade da mulher.

Visando uma melhor compreensão do tema escolhido, iniciarei a presente dissertação com uma breve introdução sobre o AM e suas representações no contexto social e científico, que me levaram às questões norteadoras do projeto e a desenvolver os objetivos do estudo.

Como marco referencial, elaborei um resumo sócio histórico sobre a maternidade, suas questões de gênero e a participação da educação em saúde no desenvolvimento do seu discurso. Inserindo o tema amamentação, inicio relatando a evolução das suas visões na sociedade, seguindo para as políticas de incentivo ao AM e descrevendo as influências que atuam sobre a sua prática.

A seguir, apresento os objetivos, o percurso metodológico explicitando suas características, o cenário, os sujeitos e o processo de construção dos dados.

Na análise dos dados, busquei articular os dados empíricos com o referencial teórico para responder aos objetivos e às questões norteadoras e os apresento em formato de artigo científico.

Ao final, elaborei algumas considerações sobre o material empírico analisado, com o propósito de sintetizar os achados e apontar novas questões a serem estudadas.

Com o presente estudo, espero motivar os profissionais de saúde que atuam no cuidado pré-natal a buscar uma maior compreensão sobre os sentidos que o AM encerra e perceber a importância da escuta das mulheres, para assim poderem atuar de forma dialógica.

LISTA DE ABREVIATUARAS E SIGLAS

AC - Análise de Conteúdo

AM - Aleitamento Materno

AME - Aleitamento Materno Exclusivo

BLH - Banco de Leite Humano

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CFVV - Clínica da Família Victor Valla

CSF - Clínica de Saúde da Família

ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

IHAC - Iniciativa Hospital Amigo da Criança

INAN - Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição

IUBAAM - Iniciativa da Unidade Básica Amiga do Aleitamento Materno

LM - Leite Materno

MS - Ministério da Saúde

NBCAL - Normas Brasileiras

OMS - Organização Mundial da Saúde

PNIAM - Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno

RBBLH - Rede Brasileira de Banco de Leite Humano

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

UPP - Unidade da Polícia Pacificadora

UTI- Unidade de Tratamento Intensivo

AZEVEDO, Júlia Benites Sampaio. **Aleitamento materno na perspectiva de mulheres usuárias de uma unidade básica de saúde no Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro, 2015. Dissertação (Mestrado em Nutrição Humana) – Instituto de Nutrição Josué de Castro, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

RESUMO

A presente dissertação realizada na abordagem qualitativa, é um recorte do projeto "Cuidado nutricional pré-natal na atenção primária à saúde na área de Manguinhos, Rio de Janeiro", desenvolvido em uma Clínica de Saúde da Família no Rio de Janeiro. O estudo realizou-se com mulheres que participaram de um grupo de intervenção durante o pré-natal e teve como objetivo principal compreender os significados que as entrevistadas atribuíam à amamentação. Durante o grupo de intervenção, no pré-natal, foi aplicada a técnica de observação participante, para melhor conhecer as mulheres, suas interações, dúvidas e motivações. Foram entrevistadas 11 mulheres, que se encontravam no puerpério, com assinatura prévia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Optou-se pela entrevista semiestruturada, com roteiro prévio apenas com pontos norteadores. Para melhor compreensão do material empírico, utilizou a perspectiva interpretativista e a Análise de Conteúdo (AC) por Bardin (2008) na vertente temática. Os resultados foram apresentados em um manuscrito, intitulado "Amamentação na visão de mulheres atendidas em uma unidade básica de saúde do Rio de Janeiro". Como resultados principais observou-se que as mulheres atribuem sentimentos contraditórios ao aleitamento materno (AM) representados por discursos de dificuldade, sacrifício, limitação, cansaço e, concomitantemente, relataram afeto, amor e carinho. As relações familiares foram identificadas como influenciadoras da amamentação, com destaque para a confiabilidade no discurso das avós das crianças. Em contrapartida, o papel do companheiro foi pouco relatado, observou-se que a participação do marido se limita, na maioria das vezes, financeiramente. O grupo de intervenção teve papel destacado durante o pré-natal das participantes. Foram descritos como pontos importantes o estabelecimento de vínculo, interação e sensação de liberdade. Pode-se concluir que o AM é condicionado por uma teia complexa de fatores que vão desde o biológico ao sociocultural. Insistir em uma abordagem determinista é limitar a compreensão da prática. Sendo assim, julga-se importante o acolhimento da mulher com o olhar individualizado, criando maior aproximação, de forma a

estimular questionamentos de ambos os lados. Dar voz ativa a mulher é permitir que ela protagonize as mudanças que ocorrem em sua vida. Dessa forma, possibilita a conscientização e enriquece o debate sobre amamentação, proporcionando assim um maior entendimento sobre a prática.

Descritores: aleitamento materno, acolhimento, pesquisa qualitativa.

AZEVEDO, Júlia Benites Sampaio. Breastfeeding in the perspective from women users of a primary health care unit in Rio de Janeiro**.** Rio de Janeiro, 2015. Dissertation (Masters in Human Nutrition) – Nutrition Institute Josué de Castro, Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

ABSTRACT

This thesis was developed in the qualitative approach and is a branch of the project "Cuidado nutricional pré-natal na atenção primária à saúde na área de Manguinhos, Rio de Janeiro" (free translation into English: "Prenatal nutritional care in primary health care in the Manguinhos area, Rio de Janeiro"), developed in a Family Health Surgery (free translation from Clínica de Saúde da Família into English) in Rio de Janeiro. This study was performed with women who participated in an intervention group during prenatal period and had as main objective to understand the different views interviewees has to breastfeeding.

While in the intervention group, in the prenatal period, it was applied the observation technique. Eleven women who were in puerperium phase were interviewed, after signing the Terms of Consent. It was chosen the semi-structured interview with a script, which was used only as guidance to the themes selected. In order to enhance understand about the empiric data, it was utilized the interpretative perspective and the thematic trend within Content Analysis by Bardin (2008). The results were presented in a manuscript, entitled "Amamentação na visão de mulheres atendidas em uma unidade básica de saúde do Rio de Janeiro" (free translation into English: "A breast-feeding perspective for women attended in a basic health unit in Rio de Janeiro"). As major results, it was observed that women have contradictory feelings concerning breastfeeding, represented by reports of difficulty, sacrifice, limitation, tiredness, as well as affection, love and care. The family relationships were identified as influencers in breastfeeding, especially the advices from the children's future grandmothers. By contrast, the partner's role was barely reported. It was observed that their participation is confined, in most cases, financially. The intervention group had relevant role during the participants' prenatal period. The creation of bonds, interaction and sensation of freedom were described as important points. To insist in a determinist approach is to limit the reach of this practice. Therefore, it can be concluded that breastfeeding is influenced by a complex network of issues, from biological to social culture. Consequently, it is fair to consider the importance of an individualized approach to women in pregnancy conditions,

thus creating more proximity towards them and stimulating questions from both sides. To give an active voice to women is to enable their starring changes that occur in their life. This enables awareness and enriches the debate on breastfeeding, thus providing a better understanding of the practice.

Descriptors: breastfeeding, user embracement, qualitative research.

Sumário

1 INTRODUÇÃO 1

1.1. Questões Norteadoras 2

2 REFERENCIAL TEÓRICO 3

2.1. Aleitamento Materno 3

2.1.1. As diferentes visões do AM no Brasil ao longo da história – breves considerações 3

2.1.2. Educação em saúde: discursos que orientam políticas, campanhas e orientações sobre amamentação 5

2.2. A mulher, a prática do aleitamento materno e a maternidade 11

2.2.1. Influência da atividade profissional 12

2.2.2. Influência das avós 12

2.2.3. Influência da sexualidade 13

2.2.4. Influência dos Profissionais de Saúde 15

2.2.5. Imposições da prática de aleitamento materno 16

2.3. Maternidade - histórico brasileiro resumido 17

3 OBJETIVOS DO ESTUDO 22

3.1. Objetivo Geral 22

3.2. Objetivos Específicos 22

4 CAMINHO METODOLÓGICO 22

5 RESULTADOS 26

5.1. Manuscrito 1 26

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 51

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 53

ANEXOS 62

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS), com base no reconhecimento científico dos benefícios do aleitamento materno (AM) para a saúde da mãe e do filho, consubstanciados pela revisão sistemática realizada por Kramer e Kakuma (2012), recomenda essa prática, de forma exclusiva até os seis meses de vida e, complementar, até os dois anos de idade da criança.

Contudo, apesar das inúmeras vantagens do leite materno (LM), é na vivência da amamentação que a mulher percebe os limites e a necessidade de orientações que a auxiliem a desenvolver um conhecimento, o que demonstra se tratar de uma prática aprendida e não instintiva (ALMEIDA e NOVAK, 2004; ALMEIDA, 1999).

Na verdade, a amamentação é um fenômeno social complexo e mutável, visto que resulta de condicionantes sociais, econômicos, políticos e culturais, que variam conforme a época e os costumes. Esses condicionantes transformam a amamentação em um ato controlado por instituições, pela classe social, pela comunidade ou pela família. Isso significa dizer que além de biologicamente determinada, a amamentação é socioculturalmente condicionada (ALMEIDA e NOVAK, 2004; ALMEIDA, 1999; SILVA, 1990).

Partindo-se da compreensão de que a escolha da mulher pela amamentação se dá no interior de um contexto sociocultural e que, por conseguinte, a sua prática sofre influências da cultura, dos valores, crenças e interdições inerentes àquele contexto, argumenta-se que a prática ou a recusa da amamentação se distancia de ser um ato individualmente consciente, uma vez que está atrelado à aprovação do grupo social no qual essa mulher está inserida, podendo se configurar como fardo ou desejo (MONTEIRO, GOMES e NAKANO, 2006; ARAÚJO e ALMEIDA, 2007).

Na sociedade brasileira, na qual o processo de amamentação é dominantemente regido pela cultura medicalizada, os aspectos fisiológicos, na maioria das vezes, se sobrepõem à subjetividade da mulher (ARANTES, 1995; MONTEIRO; GOMES; NAKANO, 2006). Aliada a isso, a valorização social da amamentação exerce uma pressão para que a mãe amamente seus filhos, como demonstração de seu amor por eles. Tais elementos podem dar sustentação à manutenção de antigos discursos que apontam a “culpabilidade” da mulher que não amamenta pela morbidade e mortalidade das crianças que não usufruíram o LM (BOSI e MACHADO, 2005).

Diante dessa hegemonia biológica e técnica do AM e da forte pressão exercida pelos grupos sociais, a escolha inicial pela amamentação é bastante frequente para as mulheres, que não enxergam na amamentação uma escolha. No entanto, as estratégias de incentivo a amamentação devem ser elaboradas baseadas na parceria entre os atores sociais envolvidos – mulheres e profissionais – e não na desvalorização do contexto em que elas se inserem, evitando que a decisão da amamentação seja feita para atender aos padrões (BOSI e MACHADO, 2005).

Diante desses fatos e limitações na abordagem da amamentação, fez-se necessário compreender, de forma singular, a visão e as experiências da mulher sobre o AM, contrapondo seus benefícios e dificuldades, observando as orientações que receberam durante o acolhimento por profissionais de saúde.

O presente trabalho, portanto, teve a intenção de contribuir para a ampliação do conhecimento sobre a complexidade da amamentação, segundo a percepção das mulheres e levando em conta seus referenciais socioculturais. Dessa forma, este estudo poderá instrumentalizar a prática do cuidado às gestantes e puérperas tornando-a mais integral e humanizada.

1.1. Questões Norteadoras

O presente estudo tem como objeto de investigação o processo da amamentação na perspectiva de mulheres que participaram de uma pesquisa de intervenção em cuidado nutricional pré-natal, realizada numa Clínica de Saúde da Família (CSF) localizada na região de Manguinhos - RJ.

As questões norteadoras estabelecidas para o estudo foram:

1. O que as mulheres pensam sobre amamentação?
2. Como as mulheres percebem a prática de amamentar?
3. O que pensam as mulheres acerca das orientações sobre AM recebidas durante o grupo de gestantes?

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Aleitamento Materno

2.1.1. As diferentes visões do AM no Brasil ao longo da história – breves considerações

No decorrer da história brasileira, os significados da amamentação que emergem do senso comum sofreram mudanças influenciadas por costumes, valores, crenças e descobertas científicas sobre o tema. O AM era muito presente nas mulheres indígenas, que continuavam com suas atividades de trabalho e amamentavam, com auxílio da tipóia, harmonizando seu papel de mãe e trabalhadora. Com a colonização, as mulheres europeias que vieram para o Brasil difundiram o conceito da mãe preta e das amas de leite brancas (ALMEIDA, 1999).

Ao longo do século XIX no Brasil, o vínculo da escrava negra com a criança branca foi uma extensão do período colonial. A mãe preta era a responsável pela amamentação e pelos cuidados com a criança. Segundo Freyre (2008), era uma das escravas domésticas que exerciam funções na casa grande junto com outros escravos, mas, por tradição, possuíam um lugar privilegiado nas famílias patriarcais. Havia forte relação sentimental, cultivada desde o nascimento pelo cuidado zeloso da escrava, que atendia aos filhos de seu senhor como se fossem seus, tornando-se literalmente a “mãe de criação” dessas crianças.

Tanto no Brasil quanto na Europa, a transferência do bebê para uma outra mulher amamentar é atribuída a um discurso de impossibilidade física das mães, justificando que se casavam muito jovens e com o pequeno intervalo entre os partos, se tornavam incapazes de amamentar devido à depauperação de seu estado nutricional (QUINTAS, 2009).

Todavia, na década de 1880, emerge um novo discurso médico no qual postula-se que o LM é o veículo de transmissão das características naturais da mãe para o filho e, desse modo, as características naturais das mães ou de amas brancas e estrangeiras ganharam a preferência em relação às amas negras. Nessa época também estavam em ebulição as teorias higienistas e racistas que, tidas como científicas, sustentavam o estabelecimento de uma diferença natural – e preconceituosa – entre brancos e negros. Nessa mesma época, a incorporação da mão-de-obra imigrante e branca trazia naquele momento transformações no mercado das amas de leite (DEIAB, 2007).

Porém, segundo estudo de Almeida (1999), ainda no século XIX, com o aumento da mortalidade infantil no Brasil, técnicas e estratégias de persuasão foram elaboradas, sendo uma das quais a imposição da amamentação, como uma medida importante para redução das taxas de mortalidade infantil. O movimento higienista, que no Brasil contribuiu para a formulação de políticas públicas e para a formação dos médicos a partir da segunda metade do século XIX e do início do século XX, foi enfático na condenação da mulher por não conseguir/querer amamentar seus filhos, visto que nessa época a amamentação era compreendida como uma questão de "amor materno" (AMORIM, 2008).

No século XX com a urbanização, a inserção crescente da mulher no mercado de trabalho, a ascensão da burguesia e as dificuldades das mulheres com o AM, tornaram oportuno o marketing das fórmulas lácteas. Tal estratégia se deu por meio da difusão dos leites industrializados em revistas especializadas, promoção de eventos científicos, propaganda e a utilização de profissionais de saúde como vendedores em ambiente hospitalar, criando nas mães e nos médicos a necessidade de utilização dos produtos. Como consequência, o pediatra absorveu a ideia da complementação do leite humano, fazendo prescrição frequente dos leites industrializados. O Estado brasileiro também teve papel importante na difusão desses leites, distribuindo-os para a população de baixa renda em centros de saúde e maternidade, alcançando um público que não se tornaria consumidor se não fossem os incentivos governamentais (ALMEIDA, 1999; REA, 1990).

De acordo com Meyer (2000), a repercussão do desmame precoce (mulheres no mercado de trabalho, mudanças na estrutura familiar, introdução de substitutos lácteos para o LM) levaram à elaboração de políticas estatais de incentivo ao AM, de forma a incorporar a prática do AM no cotidiano feminino. Porém, o caráter universal e obrigatório ao qual foi inserida essa política dificultou as mulheres de exercerem o seu poder de escolha reflexiva, romantizando o discurso da naturalização biológica e cultural do AM. O próprio uso do termo "nutriz" para se referir à mulher que amamenta é um exemplo dessa universalização, pois ele não só reduz a mulher como provedora de leite, como exclui as que estão nessa fase do puerpério e não conseguem/querem amamentar, censurando o desmame e abordando o AM como uma prática simples e instintiva (CALAFATE e PARENTE, 2013; NAKANO, 2003; ALMEIDA, 1999).

2.1.2. Educação em saúde: discursos que orientam políticas, campanhas e orientações sobre amamentação

Para compreender as políticas e orientações sobre AM na atenção básica de saúde, é necessário perceber a importância da educação em saúde como ferramenta que direciona a prática dos profissionais.

A educação em saúde não visa apenas à informação para a saúde, mas a transformação de saberes existentes. Nessa perspectiva, a prática educativa busca proporcionar autonomia e (co)responsabilidade dos sujeitos no cuidado com a saúde (ALVES, 2005) e a atenção básica de saúde constitui-se como cenário ideal para o desenvolvimento dessas práticas e para reformulação de um modelo hegemônico e dominante (STOTZ e ALBUQUERQUE, 2004).

