

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Instituto de Medicina Social

Patricia Lima Pereira Peres

**Amamentação como valor humano, prática feminina e direito social:
contribuição crítica à política pública sustentada no referencial de
justiça de Amartya Sen**

Rio de Janeiro
2015

Patrícia Lima Pereira Peres

Amamentação como valor humano, prática feminina e direito social: contribuição crítica à política pública sustentada no referencial de justiça de Amartya Sen

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em regime de associação com a Universidade Federal do Rio de Janeiro, a Fundação Oswaldo Cruz e a Universidade Federal Fluminense. Área de Concentração: Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Olinto Antônio Pegoraro

Rio de Janeiro
2015

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

P437 Peres, Patrícia Lima Pereira
Amamentação como valor humano, prática feminina e direito social: contribuição crítica à política pública sustentada no referencial de justiça de Amartya Sen / Patrícia Lima Pereira Peres. – 2015.
213 f.

Orientadora: Olinto Antônio Pegoraro.
Tese (Doutorado) Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.
Regime de associação com a Universidade Federal do Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz e Universidade Federal Fluminense.

1. Bioética - Teses. 2. Amamentação - Teses. 3. Direitos humanos – Teses. 4. Políticas públicas - Teses. I. Pegoraro, Olinto Antônio. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 618.63

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Patricia Lima Pereira Peres

Amamentação como valor humano, prática feminina e direito social: contribuição crítica à política pública sustentada no referencial de justiça de Amartya Sen

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em regime de associação com a Universidade Federal do Rio de Janeiro, a Fundação Oswaldo Cruz e a Universidade Federal Fluminense. Área de Concentração: Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva.

Aprovado em 30 de julho de 2015.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Olinto Antônio Pegoraro (Orientador)
Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof. Dr. Àngel Ricardo Oquendo
University of Connecticut

Prof. Dra. Marina Ferreira Rea
Universidade de São Paulo

Prof. Dra. Ívis Emília de Oliveira Souza
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Prof. Dra. Benedita Maria Rêgo Deusdará Rodrigues
Faculdade de Enfermagem - UERJ

Rio de Janeiro
2015

DEDICATÓRIA

Dedico esta tese à Deus, Senhor da minha história. Aprendi e aprendo diariamente a buscar a justiça e uma vida justa lendo a Bíblia. Nela encontro os fundamentos para compreender que devemos proteger crianças da morte prematura e contribuir para que todos vivam com dignidade. “Nunca mais haverá nela uma criança que viva poucos dias, e um idoso que não complete os seus anos de idade; quem morrer aos cem anos ainda será jovem” Isaías 65: 20 (Bíblia Sagrada).

AGRADECIMENTOS

A meus pais: Luzinete e Claudemiro que me ensinaram valores como justiça, direito, amor ao próximo e a Deus. Sou eternamente grata a tudo que vocês fizeram e fazem por mim.

À Ingrid, Felipe e Leticia, partes de mim, cúmplices na grande jornada da vida. Foram vocês que tornaram a amamentação tão significativa e prazerosa.

Ao meu esposo, Roberto Peres, pelo amor, cumplicidade e companheirismo nesses 21 anos de muitas etapas acadêmicas. Obrigada por estar ao lado apesar das minhas muitas ausências nesses quatro anos.

Aos meus irmãos Cláudia, Mônica, Michelle e Alexandre por fazerem parte da minha história e estarem sempre na torcida. Aos cunhados e cunhadas e à dona Edir por estarem juntos.

Ao meu sobrinho Igor Abreu, futuro economista, pelas muitas contribuições em forma de conversa, pela profundidade nos diálogos sobre economia social e direitos humanos. Essas conversas ainda renderão muitos outros frutos.

Agradeço de forma muito especial ao meu orientador, prof. Olinto Antônio Pegoraro por compartilhar sua sabedoria e paciência. Não há como não aprender com o senhor que torna a ética, da clássica à contemporânea, uma grande conversa possível.

À prof. Benedita Maria Rego Deusdará Rodrigues por 20 anos de caminhada; parece que foi ontem que fui sua bolsista de extensão no projeto Gente Miúda. Obrigada por cada gesto, por cada palavra e pela grande contribuição na construção do que sou. Não haveria uma forma melhor de concluir essa etapa sem o olhar de quem me viu acontecer. Obrigada por aceitar o convite para compor a banca examinadora e pela leitura atenta desde a qualificação.

À prof. Ívis Emilia Oliveira de Souza pelas inúmeras vezes em que recorri à sua experiência em amamentação. Sua competência e generosidade em disponibilizar-se a ouvir e compreender ficarão registradas em minha história. Obrigada por aceitar o convite e acompanhar de perto essa caminhada desde a qualificação.

Ao prof. Àngel R. Oquendo pelas trocas de experiência sobre direito internacional. Sua *expertise* em direitos humanos e justiça me chamaram a atenção desde as aulas ministradas no PPGBIOS. Fico imensamente grata pela oportunidade de

tê-lo em minha banca de doutoramento, por sua contribuição com um olhar para além da realidade do Brasil.

À prof. Marina Ferreira Rea não há palavras para expressar a alegria, mas também o desafio de estar falando sob uma perspectiva que lhe é tão familiar: a da amamentação como direito. Esse tema aliado à bioética, por certo farão parte da minha caminhada como pesquisadora e sou grata por contar com suas contribuições.

Às professoras Marisa Palácios e Marilena Correa pela leitura do material. Sou grata, especialmente pelos quatro anos de convivência e aprendizado no PPGBIOS.

À coordenação do PPGBIOS, prof. Sérgio Rego e Carlos Dimas pela dedicação e competência na condução compartilhada do Programa. Aos professores Débora Diniz, Andréia Loyola, Marilene Corrêa, Maria Clara Dias, Rodrigo Siqueira, Fermin Roland Schramm e tantos outros que possibilitaram aproximação e compreensão da bioética nas questões da contemporaneidade que estão para além do sistema de saúde.

Aos colegas de turma do doutorado, Luciana Narciso, Tereza Robichez, Rafael Esteves, Dalmir Lopes, Vera Frossard, Ana Paula Esteves, Michele Cecille, Isabel Melgaço, Sonia Marinho pelos momentos especiais nessa caminhada. Em especial à Cristiane Costa e Maria da Penha Pereira pela caminhada lado a lado, as trocas e conversas sobre Amartya Sen, Kant, Rawls, Foucault, justiça e biopoder foram indispensáveis para o nosso pensar e acredito que nos transformamos mutuamente.

À Simone Motta, secretária no IMS, por nos receber sempre com carinho, sorrisos e soluções! Um agradecimento especial à Simone Silva, secretária geral do PPGBIOS na primeira gestão, meu reconhecimento por sua competência e acolhida sempre que precisávamos. À Equipe de Biblioteca do IMS pelo acolhimento e competência na revisão final da tese.

À direção da Faculdade de Enfermagem da UERJ, prof. dra. Helena Maria Scherlowski Leal David e prof. dra. Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza pelo carinho incondicional, confiança no trabalho. Vocês são muito especiais.

Aos amigos do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil Adriana Reis, Antônia Lúcia, Antonio Eduardo, Antônio Cupello, Bárbara Bertolossi, Carla Marins, Carlos Sérgio, Jane Márcia, Janice Cunha, Luciane Marques, Mara Amantéa, Marcelle Zveiter, Maysa Ludovice, Octavio Vargens, Rosângela Santos, Sandra Teixeira, Sylvia Cibeiros, Tânia Abdalla, Michelle Darezzo, Joana Iabrudi e Ricardo Mouta pelo prazer e desafio do trabalho cotidiano.