Dessa forma, educação em saúde se caracteriza como prática social e suas descobertas não ocorrem apenas pela aplicação de conhecimentos científicos e normas técnicas (PEREIRA; FONSECA; MOROSINI, 2007). A estratégia demandada por essa perspectiva educativa é a comunicação dialógica, que propõe a construção de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado que capacite os sujeitos para a tomada de decisões sobre quais estratégias são mais adequadas para a promoção, manutenção e recuperação de sua saúde. Essa metodologia contrapõe-se à passividade contida nas práticas educativas tradicionais e se distingue como forma de superação da distância cultural entre os serviços de saúde e a população assistida, por meio da interação entre os sujeitos envolvidos e a valorização do saber popular (ALVES, 2005).

Por outro lado, a educação normativa, onde o profissional de saúde se torna reprodutor de conceitos e normas e a população um depósito de informações, não estabelece vínculo e o sujeito se reduz à agente passivo de informação, dificultando a abordagem do conteúdo (PEREIRA; FONSECA; MOROSINI, 2007). Um exemplo dessa educação normativa é a utilização de materiais informativos com estereótipos reproduzidos, normas estabelecidas e modelos idealizados, criando um discurso de via de mão única, sem diálogo, sem escuta, onde só o emissor (instituições) se expressam (ARAUJO, 2007).

Segundo Cervera (2011), a educação em saúde na atenção básica precisa sofrer uma reorientação, com princípio na integralidade e participação de todos os agentes, estabelecendo uma relação baseada na escuta, no respeito e na valorização das experiências de vida e na visão de mundo de cada indivíduo. Foi observado em seu estudo que apesar do conhecimento dos profissionais sobre educação em saúde como uma ferramenta de aproximação da

comunidade e de estabelecimento de vínculo, na prática eram repassadas informações de forma verticalizada e impositiva.

Para o tema da maternidade, a educação em saúde tem sido aplicada como produção de representações e identidades maternas para a mulher aderir, como a idealização da mãe amorosa, responsável e cuidadosa e a naturalização do AM (MEYER, 2003). Essas representações assumem diferentes significados sociais, culturais e políticos que produzem efeitos sobre os corpos das mulheres e a sociedade como um todo (KLEIN, 2007).

É necessário o estranhamento da reprodução do discurso natural e universal, que ensina a mulher a cuidar de seu filho, ignorando suas vivências singulares, dita como ela deve alimentá-lo e exclui e marginaliza as que fogem desse padrão. Segundo Meyer (2003) esses discursos de disciplinamento e de controle social que são transmitidos associados à maternidade devem ser visibilizados e problematizados. D'Oliveira (1997) propõe que para haver melhorias no serviço de saúde, será necessário parar de forjar ou moldar a figura de uma mulher ideal, com a escuta das concepções e necessidades femininas diferentes, de forma singular, cujas questões podem ser distantes das moldadas pelo sistema. Dessa forma pode haver a desconstrução de uma figura única e a reconstrução de novas, múltiplas e diferentes mulheres, que se estruturam em si mesmas e em comunhão com os outros.

Baseado nas estratégias de educação em saúde da época, na década de 80 do século XX, após o conhecimento dos benefícios da amamentação associado com a preocupação com as altas taxas de mortalidade infantil, o Governo Brasileiro iniciou uma série de políticas de proteção e incentivo ao AM visando aumentar as taxas dessa prática. Sendo assim, a elaboração dessas políticas por muitas vezes foi guiada pela ideia central "como fazer as mulheres brasileiras amamentarem", preterindo o primeiro passo que seria conhecer as expectativas daquela mulher na gestação/puerpério. Embora a importância da figura materna seja reconhecida nesse contexto, suas percepções e a influências na prática são raramente abordadas e além disso, pouco se fala na figura paterna e seus direitos e deveres (CADONA, 2010).

Em 1981, o Ministério da Saúde (MS), com intuito de elevar as taxas do AM, criou o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), coordenado pelo Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), órgão que centralizou o planejamento de ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento natural (REIS et al., 2008; ALMEIDA, 1999). Os recursos financeiros começaram a ser destinados para municípios e

estados, descentralizando a gestão dos programas elaborados pelo governo, destacando o incentivo à Atenção Pré-Natal.

O apoio dos serviços de saúde para a promoção do AM é de grande importância, sendo assim em 1989 foi lançada pela OMS e UNICEF a "Declaração Conjunta Sobre o Papel dos Serviços de Saúde e Maternidades", onde os "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno" (WHO, 1989) foram detalhados com objetivo de informar à mulher sobre os benefícios e o correto manejo do AM. Esse manual junto à "Iniciativa Hospital Amigo da Criança" (IHAC), criada em 1992, traçaram propostas de mudança nas rotinas hospitalares para promover a prática do AM (ARAÚJO et al., 2003). Estudo de Bicalho-Mancini e Velásquez-Meléndez (2004), observou melhoras na prevalência de AME em hospitais após o recebimento do título de HAC.

Em 1997 ocorreu a extinção do INAN e em 1998 o Programa de Aleitamento Materno foi inserido na área de Saúde da Criança, visando melhorar ainda mais a prevalência de AM. Esse programa implementou várias ações como o Alojamento Conjunto, o método Mãe-Canguru, a IHAC, os Projetos Carteiro Amigo e Bombeiros Amigos da Amamentação e a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (REIS et al., 2008).

Em 1999, foi criada no Rio de Janeiro a "Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação" (IUBAAM), semelhante à IHAC, porém capacitando as equipes de atenção básica no cuidado, apoio e promoção ao AM (MS, 2003). Apesar de ter sido criada em 1999, a Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro só a instituiu oficialmente em 2005.

Também com papel incentivador da amamentação, o primeiro Banco de Leite Humano (BLH) foi criado em 1943 no atual Instituto Nacional Fernandes Figueira com foco no atendimento de prematuros, bebês com perturbações nutricionais e alergias (MAIA, 2006). Após o PNIAM os BLHs tiveram papel fundamental nas estratégias de ação, proteção e apoio ao AM como alternativa a lacuna deixada pelas limitações nutricionais das fórmulas lácteas (MAIA, 2006).

Hoje a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (RBBLH) conta com mais de 180 unidades distribuídas no país (MONTEIRO; GOMES; NAKANO, 2006) e é reconhecida por seus avanços na saúde materno-infantil. Depende de doações de LM por voluntárias e seu público alvo são bebês considerados casos especiais, como prematuridade, baixo peso e os internados em Unidades de Tratamento Intensivo (UTIs) neonatais (QUEIROZ, 2008). O

BLH se vincula à um hospital materno-infantil e após coleta e controle de qualidade do leite doado, o distribui para os recém-nascidos dessa unidade (QUEIROZ, 2008; MAIA et al., 2006).

Além dos instrumentos de promoção da amamentação, o Brasil também possui legislação de proteção ao AM (BRASIL, 2009):

- Licença maternidade: garante à mulher o direito de licença por 120 dias, podendo ser prorrogada para 180 dias. As empresas que aderirem aos 60 dias adicionais, tem direito a dedução de impostos.

- Direito à garantia ao emprego da gestante: veda a demissão arbitrária ou sem justa causa da empregada no período de gestação e lactação, desde a confirmação da gravidez até o 5º mês pós-parto.

- Direito à creche: todo estabelecimento que empregue mais de 30 mulheres com idade superior aos 16 anos, deverá ter local apropriado para as empregadas guardarem sob vigilância e assistência os seus filhos durante a amamentação. Essa exigência poderá ser substituída caso haja creches distritais, mantidas diretamente ou mediante convênios com outras entidades públicas ou privadas.

- Pausas para amamentar: a mulher terá direito a duas pausas de meia hora para amamentar seu filho, até que o mesmo complete 6 meses.

- Alojamento Conjunto – a Portaria MS/GM nº 1.016/2003, obriga hospitais e maternidades vinculados ao Sistema Único de Saúde, a implementarem o alojamento conjunto, onde a mãe e o filho ficam juntos no mesmo quarto, 24 horas por dia.

- Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras – NBCAL (Portaria MG/GM n°221/2002 e a RDC n°222/2002) e Lei n°11.265, de 3 de janeiro de 2006. Esses instrumentos regulamentam a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância, e produtos de puericultura, assim como proíbe propagandas de fórmulas infantis, o uso de termos aludindo ao LM em rótulos de alimentos preparados para bebês e fotos ou desenhos que não sejam necessários para apresentar métodos de utilização. Torna-se obrigatório que as embalagens de leite tragam inscrição advertindo que o produto deve ser incluído na alimentação de menores de um ano apenas com indicação expressa do médico ou nutricionista, assim como os ricos de preparação inadequada do produto. A lei também proíbe

doação de mamadeiras, bicos e chupetas, ou sua venda em serviços públicos de saúde, exceto em casos de necessidade. Porém essa necessidade é relativa, havendo brecha para decisão e inclusão.

Em 2000 o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento foi elaborado com intuito de reduzir as taxas de morbimortalidade do público materno-infantil, dando uma maior atenção na qualidade e na cobertura dos serviços às gestantes, recém-nascidos e puérperas, como o acesso ao acompanhamento pré-natal, assistência ao parto, puerpério e período neonatal (MS, 2000).

Muito se avançou na elaboração de políticas públicas de proteção e incentivo ao AM, porém algumas lacunas e distorções impedem o envolvimento ativo das mulheres no processo e o discurso mantem seu caráter verticalizado (NAKANO e MAMEDE, 2000). O primeiro limitante é a falta de aproximação com o público alvo, no caso as mulheres. A generalização na abordagem, não levando em conta a diversidade de cultura no território nacional e a omissão de debate sobre os aspectos contraditórios que envolvem a prática, faz com que o discurso fique só na teoria e não se aplique na realidade (KALIL e COSTA, 2013).

No contexto da elaboração da IHAC, Meyer (2000), aponta que o hospital ao receber o credenciamento, se beneficia financeiramente com investimentos para área de obstetrícia. Essa credencial só é fornecida após avaliação da implementação da prática do AM na instituição. Por meio dessa busca por credenciamento há a construção de um regime de significação da maternidade nos corpos das mulheres e das crianças que tem como meta transformar a figura materna em provedora de leite sobre livre demanda, independentemente de qualquer dificuldade ou condição social. Esse discurso normativo atua como segundo limitante, pois distancia o profissional de saúde, que, ao se preocupar em garantir um título e as vantagens, esquece de escutar a mulher e suas singularidades.

Outro obstáculo das políticas, na prática, é a legislação que protege as mulheres que trabalham e desejam amamentar. A lei não contempla as mulheres autônomas ou as que estudam e muitas empresas não respeitam o direito à amamentação, além das duas pausas de 30 minutos garantidas pelo governo serem poucas para uma mulher que deseja amamentar seu filho de forma prioritária e de não especificar os locais que a mulher poderá amamentar. Poucas instituições facilitam a continuidade da amamentação oferecendo berçário e espaço para ordenha de leite (SILVA e ULTIYAMA, 2003; REA, 1997).

Uma estratégia utilizada com frequência pelo governo para estimular o AM é a elaboração de campanhas de incentivo, que, em muitos casos, apenas aumentam a culpabilização, julgamento, reducionismo e o desamparo nas mulheres que se veem sem condições de apoio diante das dificuldades na amamentação (REZENDE; SAWAIA; PADILHA, 2002).

As campanhas nacionais de incentivo ao AM utilizam o discurso médico para direcionar a atenção do público em geral e das mulheres, em particular, sobre os benefícios da amamentação para a saúde das crianças até sua vida adulta. Em seus enredos, a ênfase sempre se direciona aos benefícios do AM, para que ele seja incondicionalmente imperativo, sem abordar os desejos da mulher, as possíveis dificuldades do AM e como contorna-las (SEBASTIÃO, 2013).

Tornquist (2003) em seu estudo observou nos corredores de uma maternidade em Santa Catarina a ampla divulgação do AM através de cartazes e painéis, onde a imagem recorrente é a de um bebê ao seio da mãe, sozinha. Bosi e Machado (2005) relatam que as próprias campanhas de incentivo à amamentação colocam a mãe como única responsável pelas consequências do desmame.

Contudo, de uma maneira geral, tais campanhas têm como limitação a naturalização do ato de amamentar, apesar de todas as novas exigências que isso acarreta para a mulher, tendendo a homogeneizar as diferenças sociais existentes entre as mães, como se todas as mulheres dispusessem dos mesmos recursos para amamentar (MANNARELLI, 1997).

A OMS e o MS preconizam aleitamento materno exclusivo (AME) para todas as crianças até os 6 meses e AM com complementação alimentar até os 2 anos ou mais (MS, 2010; WHO, 2009). Ainda que o discurso de estímulo à amamentação tenha suas limitações e não alcance todas as mulheres, com o surgimento de todas políticas protetoras, campanhas e legislação, as taxas do AM têm aumentado constantemente, embora ainda estejam abaixo das metas recomendadas. Abaixo estudos demonstram esses resultados.

Não existem estudos divulgando o contexto da amamentação antes dos anos 70 no Brasil. Nessa década a duração média do AM era de 2,5 meses (VENANCIO e MONTEIRO, 1998). Em 1981, uma pesquisa realizada em São Paulo e Recife encontrou que a mediana foi de 2,8 e 2,4 meses respectivamente. Em 1989 essa duração chegou a 5,5 meses no Brasil. A mesma pesquisa realizada em 1981, retornou em 1986 nas mesmas metrópoles e revelou um acréscimo na duração do AM para 4,2 meses em São Paulo e 3,5 meses em Recife.

Quanto ao AME, ainda no Brasil, em 1986 foi verificado que era prevalente em apenas 3,6% das crianças entre 0 e 4 meses (UNICEF, 1989). Em 2006, o AME progrediu para 38,6% em menores de 6 meses. O inquérito realizado em 1999 apresentou prevalência de 35,6% de AME em menores de 4 meses e duração média do AM de 10 meses.

Por meio da II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno, realizada pelo MS, em 2009, verificou-se que nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, em 2008, 67,7% dos bebês mamaram na primeira hora de vida, enquanto 41% das crianças entre 0 e 6 meses estava em AME e 58,7% entre 9 a 12 meses ainda permaneciam em AM.

Ainda segundo a referida pesquisa, o Estado do Rio de Janeiro obteve prevalência de 40,7% das crianças até 6 meses em AME e 58,3% das crianças entre 9 e 12 meses em AM, resultados bem próximos à média nacional. Vale ressaltar que a pesquisa não incluiu áreas rurais e municípios menores (VENANCIO et al., 2010).

Os resultados das pesquisas descritas reforçam a visão do AM como uma prática socioculturalmente condicionada, já que para ser considerada instintiva e natural as prevalências deveriam estar bem mais elevadas.

2.2. A mulher, a prática do aleitamento materno e a maternidade

A mulher, ser humano complexo e constituído por desejos, escolhas e influências distintas, tem por direito a escolha ou não pelo AM, período marcado por sentimentos contraditórios, solidão e pressão social (SILVA e MARCOLINO, 2009). A prática para assegurar o AM baseada no modelo assistencial focado no biológico, de forma verticalizada e impositiva, só distancia essa mulher do profissional de saúde, dificultando que essa mulher se conscientize e exercite sua reflexividade sobre o assunto (ALMEIDA e NOVAK, 2004).

Dentre os inúmeros estudos sobre o AM, há uma escassez no que se refere à decisão da mulher em amamentar. Porém, quanto aos seus condicionantes, como por exemplo, fatores psicossociais e culturais dessa mulher, qualidade do vínculo estabelecido com o profissional de saúde que a acompanha e apoio de sua rede familiar e social (companheiro, mãe, amigas, vizinhas, etc.) a literatura é vasta. Para melhor compreender essas influências, considera-se necessário detalhar as relações de associação entre a mulher, a amamentação e seus condicionantes.

2.2.1. Influência da atividade profissional

Silva e Marcolino (2009) apontam que uma limitação encontrada pela mulher ao tentar manter o AM é o retorno às atividades profissionais. A lei garante o direito à mãe trabalhadora de amamentar por um período de 4 meses, sendo facultativo para as empresas estendê-lo a 6 meses. Para Nakano e Mamede (2000), a integração da amamentação às demais atribuições sociais sugere um conflito entre o êxito profissional e o êxito na vida familiar.

A vulnerabilidade das mães a esse contexto desfavorável foi relatada por Silva (2005) em estudo realizado com mulheres trabalhadoras e estudantes, no qual observou que a tendência é a de a mulher optar pelo retorno às atividades laborativas, secundarizando o AM e aumentando a possibilidade de sua interrupção precoce. A mãe enxerga na qualificação profissional e no retorno ao trabalho a oportunidade de oferecer uma vida melhor ao seu filho, e opta por ele (SILVA e MARCOLINO, 2009).

Além do trabalho fora de casa, o trabalho doméstico está enraizado como dever feminino e se associa à amamentação (NAKANO e MAMEDE, 2000). As mulheres além de amamentar, são responsáveis pela arrumação da casa, lavagem de roupas e preparação da comida, se sentindo sobrecarregadas, desamparadas e exaustas (QUEIRÓS; OLIVEIRA; MARTINS, 2009; NAKANO, 2003).

A lógica remete ao conceito de gênero e suas relações de poder, discutida acima, sendo mais um exemplo em que atividades domésticas são submetidas às mulheres e que os homens se esquivam em fazê-las, como um insulto à sua masculinidade. Essa é uma expressão da divisão sexual do trabalho, que, para Hirata e Kergoat (2008), é uma forma de divisão do trabalho social decorrente das relações sociais entre os sexos, organizada historicamente e que tem como característica destinar aos homens as tarefas produtivas e às mulheres as reprodutivas.

Com tantas funções para desempenhar, a mulher se desdobra para tentar ser onipresente e onipotente, porém convive com uma eterna culpa por não estar conseguindo atender às exigências que lhes são submetidas e se percebem como fonte inesgotável de sustentação da família (NAKANO e MAMEDE, 2000).

2.2.2. Influência das avós

A mulher, nesse momento de insegurança, precisa trocar experiências com alguém que confie, do sexo feminino e que seja próximo. Na maioria das vezes, essa figura é reconhecida

na avó da criança. A avó, por já ter passado pela experiência de ser mãe, assume uma responsabilidade grande ao repassar sua bagagem para a filha (BARREIRA e MACHADO, 2004; TEIXEIRA, NITSCHKE, SILVA; 2011).

No estudo de Barreira e Machado (2004) foi evidenciado que 50% do apoio que as mulheres recebem durante a amamentação vem de suas mães e 20% de suas sogras, totalizando 70% do apoio oriundo das avós da criança. Segundo Nakano et al. (2007), apesar das mulheres que amamentam confiarem nos conhecimentos científicos do profissional de saúde, a família ocupa o primeiro lugar de referência durante o período de AM.

Porém, deve haver muito cuidado com essa responsabilidade, pois ao passar o seu sucesso e/ou insucesso com o AM, a pessoa de referência pode estimular o desmame precoce na mulher que amamenta, além de repassar crenças, mitos e tradições (TEIXEIRA; NITSCHKE; SILVA, 2011). Outro aspecto que deve se ter atenção é quanto ao discurso impositivo que compreende a amamentação como um ato obrigatório e de responsabilidade de toda mãe, tentando repassar sua experiência e reforçando a pressão exercida sobre a mulher nutriz (PRIMO e CAETANO, 1999). Nesse caso, a mulher opta por amamentar para manter uma tradição, sem ponderar seus sentimentos, direitos e desejos.

A figura da avó é comumente ativa no cuidado dos seus netos e sua experiência é valorizada e reconhecida por suas filhas e noras (TEIXEIRA et al., 2006). Uma estratégia importante seria a participação das avós às consultas do pré-natal, puerpério e grupos de ação educativa, possibilitando interação e troca entre profissional de saúde, mulher-gestante-nutriz e avó, reduzindo a possibilidade de informações contraditórias e uma maior relação de confiança entre os mesmos.

2.2.3. Influência da sexualidade

Uma segunda figura familiar muito influente é o pai da criança. Segundo Marques e Lemos (2010), as relações de paternidade e lactação podem gerar conflitos associados à carência sentida pelo homem, o sentimento de exclusão, ciúme, competição e rivalidade com o filho. Por outro lado, a integração do pai no binômio mãe-filho pode vir a ser um motivo de aproximação do casal.

Em estudo realizado por Pontes, Alexandrino e Osório (2009) foi demonstrado que a presença dos pais nas consultas pré-natal foi mínima, seu conhecimento sobre o AM, benefícios e limitações eram muito restritos, além de relatarem seu descontentamento com as

modificações físicas da mulher. Por parte das mulheres, mais da metade declarou que foi indiferente quanto ao envolvimento do marido no processo da amamentação.

Ao relacionar a prática do AM com a figura paterna, Marques et al., (2010) observou que a participação do pai em programas de incentivo ao AM, o apoio e a aprovação influenciaram na decisão positiva da amamentação.

A questão sexual também é tratada como limitante na relação do pai e a amamentação, já que o AM requer o cuidado da mulher quase que exclusivo ao bebê, além das mudanças corporais causarem desconforto à mulher e um possível distanciamento do marido (SALIM; ARAUJO; GUALDA, 2010; MARQUES e LEMOS, 2010).

O envolvimento do homem no processo do AM é cercado de limitantes, desde o código trabalhista que não permite uma maior participação em casa e auxílio à mulher, à bagagem sociocultural machista que aborda os cuidados com o filho como algo exclusivamente feminino e a mulher que não compartilha e não envolve o seu companheiro nas suas dificuldades e vivências (CADONÁ, 2010; PONTES, 2009).

Nesse sentido, o trabalho conjunto da equipe de saúde e da mãe em integrar o pai nesse momento da gestação e amamentação, pode colaborar para que o mesmo compreenda melhor o AM, as inseguranças e pressões associadas à prática e as informações sobre as mudanças corporais, hormonais, em busca de encontrar nele maior apoio, compreensão, acolhimento e incentivo nesse momento de fragilidade da mulher e também reduzir os sentimentos de exclusão e ciúmes, que podem culminar em estresse familiar e no desmame precoce (CADONÁ, 2010; MARQUES e LEMOS, 2010).

O sexo e o AM são questões que entram em conflito na relação homem x mulher. Até hoje, a questão paradoxal entre a amamentação e a prática sexual é presente. Estudo de Marques e Lemos (2010) aponta o discurso de mulheres relatando diminuição da libido e a visão da prática sexual como obrigação no período puerperal, já o estudo de Sandre-Pereira (2003) descreve os sentimentos contraditórios na relação da abstinência e proibição sexual pós-parto e o desejo sexual tanto dos homens quanto das mulheres, trazendo a figura do seio feminino como representação desse paradoxo. Questões como a dedicação exclusiva ao bebê, acúmulo de afazeres domésticos, visão sagrada da mama, visão do sexo como ato desrespeitoso e a ejeção do LM durante a prática sexual podem tornar complexa a conciliação entre amamentação e sexualidade (MARQUES E LEMOS, 2010, SALIM; ARAUJO; GUALDA, 2010; SANDRE-PEREIRA, 2003).

A sexualidade compreendida como individual, singular, construída através de um contexto histórico-cultural-social reflete muito além do que tange o corpo, como sentimentos,

olhares, tradições, carinho e experiências, que permite o indivíduo interpretar suas relações sexuais e as vivenciar (FLORENCIO, 2012; SALIM; ARAUJO; GUALDA, 2010). Durante o período gravídico-puerperal, ao se perceber como mãe e mulher, pode se ver em conflito entre os dois papéis e sua sexualidade.

Compreender a mulher-mãe habitando um mesmo corpo e o seu seio sendo objeto de erotização e santificação é um processo complexo e paradoxal. As mulheres muitas vezes não têm a informação necessária sobre as mudanças sobre o seu corpo e não encontram abertura para o debate com os profissionais de saúde (FLORENCIO, 2012; MARQUES e LEMOS, 2010). Em sua maioria, o ato sexual é realizado por obrigação, por medo do companheiro buscar sexo extraconjugal e o toque nos seios com interesse sexual é visto com estranheza (MARQUES e LEMOS, 2010; SANDRE-PEREIRA, 2003).

Em estudo realizado com profissionais de saúde sobre a sexualidade e o AM, foi observado que apesar dos profissionais compreenderem a importância do tema sexualidade durante o pré-natal e o puerpério, este é pouco abordado e, quando abordado, segue o modelo biologicista, sobre cuidados com as mamas, suturas, métodos contraceptivos e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, não havendo debate e espaço para um diálogo (FLORENCIO, 2012).

O olhar da sexualidade como um ponto influente no AM, sugere uma visão da mulher na sua integralidade: mulher, mãe, trabalhadora, cuidadora, educadora e cidadã, com seus direitos sexuais e reprodutivos, dona do seu corpo (FLORENCIO, 2012, MONTEIRO; GOMES; NAKANO, 2006).

2.2.4. Influência dos Profissionais de Saúde

Uma grande limitação do profissional de saúde é considerar o AM como um fenômeno fisiológico e biológico, sem influências socioculturais. Silva (2001) observou que o profissional de saúde percebeu que as suas limitações em promover o AM estão ligadas ao contexto familiar e social da mulher. É necessária aproximação entre o profissional de saúde e a mãe visando compreensão do contexto em que essa mulher está inserida, para que este possa servir de apoio quando a mesma passar por dificuldades ou optar por não amamentar. O serviço de saúde enquanto ação coletiva deve preocupar-se com as políticas do AM, porém a individualidade deve ser respeitada.

O profissional de saúde, ao levar em conta a bagagem cultural da mulher como uma grande influência para ela, se aproxima da mesma e estreita seus vínculos, levando em conta todos os fatores externos influenciadores. O desligamento da amamentação como algo instintivo e natural converge na visão da mulher como um ser humano complexo, de vontades e sentimentos únicos, considerando suas experiências passadas e o ambiente que a circunda como uma influência importante. Origina-se um diálogo entre os mesmos baseado em apoio e suporte à mãe (MARQUES et al., 2010).

No estudo realizado por Almeida e Couto (1996) com a participação de mulheres profissionais de saúde e incentivadoras do AM, observou-se que a maioria (71,4%) introduziu leites industrializados na alimentação da criança antes do 6º mês de vida. Esse resultado corrobora a premissa de que a experiência materna e os aspectos culturais e emocionais se sobrepõem aos conhecimentos teóricos e amplamente difundidos sobre os benefícios do AM. O autor observou que essas mulheres se encontravam frágeis e buscavam mais que respostas teóricas, como apoio e compreensão da ambiguidade do AM.

A mãe é vista pela sociedade, incluindo-se aqui os profissionais de saúde, como provedora de leite, de forma obrigatória e sem exceções, ignorando a sua figura como sujeito e a tornando uma extensão do bebê. Essa pressão da sociedade pode precipitar um sentimento de culpa, tanto no caso em que a mulher opta por não amamentar, sem ter necessariamente um limitante fisiológico, como em situações nas quais há a impossibilidade de fazê-lo. Como consequência dessa culpabilização há a reprodução de um discurso com desculpas pré-estabelecidas para reduzir os julgamentos, onde mulheres que por motivos pessoais decidiram não oferecer mais o peito se apropriam de justificativas para não serem desqualificadas como mãe. As próprias campanhas de incentivo à amamentação colocam a mãe como única responsável pelas consequências do desmame (BOSI e MACHADO, 2005).

2.2.5. Imposições da prática de aleitamento materno

O AM, ao ser discutido como ato inato e instintivo, descarta as mulheres que optam por não amamentar e as exclui como cidadãs com direitos, medos e traumas. A experiência pode ser muitas vezes um fardo, obrigação e traumática, se afastando da imagem romântica prazerosa difundida (MONTEIRO; GOMES; CAETANO, 2006; PRIMO e CAETANO, 1999).

Em estudo de Marques e Pereira (2010) observou-se que 15% das mulheres que participaram de sua amostra relataram não desejar o AM, julgando somente o estar fazendo pela criança. As entrevistadas descrevem que se depararam em situações de desprazer, seja por desgaste emocional, seja por não desejarem a lactação. Há o questionamento se realmente as mulheres que amamentam o fazem por prazer ou por mecanização ou por medo de críticas, já que relatos de insatisfação e desprazer foram captados em continuidade com a prática. O sentimento de culpa e o medo de julgamento muitas vezes fazem com que as mulheres mantenham a amamentação, já que há, no imaginário cultural, a consolidação da ligação do amor incondicional e o AM.

Em estudo com profissionais de saúde sobre o tema "Não desejar amamentar" descreveu que 14% considerava incompreensível e 10% relatava ser um ato egoísta (MARINHO e LEAL, 2004). Esses dados demonstram que os profissionais de saúde têm dificuldade em lidar com a mulher que não deseja o AM e, sendo assim, essa carece de acolhimento e informação.

Becker (1977) descreve esse fenômeno onde regras são estabelecidas e impostas à sociedade e o medo de transgredir e ser julgado se torna o principal motivo para seguir um padrão de comportamento, chamando essas pessoas que fogem à regra de marginais ou desviantes, que recebem esse rótulo muitas vezes por não concordar com o que lhe é colocado. Esse pensamento vai de encontro com o das mulheres que optaram por continuar a amamentar para não serem discriminadas, apesar da sensação de infelicidade e sofrimento.

A vontade de desistir, o não desejar, o desconforto, a busca por inúmeras justificativas para respaldar a escolha de formulas artificiais e as altas taxas de desmame precoce estão descritas na literatura e contrapõem à ideia do amamentar como ato instintivo. Todavia, o discurso romântico do amamentar ainda é pregado e verticalizado entre profissionais de saúde e mulheres. Reconhecer que o AM é uma opção da mulher, assim como gestar e parir, é considerar os direitos da mulher e buscar acolher, informar e respeitar seja qual for a decisão (FLORENCIO, 2012; MARQUES e PEREIRA, 2010; MONTEIRO; GOMES; NAKANO, 2006).

2.3. Maternidade - histórico brasileiro resumido

Para Badinter (1985), a figura materna é construída na sua relatividade e tridimensionalidade. Relativa, pois para ser mãe necessita de mais outras duas figuras, o pai e o filho, e tridimensional porque, além de ser mãe e esposa, ela também é mulher. Sendo

assim, é necessário que ao falar de um membro familiar, se considere todas as outras variáveis.

Desde o século XIX até os dias atuais, o amor materno é concebido como um instinto que faz parte da natureza da mulher que se torna mãe, ainda identificada com Maria, símbolo do autêntico amor incondicional e sagrado (BADINTER, 1985).

Porém, a visão da maternidade nem sempre foi essa. A visão social da maternidade vem sofrendo mudanças de acordo com o posicionamento de cada sociedade acerca dos valores dominantes do momento e da posição da mulher perante a eles (BADINTER, 1985; MOURA e ARAÚJO, 2004). Além disso, Badinter (1985) afirma que em todos os tempos houve mães com discursos e atitudes de amor e também de indiferença aos filhos, indicando que não houve universalidade em relação às mulheres, mas em relação a visão social da maternidade.

Durante a Idade Média e a Antiguidade a figura do pai soberano e da supremacia do mesmo em relação aos outros membros da família era bem marcada e como consequência a mulher tinha seu papel social reduzido. Ademais, as condições com que as famílias eram construídas (alianças familiares, casamentos por contrato), sem vínculos e laços afetivos, contribuíam para os relacionamentos distantes e impessoais entre o homem e a mulher. Assim, a figura da mulher como mãe e cuidadora pouco era levada em consideração como uma figura social e importante (BADINTER, 1985; MOURA e ARAÚJO, 2004).

A falta de vínculo entre mãe-filho era constantemente descrita. Ariés (1981) a justifica pela alta incidência da mortalidade infantil no século XVI, que não permitia à mulher depositar grandes expectativas na sobrevivência da criança e, tampouco, conceder-lhe afeto.

Por outro lado, Badinter (1985) considera que a falta de apego das mulheres com seus respectivos filhos sempre esteve presente, mais ainda quando a maternidade não era valorizada, nem romantizada pela sociedade. Para a autora, a elevada taxa de mortalidade infantil era, em grande parte, consequência do desinteresse pelas crianças e a falta de cuidado.

Na Europa, com o fim do século XVIII inicia-se a preocupação com a sobrevivência e a educação infantil e, concomitantemente, impulsiona-se a ideia do amor materno. Assim, surgiu a divulgação do amor da mãe pelo filho como algo natural, instintivo e entregando a ela a responsabilidade pelos cuidados da criança (BADINTER, 1985; MOURA e ARAÚJO,

2004). Além disso, apoiado em estudos demográficos, o discurso da época corroborava a ideia do aumento populacional para auxiliar o crescimento da economia na Europa.

Para reduzir a taxa de mortalidade, começa a ser difundida, como iniciativa do governo, a recomendação para que a mãe cuidasse pessoalmente dos filhos, impondo a amamentação e a função materna antes de qualquer outra função que essa mulher pudesse exercer. Junto a essas mudanças, a educação da criança também foi alterada, deixando de ser à distância da família, sob os cuidados das amas, em internatos ou conventos e se aproximando mais do contexto familiar, em escolas próximas (BADINTER, 1985; MOURA e ARAÚJO, 2004).

Tendo como pano de fundo esse novo contexto político e social do final do século XVIII na Europa, associado à difusão da ideia do amor materno, também começa a ser disseminado o conceito da relação conjugal baseada no amor. Agora, a mulher mãe-esposa passa a ter uma nova função social e ser respeitada, desde que não ultrapassasse os limites domésticos (MOURA e ARAÚJO, 2004).

O discurso médico e filosófico também colaborou para difundir o conceito do amor materno, onde atribuía à mulher as responsabilidades pela criança. A figura feminina foi desenhada com uma essência passiva, amorosa, doce e frágil e as que fugissem desses padrões eram consideradas com distúrbios psíquicos e anormais (NUNES, 2011, MOURA e ARAÚJO, 2004).

Durante o século XX, mais mudanças ocorreram no contexto social e econômico, como por exemplo, a diminuição expressiva nas taxas de mortalidade infantil, a introdução precoce da criança nas escolas e a inserção da mulher no mercado de trabalho. Nesse cenário, surgiu a politização do seio feminino. Na década de 70 a ideia de reapropriação do corpo pelas mulheres se tornou latente, contemplando não só aspectos individuais como suas relações com a vida coletiva (MONTEIRO; GOMES; NAKANO 2006). Diante disso, a mulher passou a enxergar na maternidade um reducionismo do seu papel feminino e saiu em busca da possibilidade de desempenhar outros papéis, dando início às contradições e sentimentos ambivalentes com relação à maternidade (MOURA e ARAÚJO, 2004; LO BIANCO, 1985). A gestação passou a ser uma escolha pessoal, uma vez que a pílula anticoncepcional e outros contraceptivos tornaram-se eficientes ferramentas para decidir se quer e quando quer ter seus filhos, possibilitando que a sexualidade deixasse de ser associada a reprodução (SCAVONE, 2001a).A busca prioritária da mulher pela independência

financeira e estabilidade emocional adiou a vinda do primeiro filho e, como resultado, a taxa de natalidade sofreu um declínio abrupto (NUNES, 2011; MONTEIRO; GOMES; NAKANO 2006; SCAVONE, 2001a).