Agradecimento especial à Adriana Lenho, Tânia Almeida, Lucia Penna e Luíza Mara, irmãs que a Faculdade de Enfermagem me deu. Sem palavras para agradecer o enorme afeto e amizade.

Às amigas do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública – DESP, meu segundo departamento: Sonia Acioli, Regina Henriques, Ana Leão, Eloá Carneiro, Tereza Varella, Therezinha Nobrega, pelo carinho, acolhida, torcida e pelas boas conversas e sonhos compartilhados de uma saúde que seja coletiva.

Aos alunos e ex-alunos nessa jornada que é o processo de ensinar-aprender, em especial às bolsistas e voluntárias que fizeram e fazem a história dos projetos de extensão “Apoiando a amamentação na Baixada Fluminense” e “Gente Miúda: parcerias para a atenção à saúde da criança nas creches da IX R.A”. Extensão Universitária é uma grande paixão e é muito bom dividir essa experiência com vocês.

À Prefeitura Municipal de Duque de Caxias pela liberação nos quatro anos para cursar o doutorado no PPGBIOS meu agradecimento pelo investimento. Retorno buscando contribuir para a política pública de saúde no município de Duque de Caxias.

Ao Departamento de Vigilância em Saúde, esse espaço faz parte da minha história e das minhas narrativas há 18 anos e se constitui a minha maior escola: “o lugar de onde não quero partir”. Aos amigos-irmãos que fiz nesse lugar tão especial: Sandra Victória Cerqueira, Fátima Sayeg, Marco Appolinário e Alcina Sá.

As companheiras do Pólo de Aleitamento Materno da Região Metropolitana I (às de hoje e as que passaram e deixaram marcas): Denise Ribeiro, Josiany Nunes, Roselene Semedo, Marilene Nicodemos, Aida Brito, Marcia Lima, Maria Aparecida Pio, Silvana Amaro, meu muito obrigada pela oportunidade da caminhada, o aprendizado e a compreensão do muito que ainda temos que fazer no coletivo para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno em nossa região.

Às amigas do Grupo Técnico Interinstitucional de Aleitamento Materno – GTIAM: Maria Inês Couto, Rosane Rito, Rosane Siqueira, Maria Lúcio Futuro, Abilene Gouveia, Conceição Salomão, Carla Kristiane, Monica Camarinho, Margareth. Um agradecimento mais que especial à Gisele Peixoto que muito me incentivou nos meus primeiros passos na política de aleitamento materno.

Aos amigos que aos poucos foram sendo privados dos encontros, do convívio, mas que nunca deixaram de acreditar e orar. Em especial a Wellison Magalhães, Danusa Paula, Livio Renato, Marcio Marins, Meila Calado, Daniele Páscoa, Whelerson Belmont e Marcos Parreira pela torcida, confiança e cuidado. A Miriam Ribeiro,

Priscila Matias, Úrsula Faria e Paula Caroline pelas conversas filosóficas, por me ajudar a pensar o sentido das coisas e pela amizade que acolhe e afaga.

Por fim, agradeço a todas as mães e bebês que tendo o direito à amamentação são impossibilitadas de fazê-lo plenamente. A todas aquelas que ouviram de um profissional de saúde que seu leite não era suficiente, que questionou sua competência dizendo: será que seu leite não o está alimentando? Peço desculpas por tê-los em um momento tão particular e especial de suas vidas. Em especial a todas as mães ouvidas no estudo que descortinaram o que é amamentar em um contexto de forças sociais contrárias. Dialogar com elas resgata o sentido do nosso fazer profissional sempre indissociável do sentido do ser humano.

Último Discurso

Sinto muito, mas não pretendo ser um imperador. Não é esse o meu ofício.

Não pretendo governar ou conquistar quem quer que seja. Gostaria de ajudar - se possível - judeus, o gentio... negros... brancos.

Todos nós desejamos ajudar uns aos outros. Os seres humanos são assim. Desejamos viver para a felicidade do próximo - não para o seu infortúnio.

Por que havemos de odiar e desprezar uns aos outros?

Neste mundo há espaço para todos. A Terra, que é boa e rica, pode prover a todas as nossas necessidades.

O caminho de vida pode ser o da liberdade e da beleza, porém nos extraviamos. A cobiça envenenou a alma dos homens... levantou no mundo as muralhas do ódio... e tem-nos feito marchar a passos de gansos para a miséria e os morticínios. Criamos a época da velocidade, mas nos sentimos enclausurados dentro dela. A máquina, que produz abundância, tem nos deixado em penúria. Nossos conhecimentos fizeram-nos céticos; nossa inteligência, empedernidos e cruéis.

Pensamos em demasia e sentimos pouco. Mais do que de máquinas, precisamos de humanidade. Mais do que de inteligência, precisamos de afeição e doçura. Sem essas virtudes, a vida será de violência e tudo será perdido.

Os meios de comunicação aproximaram-nos muito mais. A própria natureza dessas coisas é um apelo eloquente à bondade do homem... um apelo à fraternidade universal... à união de todos nós. Neste mesmo instante a minha voz chega a milhões de pessoas pelo mundo afora... milhões de desesperados, homens, mulheres, criancinhas... vítimas de um sistema que tortura seres humanos e encarcera inocentes.

Aos que me podem ouvir, eu digo: "Não desesperéis!". A desgraça que tem caído sobre nós não é mais do que o produto de cobiça em agonia... da amargura de homens que temem o avanço do progresso humano. Os homens que odeiam desaparecerão, os ditadores sucumbem e o poder que do povo arrebataram, há de retornar ao povo.

(...)

Não sois máquinas! Homens é que sois! E com o amor da humanidade em vossas almas! Não odieis! Só odeiam os que não se fazem amar... os que não se fazem amar e os desumanos.

Charles Chaplin, 1940

RESUMO

PERES, Patrícia Lima Pereira. *Amamentação como valor humano, prática feminina e direito social*: contribuição crítica à política pública sustentada no referencial de justiça de Amartya Sen. 2015. 213 f. Tese (Doutorado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação, em regime de associação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, da Universidade Federal Fluminense e da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.