Em meio a esse contexto social, o debate e as ideias feministas sobre a maternidade foram amadurecendo. Inicialmente acreditava-se que a maternidade deveria ser vista como uma limitação da mulher em alcançar a igualdade de seus direitos, sendo assim, para alcançar a igualdade uma opção seria negar a maternidade. Em um segundo momento, a maternidade tornou-se valorizada, por ser uma exclusividade da mulher, fonte de poder e superioridade. Porém, observou-se que o biológico não determina a posição social feminina, mas sim todo o simbolismo social e as relações de poder e dominação que a maternidade carrega, sendo esse definido como o terceiro momento. As reflexões feministas contribuíram para a compreensão da maternidade como fenômeno social, que pode ser abordada tanto como um símbolo de realização e poder feminino como um símbolo de opressão e determinismo da mulher (SCAVONE, 2001a). Porém, apesar das conquistas dos direitos femininos, respeito e reconhecimento, a maternidade ainda continua fortemente ligada ao papel da mulher na sociedade, pela sua ligação com o corpo feminino (SCAVONE, 2001a).

Ao abordar as reflexões feministas sobre a maternidade, o conceito de gênero precisa ser compreendido. Gênero abrange muito além da fisiologia homem x mulher, ele vem como um produto social difundido ao longo das gerações, transmitindo as diferenças femininas e masculinas que foram construídas culturalmente, delimitando relações de poder e organizando a vida social (SORJ, 1992).

Segundo Teixeira e Paiva (2008), as diferenças biológicas caracterizam o homem como forte, dominador, viril e destemido, enquanto à mulher cabe as características de fragilidade, docilidade, dependência e passividade. Essa demarcação de papéis se difunde na escola, igreja e outras instituições, afastando o homem de assumir determinados papéis e responsabilizando a mulher por outros. Até o século XVIII, a mulher era considerada a versão imperfeita do homem, cabendo a ela um único destino, o de reprodução, sempre subordinada à figura masculina (MONTEIRO; GOMES; NAKANO, 2006).

Como descrito em tópico anterior, à mulher se designou o papel de mãe, cuidadora e responsável por sua prole. Porém, apesar da associação da mulher à maternidade, novos significados e atividades foram se atribuindo a elas trazendo conflitos entre os seus desejos de ser mãe, profissional, livre e independente. O ingresso feminino no mercado de trabalho foi

marcado por diferenças sexuais e sociais e, da maneira como foi ocorrendo, estabeleceu a lógica da mulher com dupla responsabilidade - mãe e trabalhadora (SCAVONE, 2001a). A autora complementa que nesse processo de transição de modelo de mulher, surge o olhar da maternidade como opção, sob influência de suas questões pessoais, econômicas e sociais.

O feminismo teve forte contribuição na tentativa de pôr um fim à desigualdade de gêneros, estimular a reflexão sobre a maternidade e quebrar a visão mulher-mãe-dedicada-responsável. Correntes mais radicais viam a maternidade como uma fonte de opressão das mulheres, onde, de forma sutil, limitava a mulher ao seu lugar exclusivamente doméstico na sociedade e na família. A recusa da maternidade foi um caminho encontrado por esse feminismo para ir de encontro ao fatalismo biológico que dá à mulher o poder de se tornar mãe, evidenciando, assim, que a maternidade não é um dom instintivo e natural de toda mulher (SCAVONE, 2001a).

Todavia, uma segunda linha de pensamento aproximou os estudos feministas da maternidade como um fenômeno positivo e os levaram para uma nova direção, a de escolha reflexiva da mulher, e ainda trazendo a importância da divisão igualitária entre homens e mulheres nesse fenômeno, (re)discutindo o lugar do pai (SCAVONE, 2001a; SCAVONE, 2001b).Um exemplo dessa liberdade de escolha da mulher foi a disseminação e ascensão das técnicas reprodutivas, para a concepção ou contracepção. Construiu-se, nessa fase, o conceito de parentalidade, que conforme descrevem Combes e Devreux (1991, p.5) “trata-se de estudar o posicionamento dos atores sociais dos dois sexos no processo de constituição do laço parental e não mais de partir de uma especificação a priori deste laço segundo o sexo”.

Os estudos citados ressaltam transformações no comportamento do homem e sua participação mais ativa na educação da criança (SCAVONE, 2001a; SCAVONE, 2001b; e COMBES e DEVREUX, 1991). Em contraponto, as mulheres ainda continuam com maior comprometimento com a criação do seu filho, assumindo grande parte da responsabilidade (COMBES E DEVREUX,1991; COURNOYER, 1994). Diante da insistente predominância da mulher como a responsável pelos filhos, a maternidade ainda mantém um dilema para aquelas que querem seguir uma carreira profissional. Essas transformações positivas foram conquistadas e são promissoras, dependendo muito do nível de educação da mulher e o seu acesso à informação, porém ainda há comportamentos muito mais densos e complexos que persistem na divisão de sexo e que dificultam a consolidação de um novo modelo de maternidade onde suas responsabilidades sejam distribuídas igualitariamente entre os pais, sem pressão e sem culpabilização (SCAVONE, 2001a).

3 OBJETIVOS DO ESTUDO

3.1. Objetivo Geral

- Analisar os sentidos da amamentação na perspectiva de mulheres que participaram de uma intervenção de cuidado nutricional em uma clínica de saúde da família.

3.2. Objetivos Específicos

- Compreender como as mulheres vivenciaram o processo de amamentar (atende às questões norteadoras 1 e 2);
- Compreender o papel do grupo de intervenção para as mulheres (atende à questão norteadora 3);

4 CAMINHO METODOLÓGICO

Esta dissertação integra a pesquisa "Cuidado nutricional pré-natal na atenção primária à saúde na área de Manguinhos, Rio de Janeiro", aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – CEP/ENSP, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96, sob protocolo de pesquisa nº238/10, em 16/02/2011.

Com vistas à maior compreensão acerca das questões que permeiam a prática do AM foi utilizada a perspectiva teórica interpretativista, por meio da abordagem qualitativa. Para os interpretativistas a pesquisa exige fidelidade à experiência de vida, busca reconstruir autocompreensões dos atores e tem preocupação com a validade da compreensão (SCHWANDT, 2006). Em outras palavras, a visão interpretativista busca os significados intersubjetivos, que são construídos, descontruídos e reconstruídos pelos sujeitos na interação uns com os outros, na tentativa de alcançar os significados possíveis sobre determinado contexto, servindo como um dos critérios que a análise qualitativa tem utilizado para estabelecer o rigor e a qualidade na pesquisa.

Para a construção dos dados foram empregadas as técnicas de observação participante, na qual o pesquisador, para melhor compreensão dos hábitos e da cultura do grupo estudado, busca tornar-se parte dele (NOVAES e GIL; 2009), e a aplicação de uma entrevista

semiestruturada, que permite a obtenção de informações por meio da fala individual, revelando símbolos, normas e representações de determinados grupos (MINAYO, 1994). Denomina-se aqui a observação como participante em decorrência de a pesquisadora estar presente no grupo de gestantes e interagir com as mulheres. A escolha pela entrevista semiestruturada ocorreu pela possibilidade de fornecer ao indivíduo maior liberdade em suas respostas, onde os assuntos poderão ser discorridos de forma mais espontânea e voluntária.

A observação foi realizada na Clínica de Família Victor Valla (CFVV), localizada em Manguinhos/RJ, durante o grupo de gestantes, considerada a principal ação da intervenção em cuidado nutricional implementada na unidade, que foi objeto de um estudo de intervenção denominado "Cuidado nutricional pré-natal na atenção primária à saúde na área de Manguinhos, Rio de Janeiro".

Foram estabelecidos três encontros para cada gestante que ocorriam em dois momentos durante a semana. O primeiro Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) correspondente à observação participante era assinado por elas no momento em que aceitavam participar do grupo de intervenção. Em um primeiro contato do grupo, a pesquisadora foi apresentada às participantes como membro da equipe, e o encontro seguiu naturalmente. Amparada com uma prancheta, a pesquisadora participou da atividade respondendo a perguntas, como as demais participantes, interagindo, coletando dados e procedendo as anotações necessárias de forma sutil entre um momento e outro.

Os principais aspectos observados foram: a interatividade entre as gestantes e entre estas e os nutricionistas que conduzem as consultas, as principais dúvidas e debates que traziam para os encontros, as orientações oferecidas pelos nutricionistas, especialmente àquelas sobre AM e, a oportunidade oferecida pelos profissionais para que as gestantes exponham suas questões e ansiedades acerca da gestação e da amamentação.

Durante o terceiro encontro com as mulheres, a pesquisadora explicava brevemente sobre o projeto de pesquisa que conduzia, solicitando autorização para entrar em contato com elas no puerpério. Também nessa ocasião eram coletados dos prontuários os seguintes dados de identificação das mulheres: nome completo, data de nascimento e data provável do parto. Os dados da observação foram registrados em diário de campo e transcritos em momento posterior.

Após a fase de observação, as entrevistas começaram a ser agendadas levando-se em consideração a DPP identificada. A realização das entrevistas se deu no período de outubro de 2014 a setembro de 2015. O primeiro contato foi estabelecido por meio de ligação telefônica, na qual a pesquisadora se identificava à gestante remetendo à sua participação no Grupo de Gestantes e explicava a importância da realização de uma entrevista para construção de seu projeto de pesquisa. O local escolhido para realização dessa fase foi a própria CFVV, tendo em vista que as mesmas já eram usuárias desta unidade. Antes de iniciar a entrevista, o segundo TCLE, que correspondia à entrevista individual, era apresentado e assinado pela participante. A entrevista elaborada foi do tipo semiestruturada, com um roteiro pré-estabelecido com intuito somente de nortear a entrevista, deixando a participante à vontade caso quisesse trazer outras questões. A entrevista foi realizada com o auxílio de gravador de áudio, de forma a garantir a privacidade dos sujeitos, com tempo de duração foi em média 30 minutos. Optou-se pela utilização de gravador para possibilitar à entrevistadora maior liberdade de interação com as mulheres, durante as entrevistas, e deixando-as mais à vontade.

Conforme as entrevistas foram sendo realizadas, houve a transcrição integral das mesmas, para permitir uma análise apurada dos depoimentos, favorecendo uma compreensão significativa dos fenômenos descritos. O processo de pré-análise dos dados se deu por meio de leitura exaustiva das transcrições, que permitiu criar códigos, ideias, temas e questionamentos.

Não foi estabelecido o número de eventos e sujeitos a serem observados e entrevistados. O número foi considerado suficiente quando as informações essenciais aos objetivos da pesquisa começaram a se repetir. Essa saturação ocorreu na décima primeira entrevista.

As entrevistas foram transcritas, classificadas, codificadas e analisadas na perspectiva da AC de Bardin (2008), a partir de uma adaptação da modalidade temática. Foram processadas leituras repetidas das entrevistas e mergulho analítico, produzindo interpretações e explicações que procuraram dar conta das questões que motivaram a investigação. A AC se baseia em um aglomerado de técnicas e formas variadas de análise das comunicações, possibilitando uma melhor compreensão do material. A vertente temática possibilitou que a análise fosse voltada para os significados observados nas falas das mulheres, surgindo as categorias: “Amamentar: uma escolha da mulher? ”, “Não é fácil”, “Amamentação e o

trabalho feminino” e “O grupo de gestantes”. Por meio dessas categorias, foram identificados os núcleos de sentido e as inferências, a partir de leitura intensa às transcrições e confronto com a literatura.

Com vistas à validação do estudo, foram confrontados e comparados os dados da observação e da entrevista e as visões dos pesquisadores envolvidos.

A autorização tanto para observação quanto para a aplicação da entrevista foi expressa por meio de um TCLE, recomendado para pesquisas com seres humanos pela Resolução Nº 466/2013, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), oferecido logo antes do início das entrevistas. O pesquisador indagou sobre quaisquer dúvidas que o participante possa ter e o esclareceu antes do início da entrevista. Foi garantido o anonimato dos sujeitos que participaram do estudo, sendo estes referenciados por meio de nomes fictícios.

5 RESULTADOS

5.1. Manuscrito 1

Amamentação na visão de mulheres atendidas em uma unidade básica de saúde do Rio de Janeiro

Júlia Benites Sampaio de Azevedo[1]

Mirian Ribeiro Baião[2]

Marta Maria Antonieta de Souza Santos[2]

1 - Mestranda do Programa de Pós-graduação em Nutrição do Instituto de Nutrição Josué de Castro da Universidade Federal do Rio de Janeiro (INJC/UFRJ).

2- Docentes do INJC/UFRJ

RESUMO

Estudo de natureza qualitativa, cujo objetivo foi compreender os significados que as mulheres atribuem à amamentação. Participaram da pesquisa 11 mulheres adultas, que estavam inseridas em um grupo de intervenção de uma Clínica de Saúde da Família (CSF) no município do Rio de Janeiro. Para construção dos dados empíricos utilizou-se observação participante e entrevistas semiestruturadas. Para melhor compreensão dos dados utilizou-se a perspectiva interpretativista e análise de conteúdo (AC) proposta por Bardin (2008) e adaptada para modalidade temática. Como resultados, observou-se que as mulheres compreendem a amamentação como uma prática difícil, de doação e sacrifício. Foram relatados momentos de dúvida, desistência e culpa, sugerindo que o aleitamento materno (AM) não tem o caráter instintivo e biológico, como tem sido difundido. A responsabilidade, o cansaço e a dupla jornada foram descritos como influenciadores negativos, a troca de afeto com a criança e a economia financeira emergiram como pontos positivos. Apesar das dificuldades relatadas, o discurso de amor relacionado à amamentação predominou, mesmo que de forma paradoxal. O trabalho feminino, tanto no lar quanto fora dele, e a falta de

participação do companheiro foram abordados como obstáculos à manutenção AM. Participar do grupo de gestantes foi relacionado com alívio das pressões, liberdade e interação entre as mulheres, sugerindo que o espaço para troca de experiências e escuta é necessário durante esse período de mudanças e tensões. Conclui-se que o amamentar possui sentidos e significados que muitas vezes são contraditórios e, por falta de entendimento, negligenciados. É necessário um acolhimento de forma a tentar compreender melhor essa prática para a mulher, sem generalizações e pré-conceitos. A aproximação do profissional de saúde e paciente, pode favorecer o diálogo, o acolhimento e a conscientização da mulher como agente ativa da amamentação, deixando-a mais segura e confiante em fazer suas escolhas.

Descritores: aleitamento materno, acolhimento, pesquisa qualitativa.

Breastfeeding in the view of women attended at a basic health unit in Rio de Janeiro

Júlia Benites Sampaio de Azevedo[1]

Mirian Ribeiro Baião[2]

Marta Maria Antonieta de Souza Santos[2]

1 - Master's Program Post graduate Nutrition in Nutrition Institute Josué de Castro of the Federal University of Rio de Janeiro (INJC / UFRJ).

2- Teachers of INJC/UFRJ

ABSTRACT

This qualitative study, wherein the main objective was to comprehend the meaning of breast-feeding for women. Eleven adult women participated in this research, who were included in an intervention group from a Family's Health Surgery (free translation from Clínica de Saúde da Família into English), part of the Rio de Janeiro district. For the collection of empirical data, it was used the observation of subjects and semi-structured interviews. In order to better understand this data, it was used an interpreting perspective and content analysis proposed by Bardin (2008), adapted for thematic modality. Through the results collected, it was observed that women view breast-feeding as a tough task of self-donation and sacrifice. It was reported related moments of doubt, forsaken and guilt, suggesting that breast-feeding does not have the instinctive and biological appeal broadly claimed over the years. The responsibility, the exhaustion and the double shift work were described as the downsides of breastfeeding, although affection towards the child and financial economy arisen as positive outcomes. In spite of the difficulties mentioned, the speech of love related to breastfeeding was

predominant, even if it was said in a paradoxical context. The female workload at home and outside as well as the partner´s involvement were addressed as barriers and difficulties for maintaining the habit of breastfeeding. The pregnant group was related away from psychological pressure, with freedom and interaction among peers, suggesting that the environment for changing experiences and hearing is necessary in this period of changes.

KEYWORDS: breastfeeding, user embracement, qualitative research

INTRODUÇÃO

A amamentação tem sido bastante debatida por sua importância para a saúde da criança, da mulher e no impacto positivo para a sociedade, sob o ponto de vista econômico e das políticas de saúde (ALMEIDA, 2004). Porém, nem sempre a amamentação foi valorizada e incentivada pela sociedade. A ideia do leite materno (LM) como melhor alimento para o bebê começou a ser difundida no final do século XVIII (BADINTER, 1985).

Com a descoberta dos benefícios e impactos econômicos e sociais do aleitamento materno (AM), uma nova visão sobre a amamentação emergiu, relacionando o LM ao simbolismo do amor incondicional e, por conseguinte, um dever moral da mulher (CALAFATE e PARENTE, 2013; TOURINHO, 2006; ALMEIDA, 2004; BADINTER, 1985). A amamentação passou ser difundida como uma prática instintiva, natural à mulher e obrigatória (TOURINHO, 2006).