O aleitamento é uma prática humana reconhecida como um direito social, e como tal é um direito de todos que deve ser garantido pelo Estado. Apesar desse entendimento presente no arcabouço jurídico, como na Constituição Federal e no Estatuto da Criança e do Adolescente ainda há muitas mulheres e crianças privadas desse direito devido às estruturas organizacionais presentes nos equipamentos sociais, públicos e privados, que deveriam contemplar a condição feminina e proteger o livre exercício do aleitamento materno e não o fazem. O presente estudo buscou compreender a prática da amamentação de mulheres residentes na Região Metropolitana I (Baixada Fluminense), estado do Rio de Janeiro, em seu contexto social, político e econômico. O estudo se apoiou no conceito de privação (exclusão e inclusão injusta) da teoria de justiça de Amartya Sen. Utilizou-se a pesquisa qualitativa, o grupo focal como técnica de coleta de dados e a hermenêutica-dialética como método de análise. A etapa de campo foi realizada em três municípios da região estudada e ao todo foram realizados cinco grupos focais. Os sujeitos do estudo foram 29 mulheres com idade entre 17 e 49 anos, residentes na região e que vivenciaram a amamentação em condições de algum tipo de privação de direitos. Como resultado do estudo foram construídas duas categorias: 1. Instituições e desigualdades: a experiência da mulher que amamenta, e 2. Posicionalidade e condição de agente: amamentação como uma prática feminina. A primeira categoria se ocupou de descrever o direito como se apresenta na realidade concreta das mulheres que amamentam; a segunda categoria traz uma reflexão sobre o lugar que a mulher ocupa afetando sua condição de agente. A escolha de Amartya Sen como teórico para compreender a prática da amamentação de mulheres que vivenciam privações encontra identificação neste estudo, por se tratar de uma teoria de justiça que parte das injustiças impactantes e não de teorizações acerca da economia e dos sistemas políticos. Sendo as pessoas o foco da atenção, o autor está interessado na eliminação ou minimização dos efeitos das injustiças sentidas por estas e que tanto afetam seu desenvolvimento. Não há como chegar à justiça sem falar em instituições justas, uma vez que o alargamento das liberdades como fundamento da justiça requer de igual forma a ampliação das oportunidades e nessa questão as políticas públicas têm importante contribuição a dar à efetivação dos direitos e redução das desigualdades. Cabe, portanto, aos diferentes atores sociais o enfrentamento das iniquidades por meio de maior participação política e social numa perspectiva de agência em que se busca transformação no coletivo e para o coletivo e não apenas na perspectiva de bem-estar, paciente das benesses dos programas sociais.

Palavras-chave: Amamentação. Justiça. Bioética. Políticas públicas.

ABSTRACT

PERES, Patrícia Lima Pereira. *Breastfeeding as a human value, women's practical and social rights*: critical contribution to sustained public policy in the justice framework of Amartya Sen. 2015. 213 f. Tese (Doutorado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação, em regime de associação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, da Universidade Federal Fluminense e da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.

Breastfeeding is a human practice recognized as a social right, and as such is a right for all to be guaranteed by the state. Despite this understanding in this legal framework, such as the Federal Constitution and the Statute of Children and Adolescents there are still many women and children deprived of that right because of organizational structures present in social facilities, public and private, they should contemplate the feminine condition and protect the free exercise of breastfeeding and do not. This study investigated the practice of breastfeeding women living in the metropolitan region I (Baixada Fluminense), State of Rio de Janeiro in its social, political and economic context. The study was based on the concept of deprivation (exclusion and unfair inclusion) of Amartya Sen's theory of justice used the qualitative research, focus group as data collection technique and hermeneutics-dialectics as method of analysis. The field stage was conducted in three municipalities in the study area and the whole shape conducted five focus groups. The study subjects were 29 women aged between 17 and 49 years living in the region and experienced breastfeeding capable of some kind of rights deprivation. As a result of the study were built two categories: 1. Institutions and inequalities: experience of women who breastfeed, and 2. Positionality and agent for: breastfeeding as a feminine practice. The first category engaged in describing the right as shown in the concrete reality of women who breastfeed; the second category reflects about the place that women occupy affecting your agent status. The choice of Amartya Sen as theoretical to understand the practice of breastfeeding women who experience hardship is identification it is a theory of justice that some of the shocking injustices and not theorizing about the economy and political systems. People being the focus of attention, the author is interested in eliminating or minimizing the effects of the injustices experienced by people and that both affect development. There is no way to get justice without talking about just institutions, since the extension of freedoms as the foundation of justice requires equally the expansion of opportunities and this issue, public policies have an important contribution to make to the realization of rights and reduction of inequalities. It is therefore to the different social actors confront inequities through greater political and social participation in an agency perspective which seeks to transform the collective and the collective, not just the well-being perspective, patient of the benefits of social programs.

Keywords: Breastfeeding. Justice. Bioethics. Public policy.

RESUMEN

PERES, Patrícia Lima Pereira. *La lactancia materna como un valor humano, prácticas y derechos sociales de las mujeres: contribución crítica a la política pública sostenida en el marco de la justicia de Amartya Sen*. 2015. 213 f. Tese (Doutorado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação, em regime de associação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, da Universidade Federal Fluminense e da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.

La lactancia materna es una práctica humana reconocida como un derecho social, y como tal es un derecho de todos a ser garantizada por el Estado. A pesar de este conocimiento en este marco legal, como la Constitución Federal y el Estatuto del Niño y del Adolescente, todavía hay muchas mujeres y niños privados de ese derecho debido a las estructuras organizativas existentes en los servicios sociales, públicos y privados, deben contemplar la condición femenina y proteger el libre ejercicio de la lactancia materna y no lo hacen. Este estudio investigó la práctica de las mujeres que viven en la región metropolitana I (Baixada Fluminense), Estado de Río de Janeiro en su contexto social, político y económico. El estudio se basó en el concepto de privación (la exclusión y la inclusión injusta) de la teoría de la justicia de Amartya Sen utilizado la investigación cualitativa, grupo focal como técnica de recolección de datos y la hermenéutica-dialéctica como método de análisis. El estudio se llevó a cabo en tres municipios de la región y al todo fueron cinco grupos de enfoque. Los sujetos del estudio fueron 29 mujeres con edades comprendidas entre 17 y 49 años que viven en la región y con experiencia capaz de amamantar a algún tipo de privación de derechos. Como resultado del estudio se construyeron dos categorías: 1. Las instituciones y las desigualdades: la experiencia de las mujeres que dan el pecho, y 2. Posicionalidad y el agente para: la lactancia materna como una práctica femenina. La primera categoría se encargó de describir el derecho como se muestra en la realidad concreta de las mujeres que dan el pecho; la segunda categoría refleja sobre el lugar que ocupan las mujeres afectando a su estado de agente. La elección de Amartya Sen como teoría para entender la práctica de la lactancia de las mujeres que tienen dificultad se encuentra en identificación con este estudio, en una teoría de la justicia que algunas de las injusticias impactantes y no teorizar sobre la economía y los sistemas políticos. Las personas son el centro de atención, el autor está interesado en eliminar o minimizar los efectos de las injusticias que sufren las personas y que tanto afectan el desarrollo, no hay manera de conseguir justicia sin hablar de instituciones justas, ya que la extensión de las libertades como el fundamento de la justicia requiere igualmente la expansión de oportunidades y este tema, las políticas públicas tienen una importante contribución que hacer a la realización de los derechos y la reducción de desigualdades. Por lo tanto a los diferentes actores sociales se enfrentan desigualdades a través de una mayor participación política y social en una perspectiva de la agencia que busca transformar el colectivo para lo colectivo, no sólo la perspectiva del bienestar, paciente de los beneficios de los programas sociales.