No século XX, o Brasil iniciou vários programas de incentivo ao AM, como estratégia de saúde pública (CADONA, 2010; REIS et al., 2008; ARAUJO; OTTO; SCHMITZ, 2003), para que fosse abolida a antiga visão, tanto das mulheres quanto dos profissionais de saúde, sobre o benefício do uso de fórmulas lácteas e para reduzir a mortalidade infantil (ALMEIDA, 1999).

Campanhas com demonstração da “pega correta”, *slogans* do tipo “amamentar é dar ao seu bebê saúde em forma de amor”, “nada mais natural que amamentar” e “amamentar é educar para a vida” chegaram repletos de idealização na relação de amor mãe-filho, mascarando um discurso cheio de normas, impositivo e autoritário (CADONÁ, 2010; LOVATO, 2008; REZENDE; SAWAIA; PADILHA, 2002). A mulher se vê obrigada a seguir um modelo padrão maternal, assim que descobre estar grávida, sem hesitar (TOURINHO, 2006). Nessa visão, reduz-se o papel feminino na sociedade moderna à figura da mãe, provedora de leite e sem direito a escolhas (NUNES, 2011; ALMEIDA, 1999).

Em meio a pressões, críticas e angústias, a mulher busca desenvolver o seu lado maternal em um período de tempo muito curto para processar todas essas mudanças e aumento de responsabilidade. Esse contexto sugere comportamentos vinculados à obrigação (TOURINHO, 2006), impotência e culpabilização (ALMEIDA, 1999; BADINTER, 1985), além de excluir as mulheres que optam por não amamentar ou as que compartilham de sentimentos negativos durante a prática (LOVATO, 2008).

As vantagens nutricionais do LM são incontestáveis, mas também deve-se considerar o acolhimento da mulher como um indivíduo com direito a escolhas (MARQUES e

PEREIRA, 2010; CADONA, 2010). A amamentação é um fenômeno sociocultural, que deve ser discutido individualmente, para que a mulher se sinta segura e livre para fazer suas escolhas de forma consciente (KLEIN, 2007; ALMEIDA, 1999). Essa aproximação surge como forma de apreensão das percepções maternas sobre o AM, sem discursos prontos ou normas.

Pretende-se com esse estudo compreender quais os significados que a mulher atribui ao amamentar, em meio à conjuntura de pressões e sentimentos contraditórios, dispondo da visão de mulheres usuárias de uma unidade de saúde da atenção básica.

METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada na perspectiva teórica interpretativista com abordagem qualitativa (SCHWANDT, 2006). O estudo ocorreu na Clínica de Saúde da Família (CSF), localizada no bairro de Manguinhos, subúrbio do município do Rio de Janeiro, no período de março de 2014 a agosto de 2015. O bairro de Manguinhos é marcado por altos índices de violência, pobreza e tráfico de drogas, problemas que com a chegada da Unidade da Polícia Pacificadora (UPP) atenuaram, mas ainda estão presentes.

Participaram do estudo 11 mulheres inseridas em um grupo de intervenção coordenado por nutricionistas na CSF. A abordagem do grupo se deu durante o pré-natal, estipulando-se 3 encontros ao longo da gestação, durante os quais se procedeu, por meio da observação participante, o registro das interações que se davam entre as mulheres, entre as mulheres e as nutricionistas, bem como dúvidas, interesses e comentários que surgiam sobre os temas discutidos. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para observação era assinado assim que as mulheres aceitavam participar do grupo.

A seguir, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com as mulheres. O primeiro contato feito pela pesquisadora para inserção da mulher nesta segunda fase da pesquisa ocorreu no período pós-parto, variando entre 3 a 9 meses após o nascimento do bebê. Esse intervalo se deu, principalmente, pela dificuldade de estabelecimento do contato, tendo em vista que as mulheres trocavam de número de celular constantemente.

As entrevistas iniciaram após as participantes assinarem o TCLE e foram realizadas com auxílio de gravador de áudio e transcritas, em seguida, de forma integral, e com o apoio das anotações feitas pelo pesquisador em diário de campo.

O roteiro de entrevista escolhido foi o semiestruturado, apenas com pontos norteadores, visando deixar que os temas surgissem de forma mais espontânea. Não foi

estabelecido número de entrevistas previamente, sendo considerado suficiente quando se alcançava a saturação das falas, com redundância e repetição de informações.

A fase de organização e exploração do material empírico compreendeu a leitura exaustiva das entrevistas e a literatura referente. Por meio dessa organização, permitiu-se a estruturação do material por temas e o surgimento de questionamentos e hipóteses, levando a uma melhor compreensão dos fenômenos surgidos.

As entrevistas foram transcritas, classificadas, codificadas e analisadas na perspectiva da (AC) de Bardin (2008), adaptada à vertente temática. A análise temática possibilitou a identificação dos temas e de quatro categorias: “Amamentar: uma escolha da mulher? ”,“Não é fácil”, “Amamentação e trabalho feminino” e “O grupo de gestantes”. Em seguida foram identificados seus núcleos de sentido, descritos os sentidos atribuídos e, por fim, a realização de inferências a partir da interpretação e do confronto com a literatura.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – CEP/ENSP, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96, sob protocolo de pesquisa nº238/10, em 16/02/2011.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante a observação participante foi possível verificar algumas características no grupo de intervenção: a interação entre as participantes e as profissionais de saúde, raros eram os momentos em que as gestantes não estavam conversando; a confiança nas profissionais que organizavam os encontros, marcados por relatos íntimos e reclamações no atendimento de saúde esperando que elas pudessem solucionar esse problema e a descontração no ambiente com a iniciativa em falar sobre assuntos que saem do biomédico, como discussões com o marido sobre o nome da criança, organização do chá de bebê, discussões familiares e problemas com a mudança de residência. Esses dados coletados durante a observação foram importantes para nortear as entrevistas individuais e conectar os assuntos que apareciam com os abordados anteriormente nos encontros.

Participaram do estudo onze mulheres, com idades variando entre 18 e 38 anos, usuárias de uma Clínica de Saúde da Família localizada em Manguinhos, comunidade de baixa renda do Rio de Janeiro. Como ocupação, relataram ser do lar e dependerem financeiramente do marido ou companheiro ou de auxílio governamental. O acesso à educação variou muito, desde o ensino fundamental incompleto ao superior completo.

Em geral, eram primíparas e relataram estar em um relacionamento estável. Apenas uma entrevistada criava o seu filho sem ajuda do pai da criança. Todas as mulheres relatam ter passado pelo processo de aleitamento materno exclusivo (AME), mesmo que apenas no primeiro mês de vida do filho.

Após análise detalhada e interpretação do material empírico, os temas foram estruturados e pontos importantes destacados e agrupados. A amamentação foi referida como doação, um sacrifício que a mulher deve se submeter para se tornar mãe. Na prática, em meio a outras funções que ela se vê responsável a exercer, há queixa de cansaço e obrigação. Como influenciadores, as relações familiares foram pontuadas, seja por apoio, opressão ou imposição.

Amamentar: uma escolha da mulher?

Durante a observação, quando o tema amamentação surgia, as opiniões divergiram muito. As participantes primigestas geralmente responderam que gostariam de amamentar pelo período recomendado, as que tinham filhos tendiam a relatar suas dificuldades com o AM, e apresentavam um olhar pessimista diante desta prática.

Nas entrevistas, algumas mulheres do estudo desistiram do AM por considerarem que amamentar as colocaria numa situação de cuidado exclusivo com o filho, o que limitaria a dedicação a outras atividades domésticas.

> *"Pensando bem, não vou querer só dar o peito não. Vai me segurar muito! Em casa, eu só vou poder estar com ela. Se eu quiser fazer alguma coisa sem ela, não vou poder. "* Entrevistada 4

Mesmo as que amamentavam de forma exclusiva chegaram a cogitar outra opção para alimentar seus filhos, mas não levaram adiante por acreditar que deveriam manter o peito em favor da saúde da criança. A questão financeira também foi destacada como impeditivo em optar pelas fórmulas, já que possuem valor elevado, fazendo com que algumas mulheres mantivessem o peito mesmo que o desejo fosse o desmame.

> *"O que me segurou é que, assim, ele não tem culpa de nada! Ele simplesmente depende de mim. "* Entrevistada 9
>
> *"Pô, leite de sessenta reais, não vou querer mais não! Imagina! Toda hora 60 reais! "* Entrevistada 4

Apesar da maioria das entrevistas serem do lar, algumas participantes já haviam voltado para suas tarefas profissionais. Ao compararem ficar mais tempo amamentando o

bebê ou trabalhar para trazer dinheiro para casa, optaram pelo trabalho. Com melhores condições financeiras conseguiriam manter a alimentação da criança com fórmulas e outros alimentos industrializados.

> *"É, fiquei 1 mês desempregada e agora tô nesse. Porque não dá pra ficar desempregada, é muito gasto! Ele* [criança]*não gosta muito de beber mamadeira, tomar mingau.. ele bebe é muito danone, come biscoito, graças a Deus como muito bem [..] e danone é um gasto. "* Entrevistada 10

No presente trabalho foi possível apreender que nem todas as mulheres desejavam amamentar, porém esse discurso não foi assumido de forma explícita pelas entrevistadas. O não querer ficou subentendido quando elas não aceitavam ajuda do médico para auxiliar no AM, porque o seu filho já estava acostumado com a mamadeira, ou quando relatavam desconforto durante a prática do aleitamento. A falta de espaço nas consultas individuais para conversar sobre as dificuldades da amamentação ou sobre substitutos foi observada nas entrevistas, fazendo com que as mulheres buscassem informações pela internet, com amigos ou parentes. Estudos realizados com mulheres que amamentavam observaram que cerca de 15% não desejavam amamentar e relacionavam a prática a situações de desprazer (MARQUES e PEREIRA, 2010; OSÓRIO e QUEIROZ, 2007).

Além disso, há uma dificuldade em saber qual é o real motivador que leva a mulher a amamentar, pois o medo de julgamentos e críticas a intimida nesse período.

> *"Eu acharia que me julgariam se eu tivesse tirado o peito totalmente, mas eu não tirei. "*Entrevistada 8

Marques e Pereira (2010) questionam se a mulher amamenta por prazer ou para seguir normas e padrões, para não decepcionar a sociedade enquanto mãe e não se culpabilizar por ser uma mãe desnaturada. Esse cumprimento de regras é abordado por Badinter (1985), quando descreve que a natural motivação da mulher a amamentar deveria ser substituída pela obrigação moral, pois é através dela, e não pelo instinto materno, que há toda manipulação do amor incondicional.

Para Calafate e Parente (2013), a instituição hospitalar se apropriou do corpo e do desejo da mulher a partir do momento que designou normas e procedimentos de como fazê-la amamentar, com sucesso, e como cuidar do seu filho, ignorando sua autonomia frente ao seu corpo, suas escolhas e influências externas.

Houve uma generalização da mulher que ignorou todas as possibilidades e individualidades que podiam existir, idealizando apenas um desejo e um padrão a seguir. São infinitas as formas de ser mulher na cultura ocidental, tornando injusto e excludente o modelo

padrão que reduz a mulher a figura heterossexual, com suas ambições limitadas a suas tarefas domésticas, maternidade e amamentação (NUNES, 2011).

O desejo pela experiência da amamentação deve ser uma escolha, normalmente influenciada por questões pessoais, sociais, culturais e econômicas. Assim, é necessário que o tema seja debatido de forma singular, não obrigatória, respeitando a opção e a história de cada mulher. Cadoná (2010), questiona o desejo das mulheres em se encaixarem em moldes idealizados de mãe amorosa, perfeita e responsável, tendo em vista o alto preço pago para atingir esse papel.

Desvincular o AM da construção social de mãe amorosa, dedicada e cuidadora pode contribuir com a saúde da mulher e da criança, na medida em que deixa a mulher livre para decidir sobre a prática alimentar de seus filhos, de maneira tranquila, sem culpas, e adequada as suas reais necessidades (TOURINHO, 2006).

“Não é fácil”

Para as mulheres que participaram do estudo houve uma queixa recorrente de que amamentar não foi uma experiência tranquila e fácil de ser vivenciada, demonstrando que essa não é uma prática instintiva e natural a todas as mulheres.

No imaginário social há um entendimento de que é necessário superar o cansaço, a dor, as dificuldades para amamentar. Dar o peito ao bebê faz parte do processo de construção de um ideal de mãe (PRIMO e CAETANO, 1999). Segundo Badinter (1985), para a sociedade, o processo de se tornar mãe é visto como uma atividade pré-formada, uma resposta automática à sua nova condição, portanto a mulher tende a se pressionar para expor o mínimo de dificuldade possível durante a maternagem. Para Kimura (1997), essa identidade materna não é imposta pela natureza da mulher, mas é construída de forma coletiva, em suas relações. Sendo assim o tornar-se mãe é construído durante a relação entre a mulher, filho, companheiro, amigos e parentes durante todo seu processo de maternidade, desde a gestação até o fim da vida.

As dificuldades enfrentadas pela nutriz se misturam ao discurso biomédico sobre amamentação, transmitido e reproduzido na sociedade, o qual concebe o leite materno (LM) como a melhor alternativa para a saúde da criança, sendo valorizado também como ato de amor e doação. Esse discurso foi fortemente trazido pelas mulheres do estudo, porém entremeado por queixas e por relatos de práticas contraditórias ao discurso, que somente puderam ser apreendidas com o desenrolar das entrevistas.

> *"Ah tava lá: você quer um motivo para amamentar? A gente te dá dez. Aí tinha lá os dez motivos pra você amamentar. Que era mito esse negócio que o leite é fraco. "*Entrevistada 4

Essa reprodução de discursos e consensos da sociedade é abordada por Marques & Pereira (2010) e Primo & Caetano (1999), ao observarem de que forma as mães se apropriam de termos e jargões que campanhas e profissionais de saúde utilizam durante o pré-natal. Quando se trata apenas de repetição desse discurso universal sobre AM, a prática pode não confirmá-lo, ou seja, o efeito esperado não repercute no cotidiano da mulher. Talvez, a mídia e os profissionais de saúde, como interlocutores do AM, reproduzam à mulher um padrão ideal de amamentação no qual somente se destacam seus aspectos positivos, sem que transpareçam as dificuldades que a prática envolve. Além disso, é possível notar que o reflexo das campanhas institucionais de AM se faz presente na frequente relação que as mulheres estabelecem de suas vantagens enfatizadas nos benefícios voltados para o bebê, e não para si próprias (GONÇALVES e BONILHA, 2005).

Fica perceptível o meio ambíguo em que a mulher está inserida durante a amamentação, com sentimentos paradoxais que misturam cansaço, obrigação, dor, pressão, afeto, vínculo e carinho (ALMEIDA, 1999). A mulher pode passar por experiências que não condizem com essa relação de amor natural, que foi construída em relação à amamentação (PRIMO e CAETANO, 1999). Os próprios valores sociais contribuem para essa vivência paradoxal da maternidade, pois, da mesma forma que a mãe é valorizada e dignificada, pouco suporte e apoio é oferecido para que exerça esse papel de forma tranquila e voluntária (SILVA, 1990). Levando-se em consideração esse turbilhão de sensações, a presença de sentimentos negativos deveria ser compreendida e aceita.

Durante as entrevistas, as mulheres referiram uma pessoa de seu convívio familiar para orientá-las e ajudá-las a lidar com as dificuldades durante a amamentação. Na maioria das vezes, essa figura era a mãe da entrevistada, a avó da criança, que por sua experiência, era julgada como mais qualificada para o aconselhamento.

> *"Ela criou 5 filhos, é mais velha, conta cada coisa, sabe de cada coisa. Por mais que o médico fale assim "não pode", eu prefiro ouvir minha mãe (..)Porque médico é exagerado. "* Entrevistada 10

Estudos apontam que, antes da procura por orientações de um profissional de saúde, a gestante busca conselhos com um membro da família mais próximo, quase sempre outra mulher, com quem tenha mais afinidade (NAKANO et al., 2007, BARREIRA e MACHADO, 2004).

A valorização do saber de uma pessoa mais velha é um sinal de respeito e a inserção dessas orientações ao cuidado do bebê, leva à permanência da tradição familiar (TEIXEIRA; NITSCHKE; SILVA, 2011).

A mulher-avó tem uma bagagem de conhecimentos e experiências que traz segurança e confiança para a jovem mãe (TEIXEIRA; NITSCHKE; SILVA, 2011). Porém, esses conselhos estão sujeitos a variações de acordo com a experiência de cada avó, podendo influenciar de forma positiva ou não.

> *"O médico falava ´não precisa dar água, porque o peito tem tudo´, aí minha mãe ´não, tem que dar água sim! Neném sente sede! ´ aí ela dava água e ele teve prisão de ventre, e ela dava chazinho pra ele, chegou a fazer um suco de mamão ralinho pra dar pra ele. "* Entrevistada 10

As experiências de amamentação vivenciadas pelas avós podem se refletir na forma como estas se colocam frente às dificuldades da filha-mãe. Por meio das entrevistas, foi possível apreender que algumas vezes há a orientação das avós para a continuidade da amamentação, mesmo com sofrimento e dor, para que a mãe se acostume com a dor.

Em estudo de Teixeira et al., (2006) há o questionamento se essa responsabilidade atribuída à mulher de amamentar a qualquer custo, não poderia desvirtuar a prática a uma obrigação, e não como um ato de prazer como é constantemente divulgado.