Palabras clave: Lactancia materna. Justicia. Bioética. Políticas públicas.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 –	Distribuição das questões orientadoras dos grupos focais.....	100
Figura 1 –	Caracterização das questões centrais dos grupos focais.....	110
Gráfico 1 –	Percentual de ocupação informal de pessoas com 18 anos ou mais sem o ensino fundamental em municípios da Baixada Fluminense, Rio de Janeiro, 2013.....	116
Figura 2 –	Diagrama da relação entre o trabalho e a amamentação.....	123
Figura 3 –	Diagrama representando a relação amamentação e escolarização.....	136
Figura 4 –	Mecanismo de proteção à mulher/criança em situação de amamentação e os fatores externos que interferem.....	141
Figura 5 –	Relação dos serviços de saúde face às desigualdades sociais.....	150

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
APL	Arranjo produtivo local
CCBLH	Comissão Central de Banco de Leite Humano
CEP	Comissão de Ética em Pesquisa
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CMS	Centro municipal de saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DST	Doença sexualmente transmissível
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia Saúde da Família
FGV	Fundação Getúlio Vargas
GF	Grupo focal
HAC	Hospital Amigo da Criança
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IBFAN	The International Baby Food Action Network Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar.
IDH	Índice de desenvolvimento humano
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
IMIP	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IRA	Infecção respiratória aguda
IUBAAM	Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação
MEC	Ministério da Educação
NASF	Núcleo de Apoio à Estratégia Saúde da Família
NBCAL	Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes
OGM	Organismo geneticamente modificado
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISC	Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança
PBF	Programa Bolsa Família
PIB	Produto interno bruto

PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
PNIAM	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
RDC	Resolução da diretoria colegiada
SEBRAE	Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas
SES –RJ	Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro
SISNEP	Sistema Nacional de Ética em Pesquisa
SMAM	Semana Mundial de Aleitamento Materno
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
WABA	World Alliance for Breastfeeding Action / Aliança Mundial para ação em aleitamento materno

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	18
1	OBJETIVOS.....	30
1.1	Objetivo geral.....	30
1.2	Objetivos específicos.....	30
2	MARCO CONCEITUAL.....	31
2.1	Aleitamento materno: repensando sua prática.....	31
2.2	Compreendendo a problemática do desmame a partir da literatura e do contexto socioeconômico e cultural da mulher	38
2.3	Aleitamento materno: uma prática a proteger?.....	44
2.4	Política pública de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno no Brasil.....	49
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	62
3.1.	Direitos humanos: direitos garantidos e direitos efetivados	62
3.2.	Direito à amamentação: o contexto da ética e da bioética.....	66
3.3.	Teoria de justiça em Amartya Sen	72
4	ABORDAGEM METODOLÓGICA.....	87
4.1	Tipo de estudo	88
4.2	Cenário de estudo	89
4.3	Sujeitos do estudo.....	89
4.4.	Coleta de dados.....	90
4.5	Análise e tratamento dos dados.....	93
4.6	Tratamento ético da pesquisa.....	96
5	TRAJETÓRIA DO ESTUDO.....	99
5.1	O encontro com as mulheres sob as lentes de Amartya Sen: caracterizando os grupos focais.....	99
6.	RESULTADOS E ANÁLISE	111
6.1	O contexto socioeconômico, político e cultural permeando a prática de quem amamenta.....	111
6.2	Categoria 1 – Instituições e desigualdades: a experiência de quem amamenta.....	122

6.2.1	<u>Trabalho formal ou informal: a inclusão injusta da mulher que amamenta</u>	122
6.2.2	<u>Escolarização e amamentação: incomensurabilidade ou violação de direitos?</u>	135
6.2.3	<u>Creches e amamentação: congruência de privações</u>	141
6.2.4	<u>Amamentação e serviços de saúde: iniquidades reproduzidas</u>	150
6.3	Categoria 2 – posicionalidade e condição de agência: amamentação como uma prática feminina	164
6.3.1	<u>Manutenção da amamentação pela mulher: Escolha racional e escolha real</u> ...	164
6.3.2	<u>Amamentação: responsabilidade pessoal <i>versus</i> responsabilidade social</u>	173
6.3.3	<u>A condição de agente das mulheres que amamentam</u>	175
7	TEORIA DE JUSTIÇA EM AMARTYA SEN: ALGUMAS POSSIBILIDADES DE CONTRIBUIÇÃO PARA A POLÍTICA PÚBLICA DE PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO NOS MUNICÍPIOS DA BAIXADA FLUMINENSE	181
	CONCLUSÃO	188
	REFERÊNCIAS	193
	Apêndice A - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	204
	Apêndice B - Roteiro para o grupo focal	205
	Apêndice C - Caracterização do Grupo Focal 1, segundo características das participantes.....	206
	Apêndice D - Caracterização do Grupo Focal 2, segundo características das participantes.....	207
	Apêndice E - Caracterização do Grupo Focal 3, segundo características das participantes.....	208
	Apêndice F - Caracterização do Grupo Focal 4, segundo características das participantes.....	209
	Apêndice G - Caracterização do Grupo Focal 5, segundo características das participantes.....	210
	ANEXO - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	211

INTRODUÇÃO

Como pessoas que vivem – em um sentido amplo – juntas, não podemos escapar à noção de que os acontecimentos terríveis que vemos à nossa volta são essencialmente problemas nossos. Eles são responsabilidade nossa – independente de serem ou não de mais alguém.

Amartya Sen

Em minha trajetória profissional como enfermeira, atuando na gestão da área técnica de aleitamento materno de um município da Baixada Fluminense no período de 2004 a 2009 e mantendo-me na representação do Polo de Aleitamento Materno da Região Metropolitana I (Baixada Fluminense), pude experienciar as dificuldades existentes na prática da amamentação que muitas vezes estão além das possibilidades para as quais as redes sociais têm se proposto ou têm sido conclamadas. Nesse espaço, as possibilidades de atuação são muitas e diversas, como as capacitações de profissionais de saúde em aleitamento materno, o acompanhamento das práticas de cuidado no dia a dia com as mulheres, quer seja na atenção básica, quer seja na hospitalar. Os encontros multiprofissionais e interdisciplinares de planejamento de ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno ultrapassam os limites de um município com cerca de 900 mil habitantes, atingindo tantos outros que compõem a região da Baixada Fluminense e que se assemelham nas demandas por ações e nas dificuldades em gerar mudanças no cenário atual.

Aliada a essa experiência, está a minha inserção como docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, atuação que me possibilitou criar e coordenar um projeto de extensão “Apoiando a amamentação na Baixada Fluminense” cujo objetivo é apoiar as coordenações locais na implantação da política de aleitamento materno em seus municípios. Aqui, a atuação também ganha múltiplas formas, a começar pelo ensino seja na área de saúde da criança ou na área de saúde da mulher, ambas da matriz curricular ou ainda nos cursos de férias que dialogam com a extensão universitária preparando voluntários para atuarem neste ou em outros projetos. Do diálogo entre o ensino e a extensão, emerge a pesquisa que se expressa nos projetos discentes e nos trabalhos de conclusão de curso.

A experiência em diferentes espaços e com diferentes atores possibilita uma riqueza de olhares para um mesmo objeto: a prática da amamentação de mulheres na

Baixada Fluminense, olhares que se entrecruzam, que são permanentemente interdependentes, se retroalimentam e se sustentam. Em qualquer desses espaços se ensina, se cuida, gerencia, investiga, influencia, analisa, reflete, critica, transforma e se transforma.

Tais aproximações permitiram perceber que há questões que interferem na manutenção da prática do aleitamento materno e que não estão primariamente relacionadas ao apoio da família, embora esse apoio possa minimizar os danos decorrentes de uma prática alimentar inadequada na primeira infância; também não se circunscrevem à estrutura ou ao financiamento dos serviços de saúde. Tais questões podem se referir à garantia dos direitos à educação, à moradia adequada, ao trabalho digno e protegido que passam sem ser percebidos, no conjunto, com grande repercussão na manutenção da prática de amamentar. São, por exemplo, ambiente inadequado na escola à estudante nutriz ficando a depender da rede de apoio para manter os estudos ou da boa vontade dos professores e colegas. Nesse caso a maioria das estudantes tranca a matrícula ainda no início da gestação ou desmama a criança, introduzindo fórmulas lácteas, a fim de continuar os estudos, o que não deixa de representar prejuízo para a mulher e para a criança (RIBEIRO, RODRIGUES, PERES, 2011).