A resistência à dor que a mulher é imposta a desenvolver é abordada por Nakano et al., (2007) como mais um aspecto da construção social da mãe-mulher, um ser que não sente dor, ou que, se sentir, a suporta, a oculta, fazendo tentativas para aliviá-la. No entanto, nem sempre sua real natureza é identificada, podendo ser um complicador na busca pelos serviços de saúde para investigar intercorrências mamárias.

Badinter (1985), discute que nem sempre há uma felicidade da mãe em se doar, se sacrificar. Relaciona os deveres da maternidade com um masoquismo natural e até mesmo obrigatório, imposto pela sociedade. Culturalmente, sofrer é intrínseco à missão de ser mãe cuja obrigação é a de colocar a felicidade de seus filhos na frente de qualquer outra coisa.

No presente estudo, nos casos em que a relação entre avó e a filha-mãe não era boa, foi relatado que os conselhos chegavam para essa mulher em tom de ameaça, ofensa e de desconfiança.

Segundo Primo e Caetano (1999), amamentar é uma herança de gerações. Se a avó da criança teve problemas durante a amamentação e mesmo assim persistiu, o conselho será esse, se ela introduziu as fórmulas, aconselhará para não insistir muito, como se não conseguir

amamentar fosse uma questão de genética. E ainda, conforme neste estudo, se as relações são conflituosas, a prática da amamentação pode se tornar uma fonte de mais problemas.

Quando o apoio da avó não foi buscado ou não aconteceu, as mulheres tentaram explicar por diferentes razões: ciúme da relação da avó com o filho, insegurança, não necessitaram desse aconselhamento e outras admitiram que se sentiram sozinhas. Esse discurso também foi registrado durante a etapa de observação participante.

> *"Tenho minha mãe, mas não gosto da opinião da minha mãe não, tenho muito ciúme dela (criança), medo de levar ela, criar ela. "* Entrevistada 11
>
> *"Eu não tenho minha mãe muito próxima. Nem próxima de sentido físico, nem em sentido emocional, então, não tenho ninguém pra me ajudar assim. Geralmente é a mãe que ajuda, né? "* Entrevistada 7

A mulher que não tem figura materna para se espelhar ou para pedir ajuda, pode se sentir sozinha, desamparada e perdida, principalmente nos momentos de dificuldade (PRIMO e CAETANO, 1999).

Com relação aos companheiros das entrevistadas, o discurso autoritário e de julgamento se repetiu. A imposição, nesse caso, ocorreu pela ideia do LM ser o melhor para o seu filho, sendo esse o dever da mulher e, também, pelo impacto financeiro que a escolha por fórmulas traz à família. Este tipo de comportamento só aumenta a culpabilização materna e a pressão vivenciada.

> *"Às vezes quando ele [bebê] mama muito, chega a ficar assado, machuca, aí ele* [companheiro] *fica: Não, dá assim mesmo. "* Entrevistada 1

A figura do companheiro como pessoa importante para apoiar e aconselhar, foi referida apenas por uma das entrevistadas. Todas as outras mulheres só mencionavam o papel do companheiro quando questionadas. Este dado também foi encontrado no estudo de Barreira e Machado (2005), no qual nenhuma das mulheres referiu a ajuda do companheiro no processo de amamentação. Esses resultados permitem a reflexão do AM como uma prática feminina e o distanciamento do homem no processo do cuidado do filho e que o estereótipo do papel familiar do homem apenas como provedor e procriador mantem-se reproduzido.

Embora a importância da presença do companheiro seja evidenciada em diversos estudos (ZUTIN, 2012; PIAZZALUNGA e LAMOUNIER, 2011; MARQUES e LEMOS, 2010; PONTES; ALEXANDRINO; OSORIO, 2009), a mesma não tem sido estimulada dentro do contexto familiar, pelos profissionais de saúde e na maioria das campanhas institucionais de AM (ZUTIN, 2012; PIAZZALUNGA e LAMOUNIER, 2011).

Debater sobre o AM, deixando de lado a visão reducionista do mesmo enquanto uma prática natural auxiliaria no processo de inserção e empoderamento da mulher, reconhecendo-se que as dificuldades existem, as experiências são individuais e que aquelas que não amamentam não podem ser julgadas e excluídas.

Amamentação e o trabalho feminino doméstico

Com a inserção da mulher no mercado de trabalho, a divisão sexual do trabalho que designa o homem para prover e a mulher para reproduzir vem sofrendo mudanças. Segundo Hirata (2002), ainda que se observe mudanças significativas nas divisões sexuais profissionais, não houve mudanças na divisão sexual do trabalho doméstico e familiar. Sendo assim, o acúmulo de tarefas ainda é presente nos dias de hoje.

O perfil das entrevistadas era de mulheres do lar, que em sua maioria dependiam de auxílio governamental ou do trabalho do companheiro ou familiar. De acordo com elas, mesmo nos primeiros dias de puerpério elas mantiveram suas tarefas domésticas, alternando com os períodos de amamentação, descanso e higiene pessoal. A principal queixa era de cansaço. Elas se sentiam sobrecarregadas e poucas tinham uma rede social de apoio, que as aliviasse das tarefas e dividisse as responsabilidades. Durante a fase de observação, essa responsabilidade pelas tarefas domésticas também foi narrada, sendo que muitas continuavam com suas atividades mesmo com pedido médico de repouso, pois se elas não fizessem, ninguém o faria.

No presente estudo foi possível inferir que o acúmulo de deveres, sendo a amamentação mais um, foi um fator que influenciou o desmame precoce. Resultado também relatado por Osório e Queiroz (2007) e Sebastião (2013), que observaram no comportamento das mulheres que não desejavam amamentar o acúmulo de funções, falta de apoio e cansaço. Para Spindola (2002), ao tentar conciliar os papéis que a mulher se vê obrigada a assumir, suas prioridades entram em conflito e o AM pode se tornar um complicador e colocado em segundo plano.

> *"Eu sentava pra pegar o prato de comida e ele começava a chorar. Aí eu pensava: meu Deus! Só essa criança, essa criança o tempo todo! E eu, não como? Porque bate um pouco de desespero. "* Entrevistada 3

A ajuda da avó com as atividades domésticas e o cuidado com o bebê também foi relatada, porém dificilmente essa ajuda era para a filha-mãe descansar, mas para poder realizar alguma outra tarefa doméstica ou poder amamentar por mais tempo durante o dia.

Cadoná (2010) observou que esse discurso está presente em campanhas de promoção do AM, deixando a mulher sem escolhas e destinada a sua condição biológica de provedora de leite. O acúmulo de funções gera conflitos pessoais e familiares, fruto de sobrecarga e cansaço da mulher (NAKANO, 2003).

Com relação ao apoio dos companheiros no cuidado do filho e da casa, o discurso recorrente foi ajuda em coisas pequenas, quase que indiferentes. Esse discurso também foi observado por Nakano e Mamede (2000), em seu estudo as entrevistadas interpretaram a participação masculina em casa como uma "ajuda", tendo em vista a ilegitimidade do mesmo nessa esfera. Muitas "desculpavam" o companheiro porque reconheciam que o mesmo chegava cansado do trabalho e não tinha tempo para ajudar em casa.

Ao se apropriar desse raciocínio, as mulheres estão consentindo que o trabalho doméstico não tem valor e que o único trabalho relevante é o masculino, pois este resulta em bens materiais e comida para casa (PAULILO, 2004; HILLESHEIM, 2004).

> *"Ele* (companheiro) *troca ele* (criança)... *fica um pouco com ele, quando eu tô cansada. Aí ele me ajuda nessas coisinhas, ele sai pra trabalhar muito cedo. "* Entrevistada 5
>
> *"Ele bagunça mais do que arruma, junto com a minha outra filha, porque ele trabalha"* Entrevistada 8

O contexto que essas mulheres estavam inseridas era de pobreza, dependência financeira e violência, muitas referiam uma relação instável e vinham com filhos de relacionamentos que não deram certo. Percebe-se que, para as mulheres que concordavam com o papel reduzido do companheiro no ambiente familiar, havia o medo de ficar sozinha, ter que criar sozinha o filho. Logo, era melhor viver com pouca participação do que com nenhuma. A estabilidade conjugal foi evidenciada como um fator para aceitar certos acordos no relacionamento, mesmo que a mulher saísse mais lesada e assumisse mais obrigações.

Em contrapartida, outras reivindicam a ajuda do companheiro e não achavam justo ficarem com todo o trabalho doméstico e de cuidado da família.

> *"Ele tem ajudado, mas de vez em quando ele reclama, que chega do trabalho e tem que segurar ela. Aí eu vou e falo que ele tem que segurar porque eu fico o dia todo com ela, que eu também tô cansada. "* Entrevistada 6
>
> *"Não, eu que acordo* [de madrugada]. *Às vezes, eu boto ela, tipo assim, de madrugada deitada do lado dele pra gritar um pouco na mente dele"*. Entrevistada 4

A divisão de trabalhos de acordo com o gênero é historicamente delimitada em estereótipos: homens trabalham para trazer dinheiro para casa e as mulheres ficam responsáveis pelas atividades domésticas e criação de seus filhos (PAULILO, 2004). Por mais que muito tenha se evoluído, a parcela dos homens que participa em casa tenha aumentado e o percentual de mulheres que trabalha fora tenha crescido bastante, a educação dos filhos e a realização de tarefas domésticas, como cozinhar e limpar a casa, majoritariamente, é designada às mulheres (PONTES; ALEXANDRINO; OSORIO, 2009). Além disso, caso haja algum desajuste relacionado à saúde dos filhos e organização da casa, a culpa é assumida pelas mulheres (CALAFATE e PARENTE, 2013; TOURINHO, 2006). Sendo assim, como visto no estudo, as mulheres se obrigam e se sentem pressionadas para dar conta de tudo e não serem julgadas, caso algo dê errado.

Duas das entrevistadas não estavam mais com os pais das crianças, em ambos os casos o ex-companheiro dificilmente visitava a criança e ajudava financeiramente. Esse resultado vai de encontro com o demonstrado por Costa e Marra (2013), que observou que com o término da relação, o cuidado da criança fica sob responsabilidade da mulher e o pai, que muitas vezes já tem uma participação coadjuvante na educação e criação, passa a ser uma figura nula, quase que inexistente.

Sentir-se responsável pelo cuidado com o bebê, a família, a casa e abraçar esses deveres, sem questionar se é justo ou não, é fruto de relações desiguais entre os gêneros que, de certa forma, estruturam a sociedade. Segundo Devreux (2014), autora que trabalha com o conceito de *habitus* de Bourdieu (2010), o *habitus* feminino, ou seja, um conjunto de condicionamento interiorizados dessa classe, é globalmente associado ao seu lugar nas tarefas domésticas e dedicação à família e que por mais que a mulher se insira no mercado de trabalho extradomiciliar, ela não poderá transformar esse *habitus*.

Ainda nessa lógica de relações de gênero e trabalho, há uma relação de poder com dominação simbólica entre homens e mulheres, onde o homem é o dominante e a mulher a dominada e ambos se reconhecem e se constroem como tal. Aproximando aos resultados do estudo, esse reconhecimento como vítima e do homem como dominador ocorre algumas vezes quando as participantes tentam fundamentar a não participação do companheiro nas atividades domésticas e de cuidado do filho e consentir com a sua condição de responsável pelos cuidados com a casa e a família, como um destino irrefutável (DEVREUX, 2014).

> *"Ser mãe não é só botar no mundo porque você tem que se doar. "*
> Entrevistada 6

> *"Cansaço a gente sente, né? (...) mas se a gente quis ser mãe, né? Agora tem que aguentar! "*Entrevistada 8

Exigir dedicação exclusiva da mulher ao filho é anular os desejos e subjetividades femininas, excluindo todos os outros papéis que possam ser desempenhados e reduzindo a mulher somente à mãe (TOURINHO, 2006).

A participação no grupo de gestantes – O apoio necessário

A participação no grupo de gestantes foi descrita como um diferencial do pré-natal na clínica. Os relatos sobre a participação das mulheres destacaram a interação com as outras gestantes, a troca de histórias e vivências, poder falar de seus sentimentos e também o vínculo criado com os profissionais que mediavam o encontro. Esses destaques também foram verificados na observação participante. As gestantes chamavam as profissionais pelo nome, pediam ajuda quanto às questões da clínica, demonstrando confiabilidade. A empatia era perceptível e o clima era de descontração.

> *"(...) a gente vê que não é só a gente que está passando pelas mudanças, é legal! "*Entrevistada 6
>
> *"O apoio emocional, eu via como se fosse um apoio psicológico. Eu podia conversar sobre os meus medos. "*Entrevistada 7

A mulher no período gravídico está exposta a pressões pessoais, de familiares e dos profissionais de saúde. A possibilidade de um encontro com outras gestantes, que estejam na mesma situação que elas, e com profissionais que não têm o enfoque apenas biológico, foi compreendido como um momento de conforto e alívio.

> *"Foi, assim, elas me deram liberdade para eu me expressar, entendeu? E elas me deixam muito à vontade para falar o que eu queria. Elas me deram ajuda, eu podia rir, podia falar com elas até dizer chega! "* Entrevistada 9
>
> *"Elas dão liberdade pra gente falar o que a gente tá sentindo naquele momento. Ainda que grávida, a gente fica mais sensível, né? Então, dá liberdade, é uma conversa assim, saudável, que tu se sente no meio de um montão de amiga. "* Entrevistada 10

Em estudo de Sartori e Van Der Sand (2004), a troca de experiência também foi descrita como fator importante, que permite à mulher a oportunidade de escutar e compartilhar as mais diferentes situações, podendo decidir o que é importante ou não para si.

Uma característica central nos discursos das entrevistadas foi a repetição das palavras “liberdade”, “conversa”, “troca de experiências” e a lembrança do nome das profissionais que organizavam o grupo, demonstrando afeição, identificação e vínculo. O acolhimento exercido pelo grupo teve uma representação de amizade para essas mulheres.

Apesar das falas positivas de troca e interação entre as participantes e as profissionais, quando perguntadas sobre as orientações que haviam recebido sobre amamentação, as respostas soaram evasivas, desvalorizadas e sem muito efeito.

> *“Olha, eles [profissionais de saúde] me orientaram sim! Mas eu não consigo me lembrar o que, porque minha memória está terrível. Eu lembro, mas assim, a teoria eu me lembro, mas assim a prática é difícil. Eu achava que ia ser tudo tranquilo, na prática, é mais difícil. Muito mais difícil.”* Entrevistada 6

Esse sentimento de tranquilidade não foi encontrado nas observações, durante o 3º encontro, no qual havia a conversa sobre amamentação e cuidados com o bebê, as gestantes ficavam ansiosas para segurar o bebê, relatavam medo, insegurança e tinham muitas dúvidas. O cenário do terceiro encontro, por se tratar do último, era marcado por preocupações com a saúde da criança, as dores que se intensificam, o hospital que iriam ter o bebê, o tipo de parto que iriam fazer e o tratamento da equipe médica. A necessidade das mulheres nesse momento era de conversas mais calmas, relaxantes e que a acalmassem, podendo ser o motivo de não lembrarem das orientações e as conversas abordadas no dia.

Por meio das entrevistas individuais, ficou clara a necessidade que as mulheres tinham de um grupo de apoio, onde se sentissem acolhidas e pudessem dialogar sobre seus medos e angústias, deixando as orientações que recebiam em segundo plano.

Mesmo a interação com outras gestantes tendo sido bastante relatada como ponto positivo, algumas julgaram que se sentiram mais à vontade quando as outras mulheres faltavam ao grupo e elas participavam sozinhas, ou seja, o grupo perdia sua característica coletiva e participativa e se transformava numa ação individualizada, embora as estratégias de atuação dos profissionais se mantivessem. Para essas mulheres, a ação coletiva trazia desconforto, demonstrando que mesmo em situações parecidas, as participantes podem não se sentir tão à vontade para expor os seus sentimentos.

> *“A situação dela era totalmente diferente da minha. Ela era bem mais nova que eu. Então, acabou que ficou uma coisa assim, duas pessoas totalmente diferentes. Ela tava muito mal de estar grávida, já tinha pensado em aborto. Então assim, eu achava que, os meus encontros, sozinha, não tinha muito*

> *aquela história de uma outra pessoa que falava coisa que não tinha nada a ver". Entrevistada 7*
>
> *"Porque, na época, eu passava por muitas coisas e expressar isso diante de muitas outras pessoas, que também tavam passando por outras emoções"*(entrevistada demonstrando que não ficava à vontade para falar de seus problemas na presença de demais pessoas). Entrevistada 9

A implementação de ações coletivas em saúde pode não acolher a todos, havendo a necessidade de consultas individuais com caráter mais acolhedor. As mulheres que relataram preferência pelas consultas individuais estavam passando por momentos turbulentos durante a gestação, a Entrevistada 7 estava em processo de aceitação de uma gestação não desejada e a Entrevistada 9 se encontrava recém divorciada e muito carente de atenção. Em casos como esses, de fragilidade emocional, as mulheres precisam de um momento mais privado e de mais atenção para poder compartilhar seus sentimentos e se sentirem em um ambiente mais confiável e seguro.