Já em relação à nutriz trabalhadora, são constantemente desconsiderados os direitos às duas pausas para amamentar ou para retirada de leite; a creche no local do trabalho, próximo ou auxílio-creche; a dispensa do trabalho para realização de consulta pré-natal ou exames pelo tempo necessário, ou ainda a simples mudança de função se a atual oferecer risco à trabalhadora gestante ou nutriz não é feita de forma muito confortável para a mulher.

O direito previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) de garantir a permanência da mãe em estabelecimentos de saúde no acompanhamento de seu filho recém-nascido ou lactente, muitas vezes não é cumprido, gerando a interrupção da amamentação e introdução de fórmulas. Assim, desconsidera que o leite materno seja o alimento mais completo e o mais indicado, inclusive em condições de adoecimento que não o contraindique.

Entre as outras situações que poderiam ser analisadas, uma é a da creche, como um direito da criança, independente da mãe ser trabalhadora sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) ou não. Nesse sentido, uma pesquisa da Fundação Getúlio Vargas (FGV) mostra que no estado do Rio de Janeiro, entre os 20% da população mais pobre, apenas 38% das crianças de até 6 anos de idade frequentam

creches ou instituições de educação infantil. A média de cobertura em creches públicas municipais na Baixada Fluminense é de 5,68% da população com idade entre 0 a 3 anos (RJTV, 2009; SANTOS, IBRAHIM, VIANA, 2011).

Além dos direitos já conquistados, porém, não garantidos de fato, a mulher lida com situações como o alcoolismo ou o uso de drogas, a violência, o tráfico de drogas, trabalho informal e o marketing das indústrias lácteas, que, por questões sociais, políticas, econômicas ou culturais, vêm sendo condicionantes para que a amamentação não se efetive como se prevê nas recomendações nacionais e internacionais.

A quem compete discutir tais questões? Porque a (in)justiça social está velada na agenda dos profissionais e gestores da saúde? O cotidiano de quem atua diretamente na assistência à nutriz é rico em experiências que na maioria das vezes nunca foram discutidas durante sua formação ou ainda nos cursos de qualificação em aleitamento materno. O profissional é formado para conhecer os aspectos biológicos e psíquicos relacionados à amamentação e divulgar a política pública sem, contudo, ajustar os mecanismos de proteção à realidade e considera que, por vezes, é o bastante.

Ao se reforçar o valor da amamentação ou do leite materno, por seis meses e de forma exclusiva, bem como suas vantagens quando continuado por dois anos ou mais a uma mulher que não conta com a estrutura social necessária, por violação de direitos e não pela ausência deles, pode ser uma ação inócua e ainda geradora de culpa, pois não há possibilidade de escolha. Ou melhor, não há liberdade para decidir seguir a recomendação profissional, por mais que compreenda e reconheça o valor e os benefícios inerentes.

Essas são questões que não terão desfecho satisfatório se não forem pensadas de forma interdisciplinar, intersetorial e com participação coletiva. Deixar por conta da família e ao mesmo tempo manter a cobrança por uma prática segundo as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) é, por vezes, inadequado para com dezenas de mulheres que se encontram privadas de condições ideais para praticarem a amamentação, restando-lhes poucas alternativas para não complementar com a fórmula láctea dizendo aos profissionais que vai tudo bem ou que decidiram livremente por não amamentar.

Na legislação brasileira, os dispositivos legais que amparam a mulher gestante-nutriz devem ser de conhecimento do profissional de saúde, entretanto, conhecê-los não deve ser a única motivação para que os profissionais promovam a proteção a essa mulher

e criança que necessitam vivenciar esse processo de lactação e amamentação sem atropelos e percalços.

A lei é posterior à necessidade, assim, o que deve impulsionar o agir profissional é a necessidade do outro e não apenas o cumprimento de um dispositivo legal sem uma reflexão anterior, ou seja, é o homem o fim nele mesmo e não apenas um meio, nesse contexto, as mulheres que amamentam são o foco deste estudo. Assim, cada profissional tem a responsabilidade de olhar esse contexto a que essa mulher, essa família estão inseridos, de maneira diferenciada. Para Durand (2007, p.88), “assumir responsabilidades é realizar corajosamente a ação que se impõe, mas é em primeiro lugar refletir sobre a ação que se lhe impõe levando em conta a situação concreta, em sua singularidade e complexidade”.

É Durand (2007, p.88) que ainda subsidia e permite refletir sobre esses questionamentos ao analisar, do ponto de vista da bioética, o sujeito ético, afirmando que: “o sujeito ético é cada ser humano, cada pessoa que, preocupada com o ‘que devo fazer?’ eventualmente se interroga juntamente com outras sobre o sentido dos atos, as finalidades, as circunstâncias, as consequências”. Para ele, a ética não está reservada a especialistas, mas a cada ser humano.

As políticas públicas em saúde são elaboradas para serem executadas tendo por pano de fundo os indicadores de saúde e dados epidemiológicos, que por sua vez irão retratar a situação política, econômica e social de uma dada região ou população. Entretanto, o que se observa é uma setorialização não apenas nas ações, mas no próprio pensamento e no modo de operar as propostas de eliminação/redução dos agravos à saúde dessa população.

É fundamental melhorar os índices de aleitamento materno exclusivo, superando algumas dificuldades, tais como a prática do aleitamento materno de forma não exclusiva, ainda considerada adequada pelas mães, até mesmo devido a questões sociais e culturais. Além disso, é importante a participação efetiva dos serviços de saúde, principalmente hospitais maternidades e rede de atenção primária. São necessárias ações concretas no sentido de promover essa prática, num processo participativo dos vários segmentos da sociedade, através do diálogo entre profissionais de saúde e a população sobre os efeitos negativos que tem para a saúde infantil a introdução precoce de fórmulas lácteas e outros alimentos. A melhoria desses índices é desejável principalmente em regiões pobres e com diversas disparidades, como a Baixada Fluminense, considerando a geografia do estado do Rio de Janeiro.

Assim, é ingênuo acreditar que os baixos índices de aleitamento materno se devem apenas à ausência de desejo da mulher em amamentar ou às dificuldades no manejo dos problemas relacionados à fisiologia da lactação, ou ainda ao desconhecimento por parte das mulheres das suas vantagens. A violação dos direitos, dos mais básicos aos mais complexos, deve fazer parte da reflexão sobre o porquê não se consegue ter um maior número de crianças sendo amamentadas de forma exclusiva nos primeiros seis meses, e complementada até os dois anos ou mais, apesar das inúmeras estratégias de promoção, proteção e apoio no âmbito das políticas públicas.

Em um documento escrito conjuntamente entre várias instituições civis e de pesquisa sobre a impunidade na Baixada Fluminense, Oliveira e Santos (s/d) concluem que:

(...) em muitos casos, as políticas públicas que por princípio e por direito deveriam ser para todos ficam sob o controle das oligarquias políticas locais que, através do clientelismo, transformam direitos em privilégios, limitando o conceito de cidadão a meros usuários e beneficiários dos serviços (p.18-19).

E acrescentam, referindo-se à desigualdade social na região:

A rede hospitalar de média e alta complexidade, dispersa e insuficiente, a quantidade de famílias abaixo da linha da pobreza, a inexistência de acesso à educação infantil, ao esporte, ao lazer e à cultura e os altos custos do transporte inter e intramunicipal são alguns dos exemplos dos processos geradores e reprodutores da desigualdade (p.16).

Amamentar e ser amamentado são funcionamentos que transcendem intervenções diretas e focalizadas do profissional de saúde. Ao compreendermos o contexto de desigualdade da região que Oliveira e Santos (s/d) descrevem, não é possível definir a prática da amamentação como sendo apenas um ato biológico e subjetivo, os autores nos dão subsídios para compreendermos que ao lidar com a amamentação em toda a sua complexidade devemos deslocar o olhar para o conceito de cidadania e não de meros usuários e beneficiários dos serviços públicos.

A minha experiência de trabalho por mais de uma década em municípios da Baixada Fluminense foi o fator motivador para a escolha da região como cenário deste

estudo. Embora haja, entre os municípios, disparidades nos aspectos sociais, econômicos, cultural e de saúde, na dimensão política estas dão lugar a similaridades. Tanto a sociedade quanto os servidores públicos convivem com uma profunda instabilidade em termos de políticas de Estado que busquem a redução da desigualdade social, a equidade, a legitimação de instrumentos de controle social e a oferta de serviços públicos de qualidade e de forma universal que se traduz pela ausência de uma política de recursos humanos, pelo oposto, a prática de contratação de apoiadores políticos é uma realidade na maioria dos municípios.

A ação de alimentar-se em qualquer momento da vida buscando o melhor alimento é uma preocupação humana e independe do tempo e do espaço geográfico. Na vida coletiva das sociedades, garantir que os indivíduos obtenham êxito em ter acesso aos melhores alimentos às suas necessidades e satisfação é uma questão de segurança alimentar e deve ser uma priorização em termos de políticas públicas (OLIVEIRA *et al.*, 2005). Em se tratando da alimentação na primeira infância, o leite materno representa o padrão ouro, pois é espécie-específico, possuindo todos os elementos necessários para o crescimento e desenvolvimento saudáveis do ser humano (ALMEIDA, 1999).

Diferentemente do simples ato de dar a mama para alimentar a cria, comum a todos os animais mamíferos, a amamentação, neste caso específico do ser humano, é entendida como uma prática humana por possuir sentido e significado dos mais diversos, atribuídos em função do espaço, momento histórico e, sobretudo, dos sujeitos inseridos em um contexto cultural. Sua prática não está isenta da interferência do modo de organização da sociedade e do modo de inserção da mulher nos meios de produção (mercado de trabalho), por isso, tão importante quanto sua promoção é a sua proteção e apoio.

“O aleitamento materno é uma estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança e constitui a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil” (BRASIL, 2009a, p.9), sendo capaz de garantir seu desenvolvimento integral. Traz benefícios também para a mãe no âmbito biopsicossocial, com reflexo para a família, pois, é uma prática que requer colaboração mútua, pode-se dizer que não é só a mulher que amamenta, mas toda a família.

Também seus benefícios extrapolam o núcleo familiar com repercussões importantes para toda a sociedade. A exemplo disso, estudo realizado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) demonstrou que se o número de crianças correspondente aos nascidos vivos no ano de 1995 recebesse exclusivamente leite materno nos primeiros

seis meses, seriam poupados 423,8 milhões de litros de leite industrializado, representando um custo desnecessário superior a 200 milhões de dólares (BRASIL, 2003).

A recomendação da Organização Mundial da Saúde é que o aleitamento materno seja mantido até os seis meses de idade de forma exclusiva e que seja complementado até 2 anos de idade ou mais com alimentos sólidos de modo a assegurar o crescimento e o desenvolvimento adequado da criança. Porém existem vários fatores ligados ao ambiente social, econômico e familiar; aos serviços de saúde e às características biológicas inerentes à mãe e à sua criança que interferem na adoção desse padrão alimentar e na duração do aleitamento materno (OLIVEIRA *et al.*, 2005).

O Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) teve sua formulação em 1981, antes mesmo da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e suas ações estratégicas. Atualmente são desenvolvidas no âmbito da promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno sendo em grande parte, normatizadas e executadas nas três esferas de gestão do SUS (SOUZA, SANTO, GIUGLIANI, 2010). Como ações de promoção pode-se mencionar a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM) no âmbito do estado do Rio de Janeiro, Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, formação de recursos humanos a criação da Rede de Bancos de Leite Humano, e as comemorações da Semana Mundial de Aleitamento Materno (SMAM).

Já como exemplos de ações protetoras tem-se o monitoramento e controle do *marketing* de fórmulas lácteas, bicos e mamadeiras a partir da fiscalização do cumprimento da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes, Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL) e a fiscalização dos direitos das nutrizes que trabalham; das que se encontram em situação de privação de liberdade e das estudantes (ARAÚJO, 2002).

Há ainda ações de apoio, a exemplo do Método Canguru; Projeto Bombeiros da Vida também conhecido como Bombeiro Amigo, e o Projeto Carteiro Amigo da Amamentação. Somam-se a estas, o alojamento conjunto, incentivo ao parto natural, a política de humanização do pré-natal e nascimento, o acolhimento mãe-bebê e Primeirasemana de saúde integral. Essas ações fortaleceram as políticas de incentivo e de proteção do aleitamento materno no Brasil (ARAÚJO, 2002).

A literatura disponível sobre o aleitamento materno chama a atenção por sua quantidade e variedade de abordagem. Veloso e Almeida (2009), realizando um estudo

sobre a produção científica nos programas de pós-graduação *stricto sensu* de medicina (pediatria) no período de 1971 a 2006, encontraram 290 teses e 1.204 dissertações sobre o tema aleitamento materno; Araújo (2008) realizou estudo similar no período de 1974 a 2004 e identificou 48 obras, sendo 42 dissertações e 6 teses; já Parizoto *et al.*(2012) ao investigar a produção no campo da enfermagem, constatou que no período de 1979 a 2002 foram defendidas 43 dissertações, 5 teses e 2 teses de livre-docência; Sydrônio *etal.* (2006) destacam o pioneirismo da enfermagem ao dar destaque à compreensão acerca da vivência da mulher que amamenta. Contudo, a associação entre o aleitamento materno e justiça numa perspectiva bioética tem sido pouco estudada.

Esses estudos têm apontado que existem diferentes fatores que interferem na adesão e, mais ainda, na extensão da amamentação, fatores ligados aos aspectos anatomofisiológicos da mulher e da criança; aos aspectos psíquicos maternos; aos fatores culturais; à estética, e à liberdade feminina, bem como aqueles ligados à macroestrutura da sociedade. Entre todos esses fatores listados, o campo da saúde vem buscando através de estudos e do desenvolvimento de tecnologias, sanar ou pelo menos minimizar seus efeitos nocivos. Contudo, quando se trata dos fatores ligados à macroestrutura social, no modo de organização da sociedade e o modo como essa sociedade dispensa tratamento à questão da mulher que amamenta, o campo da saúde tem reconhecido sua importante limitação. Nota-se que as ferramentas utilizadas, nesses casos, de modo geral atribuem à mulher a responsabilidade por encontrar alternativas que viabilizem a prática da amamentação e a manutenção desta.

Assim, não é raro vermos nutrizas mudando-se para casa de parentes que residem mais próximo do local de trabalho; estudantes que vão à escola para realizar provas e trabalhos em períodos de licença; mulheres que negociam com a patroa para levar o filho para o trabalho ou que renunciam ao emprego, sacrificando a renda da família e sua posição no estrato social.