Delfino et al. (2004) e Klein e Guedes (2008) concordam ao dizer que o cuidado integral da gestante compreende o atendimento individual e coletivo em complemento. Hoga e Reberte (2007) observaram, em seu estudo, que na estratégia de grupo para gestantes existiam dois limitantes: a dificuldade de interação para as pessoas mais tímidas e a heterogeneidade que possibilitava colocações e pontos de vistas muito diferentes, que poderiam distanciar as participantes. Esses limitantes também foram os relatados durante as entrevistas, neste estudo, já que duas mulheres relataram não se sentir confortável em compartilhar algumas situações em ambiente coletivo. O grupo teve seu papel acolhedor, interativo e possibilitou as mulheres observarem que elas não são as únicas a passarem por situações diferentes ou fora do tradicional e se identificarem, porém, algumas entrevistadas precisam do momento individual para dividir de forma mais confortável suas angústias e experiências.

Parece que a principal função do grupo era aliviar as pressões as quais algumas mulheres estavam submetidas. De acordo com Klein e Guedes (2008), a importância do grupo na partilha de questões emocionais, na possibilidade de reflexão, na liberdade para se expressar, possibilita preparar a mulher para vivenciar a maternagem de forma mais ativa e consciente.

Com relação às orientações sobre amamentação, é necessário que a forma como estas são conduzidas no cotidiano do pré-natal sejam revistas, e o momento em que elas estão

sendo abordadas seja modificado, afim de que sejam, de fato, apreendidas pelas mulheres e possam fazer alguma diferença em suas vidas.

Há que se repensar que a estratégia de grupo pode não ser a mais adequada para todas as mulheres, durante a gestação, sugerindo um momento de acolhimento individual e levar em consideração seus reais interesses e características deve ser uma condição para o desenvolvimento das ações, sejam elas individuais ou coletivas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A apreensão dos sentidos do AM para as mulheres participantes do estudo confirma a abordagem da amamentação como um fenômeno sociocultural, que está condicionado não só pelas questões fisiológicas, como por suas vivências, influências familiares, questões de gênero, tradições e acesso à informação.

Como uma prática que permite significados ambivalentes por um mesmo indivíduo, a amamentação é tanto amor quanto dor, tanto troca de carinho como cansaço. Portanto, insistir em um conceito limitado e determinista de que a amamentação é uma consequência da natureza é negar a importância de toda a experiência de vida que essa mulher carrega consigo. É necessário abordar as dificuldades do AM, deixando as mulheres confortáveis para debater o tema e buscar soluções, sem julgamentos. A amamentação deve ser abordada como uma escolha e não como um fardo imposto pela sociedade.

A participação no grupo de gestantes foi percebida pelas mulheres como uma oportunidade de alívio das tensões. No contexto de pressões e obrigações da maternidade, a existência de um ambiente como o grupo pode, ao mesmo tempo, representar um refúgio para a mulher e estimulá-la para protagonizar, de forma mais autônoma, o seu processo de se tornar mãe, estimulando-a para refletir e questionar as informações trocadas. É importante ressaltar que para as participantes as orientações sobre AM não foram o ponto mais lembrado ou valorizado, mas, os momentos em que estavam preocupadas, tristes ou ansiosas e encontraram no grupo um espaço acolhedor para desabafar e trocar experiências.

Há necessidade de debater as dificuldades do AM de forma a incluir as que encontram limitações e de inserir de forma mais eficaz no contexto das ações de promoção de AM as avós e os companheiros, para haver uma corresponsabilidade entre eles sobre o cuidado da criança e a compreensão da complexidade da amamentação. O papel de cuidador deve ser responsabilidade de todos os agentes da família, deixando a mulher com menos pressões e responsabilidades tanto com a criança quanto em casa.

Esperamos que os resultados deste estudo proporcionem subsídios para que os profissionais de saúde se sintam motivados a melhor compreender os sentidos que o AM carrega e para que percebam a importância da escuta das mulheres, para assim poderem atuar de forma dialógica. A construção desse trabalho foi um grande desafio para mim, quanto profissional da saúde, ao me desprender do olhar biologicista e teórico e buscar compreender a visão de quem está do outro lado e espero que também auxilie na prática de outros profissionais.

A implementação de mais espaços de acolhimento e apoio às mulheres se torna importante para possibilitar que os encontros ocorram de forma mais reflexiva e consciente. Afinal, entende-se que a maior participação feminina promove uma melhor compreensão da prática do AM e, por isso, acredita-se que o diálogo sobre amamentação deva acontecer de forma horizontal, estando o profissional de saúde atento e sensível às experiências das mulheres sobre esse tema tão rico de significados e sentidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, J.A.G.; NOVAK, F.R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **Jornal de Pediatria.** Rio de Janeiro, p. S119-S125, 2004.

BADINTER, E. **Um Amor Conquistado: o Mito do Amor Materno**. Elisabeth Badinter; tradução de Waltensir Dutra. — Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 2008

BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. Trad. Maria Helena Kuhner. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

CADONA, E. **"Amamentar é educar para a vida?!?!":** A produção da maternidade contemporânea nas campanhas de amamentação. Porto Alegre, 2010. 117 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Psicologia, Pós- Graduação Psicologia Social, PUCRS.

CALAFATE, J.M.S.; PARENTE, T.G. O "instinto materno": uma discussão acerca da apropriação do estado no "desejo" de amamentar. **Seminário Internacional Fazendo Gênero 10 (Anais Eletrônicos)**, Florianópolis, 2013. ISSN 2179-510X.

COSTA, F.A.O.; MARRA, M.M. Famílias brasileiras chefiadas por mulheres pobres e monoparentalidade feminina: risco e proteção. **Revista Brasileira de Psicodrama**, v. 21, n. 1, p. 141-153, 2013.

DELFINO, M.R.R. et al. O processo de cuidar participante com um grupo de gestantes: repercussões na saúde integral individual-coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva, v.** 9, n. 4, p. 1057-1066, 2004.

DEVREUX, A.M. Pierre Bourdieu e as relações entre os sexos: uma lucidez obstruída. In: **O gênero nas Ciências Sociais:** releituras críticas de Max Weber e Bruno Latour. 1ª ed. – São Paulo: Editora Unesp; Brasília, DF, p. 85-104, 2014.

GONÇALVES, A.C.; BONILHA, A.L.L. Crenças e práticas da nutriz e seus familiares relacionadas ao aleitamento materno. **Revista Gaúcha de Enfermagem,** Porto Alegre (RS), v. 26, n. 3, p. 333-44, 2005.

Hillesheim, B. "Trabalho doméstico: o serviço de sempre." In STREY, Marlene N; CABEDA, Sonia T. Lisboa; PREHN, Denise R.(org.). **Gênero e cultura: questões contemporâneas.** Porto Alegre: EDIPUCRS, p. 39-52, 2004.

HIRATA, H. Travail et affects. Les ressorts de la servitude domestique. Note de recherche. **Travailler**. Martin Media n. 8, p. 13-26, 2002.

HOGA, L.A.K.; REBERTE, L.M. Pesquisa-ação como estratégia para desenvolver grupo de gestantes: a percepção dos participantes. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** v. 41, n. 4, p. 559-66, 2007.

KLEIN, C. Educação, maternidade e política cultural. **Revista Gênero.** Niterói, v. 7, n. 2, p. 175-196, 1. sem. 2007.

KLEIN, M.M.; GUEDES, C.R. Intervenção psicológica a gestantes: contribuições do grupo de suporte para a promoção da saúde. **Psicologia, ciência e profissão**, v. 28, n.4, p. 862-871, 2008.

LOVATO, A.L.T. **Obstáculos ao diálogo como ferramenta para promoção do aleitamento materno:** uma abordagem educacional. Trabalho de conclusão de especialização. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. 2008.

MARQUES, D.M.; PEREIRA, A.L. Amamentar: sempre benefícios, nem sempre prazer. **Ciência Cuidado Saúde** v. 9, n. 2, p.214-219, 2010.

NAKANO, A.M.S. As vivências da amamentação para um grupo de mulheres: nos limites de ser “o corpo para o filho” e de ser “o corpo para si”. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 355-363, 2003.

NAKANO, A.M.S.; MAMEDE, M.V. A mulher e o direito de amamentar: as condições sociais para o exercício desta função. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 4, n.2, p. 22-27, 2000.

NAKANO, A.M.S. et al. O espaço social das mulheres e a referência para o cuidado na prática da amamentação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem,** v. 15, n2, 2007.

NUNES, S.A. Afinal, o que querem as mulheres? **Psicologia Clínica.,** Rio de Janeiro, vol.23, n.2, p.101 – 115, 2011.

OSÓRIO, C.M.; QUEIROZ, A.B.A. Representações sociais de mulheres sobre amamentação: teste de associação livre de ideias acerca da interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem,** v. 11, n. 2, p. 261-267, 2007.

PAULILO, M.I.S. Trabalho familiar: uma categoria esquecida de análise. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 360, 2004.

PIAZZALUNGA, C.R.C.; LAMOUNIER, J.A. O contexto atual do pai na amamentação: uma abordagem qualitativa. **Revista Médica de Minas Gerais** v. 21, n. 2, p. 133-141, 2011.

PONTES, C.M.; ALEXANDRINO, A.C.; OSORIO, M.M. O envolvimento paterno no processo da amamentação: propostas de incentivo. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**., Recife, v.9, n.4, p. 399-408, out. / dez., 2009.

REIS, K.S. et al. Programas de incentivo ao aleitamento materno. **Nutrir Gerais**. v.2, n.3, p. 1-13, 2008.

REZENDE, M.A.; SAWAIA, B.B.; PADILHA, K.G. “Mãe boa amamenta” ou a força da ideologia. **Família, Saúde e Desenvolvimento**., Curitiba, v.4, n.2, p.154-162, jul./dez. 2002.

SARTORI, G.S.; VAN DER SAND, I.C.P. Grupo de gestantes: espaço de conhecimentos, de trocas e de vínculos entre os participantes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 6, n. 2, p.153-165, 2004.

SCHWANDT THOMAS, A. Três posturas epistemológicas para a investigação qualitativa. In: Denzin Norman K, Lincoln Yvonna S. **O Planejamento da Pesquisa Qualitativa:** teorias e abordagens. Porto Alegre: Artmed, p. 193-217, 2006.

SEBASTIAO, C.M.A.G. **Políticas públicas de aleitamento materno:** um olhar discursivo sobre o sujeito mãe. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado de Mato Grosso. Programa de Pós-Graduação em Linguística, 2013.

SILVA, A.A.M. **Amamentação:** fardo ou desejo? Estudo histórico social dos saberes e práticas sobre aleitamento materno na sociedade. [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 1990.

SPINDOLA, T. **Trabalho feminino:** muitos papéis uma só mulher! Ambivalências do cotidiano. [tese de doutorado]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Anna Nery/ UFRJ; 2002.

TEIXEIRA, M.A. et al. Significados de avós sobre a prática do aleitamento materno no cotidiano familiar: a cultura do querer-poder amamentar. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 98-106, 2006.

TEIXEIRA, M.A.; NITSCHKE, R.G.; SILVA, L.W.S. A prática da amamentação no cotidiano familiar um contexto intergeracional: influência das mulheres-avós*. **Revista Temática Kairós Gerontologia**, v. 14, n. 3, ISSN 2176-901X, São Paulo: p. 205-221, 2011.

TOURINHO, J.G. A mãe perfeita: idealização e realidade – Algumas reflexões sobre a maternidade. **IGT na Rede** v. 03, n. 05, 2006.

ZUTIN, T.L.M. **A posição do homem no processo de amamentação:** um ensaio sobre produção de sentidos. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2012.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo revela uma trama de sentidos atribuídos à amamentação pelas mulheres entrevistadas. Sentidos nos quais estão imersas cobranças, imposições e obrigações vindas dos mais variados lados da sociedade.

Muito do que é conceituado sobre amamentação influencia na forma com que a mulher se relaciona com seu filho e a priva de uma escolha reflexiva. É perceptível que para essas mulheres amamentar tem suas dificuldades, porém admitir que tais dificuldades podem levá-las a desistir de amamentar, ainda é considerado inaceitável. As mulheres que decidiram parar de amamentar são impossibilitadas de assumir que o deixaram de fazer por vontade própria e atribuíram a decisão pela suspensão da amamentação em atendimento à uma escolha da criança.

O discurso da amamentação como doação, sacrifício e superação esteve muito presente no estudo, demonstrando que, para as mulheres, a maternidade envolve dor e sofrimento em prol de um benefício maior, qual seja o de contribuir para a saúde do seu filho, cumprindo com seu papel de boa mãe. Neste estudo foi possível perceber que o processo de se tornar mãe, leva à banalização da dor ou à sua omissão, tanto pelos profissionais quanto pelas próprias mulheres.

A rede social de apoio, formada por familiares, amigos e profissionais de saúde, foi percebida pelas mulheres ora como um suporte, ora como reprodução do discurso social autoritário, normativo e repleto de distinções por gênero.

Sentimentos de liberdade, alívio, aproximação e amizade foram descritos quando o assunto do grupo de gestantes foi inserido na entrevista. Os relatos confirmam a carência que essas mulheres sentem de um profissional de saúde que as escute e que permita que o pré-natal seja um momento de troca de experiências e não só de orientações e de avalanches de informações. Esses dados sugerem que a implementação de um espaço onde a mulher possa interagir sobre seus medos, anseios e questionamentos, possibilita que ela se sinta agente ativa e protagonista no processo da maternagem e busque maior conscientização.

Debater a amamentação, deixando de lado a visão impregnada do reducionismo biológico que concebe a amamentação como um ato natural e instintivo, auxiliaria no processo de inserção e conscientização da mulher, reconhecendo a dificuldade da prática e não excluindo aquelas que optam por não amamentar. Assim como desejar é uma opção individual e influenciada por diversas questões sociais, culturais e pessoais, o tema amamentar também deve ser debatido de forma singular, não obrigatória, respeitando a opção e a história de cada mulher.

Cabe ressaltar que como a formação da pesquisadora se dá na área biomédica, ignorar o olhar determinista e biológico durante esses dois anos de estudo foi um esforço exaustivo e acredita-se que mais estudos podem dar segmento com finalidade de ampliar e aprofundar a visão da mulher como dona do seu corpo e de seus direitos no processo da amamentação.

Este estudo não teve a intenção de desmotivar ou desvalorizar a prática da amamentação ao questionar os seus significados. Pelo contrário, o intuito foi de buscar a compreensão dos sentidos que o AM encerra, valorizando a escuta das mulheres, aproximando-as do debate e contribuindo para que os profissionais de saúde percebam aí a possibilidade de construção de uma relação de vínculo e confiança com as mulheres durante o pré-natal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, J. A. G.; COUTO, L. S. Amamentação: um dilema entre amamentar e promover. In: **Anais do I Congresso do Cone Sul de Aleitamento Materno** CD, color., sonoro. Joinville, Videolar - Grupo Origem, 1996.

ALMEIDA, J.A.G. **Amamentação: um híbrido natureza-cultura.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 120p, 1999.

ALMEIDA, J.A.G.; NOVAK, F.R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **Jornal de Pediatria.** Rio de Janeiro, p. S119-S125, 2004.

ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface (Botucatu)** v.9, n.16, p. 39-52, 2005.

AMORIM, S.T.S.P. Aleitamento materno ou artificial: práticas ao sabor do contexto. Brasil (1960-1988). **Estudos Feministas**, Florianópolis, v.16, n.2, p.440, 2008.

ARANTES, C.I.S. Amamentação – visão das mulheres que amamentam. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.71, n.4, p. 195-202, 1995.

ARAUJO, I.S. Comunicação e Saúde. In: MARTINS, Carla Macedo; STAUFFER, Ana Keila de Barros. (org). **Educação e Saúde.** Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.

ARAÚJO, M.F.M.; OTTO, A.F.N.; SCHMITZ, B.A.S. Primeira avaliação do cumprimento dos “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno” nos Hospitais Amigos da Criança no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**. v.3, n.4, p.411-419, 2003.

ARAUJO, R.M.A.; ALMEIDA, J.A.G. Aleitamento materno: o desafio de compreender a vivência. **Revista de Nutrição**, v. 20, n.4, p. 431-438, jul-ago, 2007.

ARIES, P. **História social da infância e da família.** Rio de Janeiro: Guanabara, 1981.

BADINTER, E. **Um Amor Conquistado:** o Mito do Amor Materno. Elisabeth Badinter; tradução de Waltensir Dutra. — Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 2008.

BECKER, H. **"Marginais e desviantes."** Uma Teoria de Ação Coletiva (1977).

BICALHO-MANCINI, P.G.; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G. Aleitamento materno exclusivo na alta de recém-nascidos internados em berçário de alto risco e os fatores associados a essa prática. **Jornal de Pediatria**. v.80, n.3, p. 241-258, 2004.

BOSI, M.L.M.; MACHADO, M.T. Amamentação: um resgate histórico. **Cadernos ESP – Escola de Saúde Pública do Ceará**. v. 1, n. 1, p. 17-25, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança:** nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 112 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) Cadernos de Atenção Básica, n. 23, 2009.

CADONA, E. **"Amamentar é educar para a vida?!?!"**: A produção da maternidade contemporânea nas campanhas de amamentação. Dissertação (Mestrado) Porto Alegre, 2010. 117 f. – Faculdade de Psicologia, Pós- Graduação Psicologia Social, PUCRS, 2010.