Lidar com situações como essas realmente estão para além das possibilidades do saber e do fazer da saúde, do modo como ainda hoje se estrutura e se cuida, de forma isolada e muitas vezes descontextualizada do mundo da vida dos sujeitos envolvidos.

Embora se tenha conhecimento dessas questões sociais até como determinantes das condições de saúde, na prática, o setor de saúde nega que sua existência se dê no campo intersetorial, e que, portanto, deveriam ser resolvidas nessa lógica, ao contrário, propõe resolver essas questões (resultantes dos problemas sociais) com aumento de oferta de serviços, com a tentativa de fixação do profissional no território e o estímulo à

formação de redes sociais. Tais mecanismos tendem a suprir lacunas geradas pela injustiça social e pela iniquidade, porém, não as discute de modo suficiente. Por certo, a iniquidade na saúde é apenas um reflexo da iniquidade social, não podendo ser pensada de forma dissociada, como afirma Barata (2009,p.55):

Equidade e iniquidade são conceitos políticos que expressam, além da igualdade ou desigualdade quantitativa, uma avaliação moral relacionada com a noção de justiça social (...). As iniquidades são desigualdades injustas ou decorrentes de alguma forma de injustiça. A maioria (...) reflete a distribuição dos determinantes sociais de saúde na sociedade.

Essa noção de que os problemas de saúde são em muitos casos apenas a ponta do *iceberg*, ficou bastante clara no conceito de saúde construído de forma participativa na Lei Orgânica da Saúde de número 8.080, de 19/9/1990, na qual foi conceituada como resultante das condições de moradia, trabalho, renda, acesso e posse de terra, lazer. Em outras palavras, a saúde é resultante da justiça social, como apresentado no texto a seguir:

Art. 3º - A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, 2006).

Ainda a mesma lei afirma que saúde “define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento do seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas”.

O aleitamento materno é uma prática humana reconhecida como um direito social, e como tal é direito de todos e deve ser garantido pelo Estado. Apesar desse entendimento presente no arcabouço jurídico, como na Constituição Federal e no Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1988; BRASIL, 2011) ainda há muitas mulheres e crianças privadas desse direito devido às estruturas organizacionais presentes nos equipamentos sociais, públicos e privados, que deveriam contemplar a condição feminina e proteger o livre exercício do aleitamento materno e não o fazem.

Nesse sentido, o foco de interesse nessa temática surge através das experiências de aproximação com os diferentes sujeitos inseridos no cotidiano da amamentação, seja no manejo da prática da amamentação e seus desdobramentos, seja na proposição de políticas públicas para os municípios da região da Baixada Fluminense, que, sendo permeada por uma história de negação de direitos e por uma compreensão deficiente desses direitos por parte da própria população, requer que se façam proposições que tenham o potencial para uma transformação social a partir dos próprios sujeitos envolvidos no contexto.

Considerando as iniquidades e injustiças do contexto socioeconômico e cultural da sociedade, questões como liberdade, autonomia, desemprego, trabalho informal e baixa escolaridade associadas às de gênero e etnia são importantes para compreender quais são os limites e questões éticas para o avanço na política de aleitamento materno na região da Baixada Fluminense. Pegoraro (1995, p.13) ao escrever sobre justiça, afirma que as perguntas centrais da ética são: o que é uma sociedade justa? É possível construí-la? Acrescentando que “Somente a justiça é a virtude que relaciona o indivíduo com os outros. Somente a justiça abre a pessoa à comunidade; ninguém é justo para si, mas em relação aos outros; a justiça é a virtude da cidadania que regula toda a convivência política”.

Em muitas culturas, justiça está relacionada a igualdade, assim, uma sociedade é justa na proporção em que ela é igual para seus cidadãos. Todos os teóricos que se ocuparam a refletir – e alguns criaram teorias – sobre a justiça preocuparam-se em igualar alguma coisa. Nesse sentido, é Sen(2012, p.21). quem vai nos instrumentar ao fazer a pergunta central para a questão da justiça: “igualar o quê?”

Amartya Sen não parte de uma sociedade perfeita para então propor uma distribuição de bens materiais que a todos tornaria iguais. Sen parte dos indivíduos considerando que, mais que possuir bens primários, são as características pessoais de cada um que possibilitarão alcançar seus objetivos desde que haja liberdade para exercer seus funcionamentos. A essas características pessoais, Sen chama de funcionamentos, definido como as várias coisas que uma pessoa pode considerar valioso fazer ou ter.

A forte associação entre a ética e o pensamento de Sen encontra coerência em sua preocupação (como economista que é) com os fins últimos da atividade econômica em uma sociedade em que, para ele, não são as riquezas produzidas que importam, mas as pessoas (Kerstenetzky, 2000).

Sen (2010, p.55) considera que pobreza não é apenas a privação de recursos materiais, mas privação das liberdades substantivas, que segundo ele:

(...) inclui as capacidades elementares como, por exemplo, ter condições de evitar privações como a fome, a subnutrição, a morbidez evitável e a morte prematura, bem como as liberdades associadas a saber ler, fazer cálculos aritméticos, ter participação política e liberdade de expressão.

Assim, quem quer que seja a mulher e qualquer que seja a renda que se tenha, as condições de privações são passíveis de existirem uma vez que a sociedade tem estado muito mais preocupada com a economia do que com as pessoas, seu potencial de liberdade e de exercício de seus funcionamentos. Diferente da concepção liberal de Estado, cuja atuação seja apenas de regular as relações entre mercado e sociedade, o que se defende aqui é a presença do Estado através da formulação de políticas de proteção social.

O conjunto de normas, portarias e leis de proteção à amamentação, constituídas ao longo dos anos em nossa sociedade, são reflexos da luta dos movimentos nacionais e internacionais da sociedade civil organizada como as organizações não governamentais (ONG) Amigas do Peito,¹ Matrice,² Aleitamento.com,³ IBFAN,⁴ que juntamente com as áreas técnicas municipais e estaduais de aleitamento materno, exercem permanente movimento de pressão social traduzindo em políticas públicas e com amparo jurídico as demandas e necessidades de quem, ao querer amamentar, ainda encontra dificuldades (REA, 2003).

Essa capacidade de pressão social aliada a uma competência profissional articuladora tem tornado realidade a luta em defesa da amamentação; contudo, em lugares onde essa pressão social não existe ou existe de forma diminuta, a política de aleitamento materno não tem logrado tantos avanços, apenas tem reproduzido o discurso das leis prontas, porém não efetivadas, distantes da realidade concreta de mulheres e crianças que vivenciam sua prática.

Estruturalmente, esta tese está organizada em cinco capítulos, além da introdução e conclusão. O capítulo 1 traz o *marco conceitual* do estudo compreendido

¹<http://www.amigasdopeito.org.br>.

²<http://matrice.wordpress.com>.

³<http://www.aleitamentomaterno.com>.

⁴<http://www.ibfan.org.br>.

pelo aleitamento como tema abordado, o desmame, mecanismos de promoção, proteção e apoio à sua prática e a evolução da política pública em favor da amamentação; no capítulo 2 situamos o *referencial teórico* que sustenta o estudo, nele são apresentados a evolução histórica dos direitos humanos, a teoria de justiça de Amartya Sen e a amamentação no contexto da ética e da bioética.