CALAFATE, J.M.S.; PARENTE, T.G. O "instinto materno": uma discussão acerca da apropriação do estado no "desejo" de amamentar. **Seminário Internacional Fazendo Gênero 10 (Anais Eletrônicos)**, Florianópolis, 2013. ISSN 2179-510X.

COMBES, D.; DEVREUX, A.M. **Construire sa Parenté**. Paris: CSU, 1991.

COURNOYER, M. Maternité biologique, maternité sociale. **Des stratégies d'educatrices professionnelles**. RF, v.7, n.1, p.73-94, Québec ,1994.

D'OLIVEIRA, A.F.P.L. Saúde e educação: a discussão das relações de poder na atenção à saúde da mulher. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.3, n.4, 1999.

DEIAB, R.A. A memória afetiva da escravidão. Fotografias de Militão de Azevedo revelam a trajetória da relação ambígua entre as amas-de-leite e as crianças de seus senhores. **Revista de História. Biblioteca Nacional**. 4 ed., 2005.

HIRATA, H.; KERGOAT, D. Divisão sexual do trabalho profissional e doméstico: Brasil, França, Japão. **Mercado de trabalho e gênero–comparações internacionais.** Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, p. 263-178, 2008.

FLORENCIO, A. et al. Sexualidade e amamentação: concepções e abordagens de profissionais de enfermagem da atenção primária em saúde. **Revista da Escola de Enfermagem**. USP; v. 46, n.6, p.1320-1326, 2012.

FREYRE, G. **Casa Grande e Senzala:** formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal. Rio de Janeiro: José Olympio, 1978.

KALIL, I.R.; COSTA, M.C. Entre o direito, o dever e o risco: olhares de gênero sobre amamentação. **Revista PerCursos**. Florianópolis, v. 14, n.27, p. 7-32, jul./dez. 2013.

KLEIN, C. Educação, maternidade e política cultural. **Revista Gênero.** Niterói, v. 7, n. 2, p. 175-196, 1. sem. 2007 175

KRAMER, M.S.; KAKUMA R. Optimal durantion of exclusive breastfeeding. **Cochrane Data base of Systematic Reviews.** v.8, 2012.

LO BIANCO, A. C. A Psicologização do Feto. In Figueira, S. (org.) **A Cultura da Psicanálise**. São Paulo: Brasiliense, p. 94-115, 1985.

MAIA, P.R.S. et al. Rede nacional de bancos de leite humano: gênese e evolução. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**., Recife, v.6, n. 3, p. 285-292, jul. / set., 2006.

MANNARELLI, M. E. Medicina, sociedade e corpo feminino: Lima, 1900- 1930. In: Costa, Albertina de Oliveira (Org.). **Direitos tardios:** saúde, sexualidade e reprodução na América Latina. São Paulo: Fundação Carlos Chagas: Editora 34, 1997

MARINHO, C.S.S.M.; LEAL, I.P. Os profissionais de saúde e o aleitamento materno: Um estudo exploratório sobre as atitudes de médicos e enfermeiros. **Psicologia, saúde & doenças.** v.5, n.1, p. 93-105, 2004.

MARQUES, E.S. et al. A influência da rede social da nutriz no aleitamento materno: o papel estratégico dos familiares e dos profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, p. 1391-1400, 2010.

MARQUES, D.M.; LEMOS, A. Sexualidade e amamentação: dilemas da mulher/mãe. **Revista de enfermagem UFPE** online. v. 4, n. 1, p. 622-30, 2010.

MARQUES, D.M.; PEREIRA, A.L. Amamentar: sempre benefícios, nem sempre prazer. **Ciência Cuidado e Saúde,** v. 9, n. 2, p. 214-219, 2010.

MEYER, D.E. As mamas como constituintes da maternidade: uma história do passado? **Educação & Realidade**, v.25, n.2, ago/dez 2000.

MEYER, D.E. Educação, saúde e modos de inscrever uma forma de maternidade nos corpos femininos. **Movimento Porto Alegre**, v.9, n.3, p.33-58, set./dez. 2003.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 3.ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Manual de capacitação de equipes de Unidades Básicas de Saúde na Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM):** curso de 24 horas. MS: Brasília – DF, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**: informações para gestores e técnicos. Brasília, DF; 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Dez passos para uma alimentação saudável para crianças brasileiras menores de dois anos**. MS: Brasília – DF, 2010.

MONTEIRO, J.C.S.; GOMES, .F.A.; NAKANO, A.M.S. Amamentação e o seio feminino: uma análise sob a ótica da sexualidade e dos direitos reprodutivos. **Texto & Contexto** – Enfermagem. Florianópolis, v.15, n. 1, 2006.

MONTEIRO, R. Norma brasileira de comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância: histórico, limitações e perspectivas. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v.19, n. 5, p. 354-362, 2006.

MOURA, S.M.S.R.; ARAUJO, M.F. A maternidade na história e a história dos cuidados maternos. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 24, n. 1, p. 44-55, 2004.

NAKANO, A.M.S. As vivências da amamentação para um grupo de mulheres: nos limites de ser “o corpo para o filho” e de ser “o corpo para si”. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 355-363, 2003.

NAKANO, A.M.S.; MAMEDE, M.V. A mulher e o direito de amamentar: as condições sociais para o exercício desta função. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 4, n.2, p. 22-27, 2000.

NAKANO, A.M.S. et al. O espaço social das mulheres e a referência para o cuidado na prática da amamentação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem,** v. 15, n. 2, 2007.

NOVAES, M.B.C.; GIL, A.C. A pesquisa-ação participante como estratégia metodológica para o estudo do empreendedorismo social em administração de empresas. **Revista de Administração Mackenzie**, v. 10, n. 1, p. 134-160, 2009.

NUNES, S.A. Afinal, o que querem as mulheres? **Psicologia Clínica.** Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.101-115, 2011.

PEREIRA, I.B.; FONSECA, A.F.; MOROSINI, M.V.G.C. Educação e Saúde na Prática do Agente Comunitário. In: MARTINS, Carla Macedo; STAUFFER, Ana Keila de Barros. (org). **Educação e Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.

PONTES, C.M.; ALEXANDRINO, A.C.; OSORIO, M.M. O envolvimento paterno no processo da amamentação: propostas de incentivo. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**., Recife, v.9, n. 4, p. 399-408, 2009.

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

QUEIRÓS, P.S.; OLIVEIRA, L.R.B.; MARTINS, C.A. Elementos que interferem na amamentação exclusiva: percepções de nutrizes. **Revista de Salud Publica**, v. 13, n. 2, p.6-14, 2009.

QUEIROZ, P.H.B. **Enfermeiras na atenção básica de saúde e a amamentação**. Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, SP : [s.n.], 2008

QUINTAS G. Amas-de-leite e suas representações visuais: símbolos socioculturais e narrativos da vida privada do Nordeste patriarcal-escravocrata na imagem fotográfica. RBSE – **Revista Brasileira de Sociologia da Emoção**, v. 8, n. 22, p. 11-44, 2009.

REA, M. F. Substitutos do leite materno: passado e presente. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, p. 241-9,1990

REA, M.F. et al. Possibilidades e limitações da amamentação entre mulheres trabalhadoras formais. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n, 2, p. 149-56, 1997.

REIS, K.S. et al. Programas de incentivo ao aleitamento materno. **Nutrir Gerais**. v.2, n.3, p. 1-13, 2008.

REZENDE, M.A.; SAWAIA, B.B.; PADILHA, K.G. "Mãe boa amamenta" ou a força da ideologia. **Família, Saúde e Desenvolvimento.**, Curitiba, v.4, n.2, p.154-162, 2002.

SALIM, N.R.; ARAUJO, N.M.; GUALDA, D.M.R. Corpo e sexualidade: a experiência de um grupo de puérperas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem,** v. 18, n. 4, 2010.

SANDRE-PEREIRA, G. Amamentação e sexualidade. **Estudos Feministas**, Florianópolis: v.11, n.2, p. 467-491, 2003.

SCAVONE, L. A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais. **Cadernos Pagu**, n. 16, p.137-150, 2001a.

SCAVONE, L. Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero. **Interface _ Comunicação, Saúde, Educação**,v.5, n.8, p.47-60, 2001b.

SCHWANDT THOMAS, A. Três posturas epistemológicas para a investigação qualitativa. In: Denzin Norman K, Lincoln Yvonna S. **O Planejamento da Pesquisa Qualitativa:** teorias e abordagens. Porto Alegre: Artmed, p. 193-217, 2006.

SEBASTIAO, C.M.A.G. **Políticas públicas de aleitamento materno:** um olhar discursivo sobre o sujeito mãe. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado de Mato Grosso. Programa de Pós-Graduação em Linguística, 2013.

SILVA AAM. **Amamentação: fardo ou desejo? Estudo histórico-social dos saberes e práticas sobre aleitamento materno na sociedade Brasileira** [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 1990.

SILVA, I.A. A vivência de amamentar para trabalhadoras e estudantes de uma universidade pública. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília: v. 58, n. 6, 2005.

SILVA, I.A. O profissional re-conhecendo a família como suporte social para a prática do aleitamento materno. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba: v.3, n.1, p.7-14, 2001.

SILVA, I.A.; UTIYAMA, S.K. Situação de amamentação entre mulheres trabalhadoras e alunas de graduação e pós-graduação de uma universidade pública. **Acta Scientiarum Health Sciences**. Maringá: v. 25, n. 2, p. 215-225, 2003.

SILVA, R.M.R.; MARCOLINO, C. A vivência do processo de amamentação e desmame precoce por mulheres-mãe orientadas para o aleitamento materno: estudo qualitativo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 8, n. 1, 2009.

SORJ, B. O feminismo na encruzilhada da modernidade e pós-modernidade. In: A. O. Costa; C. Bruschin (orgs.) **Uma questão de gênero**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; São Paulo: Fund. Carlos Chagas, p. 15-23, 1992.

TEIXEIRA, M.A. et al. Significados de avós sobre a prática do aleitamento materno no cotidiano familiar: a cultura do querer-poder amamentar. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 98-106, 2006.

TEIXEIRA, M.A.; NITSCHKE, R.G.; SILVA, L.W.S. A prática da amamentação no cotidiano familiar um contexto intergeracional: influência das mulheres-avós*. **Revista Temática Kairós Gerontologia**, v. 14, n.3, ISSN 2176-901X, São Paulo: p. 205-221, 2011.

TEIXEIRA, M.A.; PAIVA, M.S.P. A influência das questões de gênero no processo de amamentação. **Seminário Internacional Fazendo Gênero 7**, 2006.

TORNQUIST, C.S. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n. 2, p. 419-427, 2003.

VENANCIO, S.I.; MONTEIRO, C.A. "A tendência da prática da amamentação no Brasil nas décadas de 70 e 80." **Revista Brasileira de Epidemiologia** v.1, n. 1, p. 40-49, 1998

VENANCIO, S.I et al. A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: situação atual e avanços. **Jornal de Pediatria** v. 86, n.4, p. 317-324, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **A Joint WHO/UNICEF Statement – Protecting, promoting and supporting breast-feeding:** the special role of maternity services. Genebra: WHO, 1989.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **10 facts on breastfeeding**. Disponível em: http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/en/index.html. Acesso em 22 de outubro, 2009.

ANEXOS

Anexo 1

Registro:_____	Prontuário:_____
Nome:_____	
Entrevistador:_____	Data:_____/_____/_____
DPP: _____/_____/_____	PSF: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Observação (gestante)

Este documento lhe dará informações adicionais e pedirá o seu consentimento para participar de uma etapa do estudo que está sendo desenvolvido pelo Centro Colaborador em Alimentação e Nutrição – CECAN/ENSP/FIOCRUZ, Grupo de Pesquisa em Saúde Materna e Infantil – GPSMI/INJC/UFRJ e pela Clínica da Família Victor Valla/FIOCRUZ.

Esta etapa do estudo tem por objetivo descrever a rotina do pré-natal oferecida às gestantes usuárias da Clínica da Família Victor Valla/FIOCRUZ. Para tanto, sua consulta será acompanhada e gravada com sua autorização. Os dados coletados através da observação nos permitirão colher subsídios para a melhor compreensão da assistência pré-natal e suas repercussões na saúde da gestante.

Sua privacidade será garantida, assim como as informações obtidas através desta pesquisa serão confidenciais e o sigilo sobre sua participação estará assegurado. Não existe risco de você ser identificada, pois embora a consulta seja gravada, serão omitidos os nomes verdadeiros das pessoas observadas/entrevistadas. Os resultados do estudo serão apresentados em conjunto, em congressos ou publicações em revistas científicas, impossibilitando a identificação dos indivíduos que participaram do mesmo. As fitas gravadas e o material escrito ficarão de posse da pesquisadora responsável.

Vale esclarecer que não haverá remuneração ou recompensa de qualquer espécie decorrente de sua participação neste estudo.

O benefício relacionado à sua participação está baseado na sua colaboração para melhorar a assistência nutricional pré-natal prestada às mulheres atendidas na unidade.

Sua participação não é obrigatória. Você tem o direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e de se recusar a participar ou interromper a sua participação a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo na assistência na Unidade.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço para qualquer contato com a coordenadora da pesquisa, a fim de tirar eventuais dúvidas sobre a pesquisa e sua participação.

Declaro estar ciente das informações deste Termo de Consentimento e concordo em participar desta etapa do estudo.

Rio de Janeiro,_____/_____/_____.

Participante: _____

*Coordenador da Pesquisa:*_____

Contatos com o coordenador: Tel: 2598-2916 ou 2598-2418 E-mail: barrosdc@ensp.fiocruz.br
Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Prédio Joaquim Alberto Cardoso de Melo, sala 103 - 1º andar - Manguinhos - Rio de Janeiro.

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/ENSP - Rua Leopoldo Bulhões, nº. 1480 – Térreo - Manguinhos Rio de Janeiro RJ - CEP: 21041-210 - Tel. 2598-2863

Anexo 2

Registro:_____ Prontuário:_____
Nome:_____
Entrevistador:_____ Data:_____/_____/_____
DPP: _____/_____/_____ PSF: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - Entrevista

Este documento lhe dará informações adicionais e pedirá o seu consentimento para participar de mais uma etapa do estudo que está sendo desenvolvido pelo Centro Colaborador em Alimentação e Nutrição – CECAN/ENSP/FIOCRUZ, Grupo de Pesquisa em Saúde Materna e Infantil – GPSMI/INJC/UFRJ e pela Clínica da Família Victor Valla/FIOCRUZ, do qual você já vem participando e recebendo atendimento nutricional.

Esta etapa do estudo tem por objetivo conhecer as opiniões das mulheres no período após o parto, acerca das orientações sobre alimentação e sobre a assistência pré-natal recebida na Clínica da Família Victor Valla/FIOCRUZ. Para tanto, será aplicada uma entrevista que será gravada com sua autorização e que terá duração média de 30 minutos.

Sua privacidade durante a entrevista será garantida, assim como as informações obtidas através desta pesquisa serão confidenciais e o sigilo sobre sua participação estará assegurado. Não existe risco de você ser identificada, pois embora a entrevista seja gravada, serão omitidos os nomes verdadeiros das pessoas entrevistadas. Os resultados do estudo serão apresentados em conjunto, em congressos ou publicações em revistas científicas, impossibilitando a identificação dos indivíduos que participaram do mesmo. As fitas gravadas e o material escrito ficarão de posse da pesquisadora responsável.

Vale esclarecer que não haverá remuneração ou recompensa de qualquer espécie decorrente de sua participação neste estudo.

O benefício relacionado à sua participação é: a partir de suas opiniões você estará contribuindo para melhorar a assistência nutricional pré-natal prestada às mulheres atendidas na unidade.

Sua participação não é obrigatória. Você tem o direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e de se recusar a participar ou interromper a sua participação a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo na assistência na Unidade.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço para qualquer contato com a coordenadora da pesquisa, a fim de tirar eventuais dúvidas sobre a pesquisa e sua participação.

Declaro estar ciente das informações deste Termo de Consentimento e concordo em participar desta etapa do estudo.

Rio de Janeiro,_____/_____/_____.

Participante: _____
Coordenador da Pesquisa:_____

Contatos com o coordenador: Tel: 2598-2916 ou 2598-2418 E-mail: barrosdc@ensp.fiocruz.br
Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Prédio Joaquim Alberto Cardoso de Melo, sala 103 - 1º andar - Manguinhos - Rio de Janeiro.

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/ENSP - Rua Leopoldo Bulhões, nº. 1480 – Térreo - Manguinhos Rio de Janeiro RJ - CEP: 21041-210 - Tel. 2598-2863

Anexo 2

ROTEIRO DA ENTREVISTA:

- Como você se sentiu na Clínica?

- O achou de participar de um grupo de gestantes?

- Como foi participar com outras gestantes? Qual dos três encontros teve mais importância para você? Por quê?

- Além das orientações recebidas no grupo, algum outro profissional conversou sobre a amamentação? Você lembra como foi a conversa?

- Você já amamentou em gravidez anterior? Se sim, me conte como foi essa experiência?

- A sua visão sobre amamentação mudou após os encontros? Conte-me mais sobre isso.

- No seu círculo de relações, alguém te orientou sobre amamentação? Que conselhos foram esses?

- Você tem algum companheiro? Se sim, como é a relação de vocês em relação à criança?

- Como está sendo amamentar seu filho agora? Se não amamenta, até quando amamentou e porque parou de amamentar?

- Se você tivesse que resumir a prática da amamentação em uma palavra, qual palavra você usaria?