A *abordagem metodológica* é apresentada no capítulo 3, descrevendo as ferramentas agregadas que possibilitaram os contornos e desenho final; no capítulo 4 reunimos os *resultados, análise e discussão* das categorias construídas no estudo. Baseando-se no referencial metodológico foram realizados dois níveis de interpretação: o primeiro voltado para o contexto socioeconômico, político em que as mulheres participantes do estudo encontram-se inseridas, e o segundo referente à realização da pesquisa de campo.

Por fim, o capítulo 5 apresenta uma síntese da discussão com o foco na *contribuição da teoria de justiça de Amartya Sen para a política pública de aleitamento materno*.

1 OBJETIVOS

O estudo tem como objeto a prática da amamentação no contexto socioeconômico e cultural da Baixada Fluminense. Face a esse objeto, foram elaboradas as seguintes questões norteadoras.

De que modo os conceitos de exclusão e inclusão injusta da teoria de justiça de Amartya Sen podem contribuir para a compreensão da prática da amamentação de mulheres na Baixada Fluminense em seu contexto socioeconômico e cultural?

A prática da amamentação é um direito humano fundamental, contudo os mecanismos de proteção não incluem todas as mulheres e crianças. Como desencadear mecanismos geradores de transformação dessa realidade?

A partir desses questionamentos, foram elaborados os seguintes objetivos de estudo.

1.1 Objetivo geral

Compreender a prática da amamentação de mulheres em seu contexto social, político e econômico a partir dos conceitos de privação de direitos de Amartya Sen.

1.2 Objetivos específicos

- a. **Identificar** o modo como mulheres que amamentam estão expostas às condições de privação de direitos e como percebem seus direitos.
- b. **Reconhecer** a partir das mulheres que se encontram/encontraram em condição de privação quais foram as estratégias adotadas para a prática da amamentação.
- c. **Analisar** a repercussão da política nacional de proteção ao aleitamento materno no cotidiano das mulheres que amamentam sob condição de privação.

2 MARCO CONCEITUAL

Com efeito, o problema que temos diante de nós não é filosófico, mas jurídico, e num sentido mais amplo, político. Não se trata de saber quais e quantos são os direitos (...) mas sim, qual é o modo mais seguro para garanti-los, para impedir que, apesar das solenes declarações, eles sejam continuamente violados

Norberto Bobbio, 2004.

2.1 Aleitamento materno: repensando sua prática

A amamentação está entre as práticas humanas que mais reduzem a morbimortalidade infantil sendo amplamente incentivada em todo o mundo. Veicula propriedades nutricionais, imunológicas e energéticas incomparáveis a qualquer outro leite, além de sua capacidade de proporcionar maior vínculo entre mãe e bebê. Seus benefícios estão para além daqueles que se espera em se tratando de um alimento (CALIL, FALCÃO, 2003).

A prática da amamentação é antes de tudo uma opção por um estilo natural e saudável de alimentar o ser humano nos primeiros anos de vida, pois em condições apropriadas de segurança, alimentar e nutricional oferecer o leite materno e não um substituto industrializado representa trazer benefícios para a criança e a mãe, durante a primeira infância e para a vida futura, além de também trazer, de uma forma ampliada, benefícios para a própria sociedade.

Estudiosos da área de alimentação recomendam que a introdução dos novos alimentos seja de forma oportuna e adequada a partir dos seis meses e de forma gradual na consistência e no volume até se aproximar da alimentação da família, o que deverá ocorrer após os primeiros 12 meses de vida, mantendo ainda o leite materno de forma complementar. Dessa forma a criança tem a seu favor uma alimentação que supre adequadamente as necessidades nutricionais e energéticas, conforme Brasil, 2009b:

No segundo ano de vida, o leite materno continua sendo importante fonte de nutrientes. Estima-se que dois copos (500ml) de leite materno no segundo ano de vida fornecem 95% das necessidades de vitamina C, 45% das de vitamina A, 38% das de proteína e 31% do total de energia (p.13).

Da mesma forma, a possibilidade da não exposição ao leite de outra espécie animal no primeiro ano de vida é um forte preditor para a redução de alergias alimentares e a introdução tardia de alimentos industrializados tem possibilitado o desenvolvimento de um paladar mais seletivo, com maior predileção por sabores não processados.

A II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal realizada em 2008 traçou o perfil dos hábitos alimentares de crianças menores de um ano e trouxe algumas preocupações. Entre os resultados apresentados, no Brasil, 46,4% das crianças de 6-9 meses e 71,7% entre 9-12 meses já consumiam biscoitos; entre os que consumiam refrigerante, 4,9% e 12% nas faixas de 6-9 e 9-12 meses, respectivamente (BRASIL, 2009a).

Essa problemática situação relacionada às práticas alimentares pós-desmame, podem variar de acordo com o local, porém na média geral nota-se que a prática do desmame e da introdução inadequada dos alimentos na primeira infância, identificada na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (BRASIL, 2009c) não se refere apenas à cultura local, mas demonstra a presença de alimentos industrializados na alimentação das crianças o que pode estar relacionado ao assédio sócio midiático do *marketing* destinado ao público infantil. Muitas vezes, sendo atingidos pela compra casada de alimento com brinquedos e outros objetos que vinculam um apelo para o mundo de consumo infantil. Dessa forma, a população brasileira vem sofrendo com a modernidade alimentar de forma acelerada. Fonseca *et al.* (2011) trabalham com o pressuposto de que tal processo ocorre devido às mudanças no mundo do trabalho, ampliação do comércio, feminização da sociedade e a questão das identidades sociais, políticas e econômicas.

A vulnerabilidade social da criança se faz presente na possibilidade de tais mudanças incidirem sobre novos hábitos de consumo alimentar podendo prejudicar seu desenvolvimento e por representar, para a família, um aumento dos gastos com a alimentação o que representaria um custo extra no orçamento familiar, sendo desnecessário do ponto de vista nutricional.

Poucas são as contraindicações para a prática da amamentação, estando relacionadas a problemas com a mãe e a própria criança. Dentre os fatores relacionados à mãe, destacam-se as doenças infecciosas como a varicela e o herpes em que se apresentam lesões nas mamas; a tuberculose não tratada; o uso de drogas à base de lítio (transtorno mental) e quimioterapia oncológica. Por se tratarem de situações transitórias, recomenda-se que seja estimulada a ordenha das mamas a fim de que se possa retomar a

amamentação após o tratamento devido. Há, ainda, algumas contraindicações que são permanentes: mães soropositivas para o vírus da imunodeficiência humana (HIV); mães com doenças crônicas e debilitantes e crianças com erros inatos de metabolismo como a fenilcetonúria, doença de xarope de bordo e a galactosemia (BRASIL, 2006; FEBRASGO, 2006; BRASIL, 2010a; CHAVES, 2007).

Nesses casos e por não haver a oferta suficiente de leite humano pasteurizado através da rede de Banco de Leite Humano, faz-se necessária a utilização de fórmulas lácteas para a alimentação dessa população, contudo, o que se observa é o uso indiscriminado desses produtos bem como a prescrição sem indicação clínica, e em alguns casos sendo usadas como forma profilática. Tal fenômeno Almeida caracteriza como desmame da excepcionalidade.

Almeida (1999) irá referir-se ao desmame comerciogênico, termo usado por Jelliffe (1979) e ao desmame da excepcionalidade como fenômenos que marcaram as décadas de 40 a 70 e de 80 até os dias atuais, respectivamente. O primeiro, caracterizado pelo interesse das indústrias de fórmulas lácteas e ditadas pelo *marketing* deliberado que incutia no pensamento e na prática médica a ideia de leite fraco e de hipogalactia, contribuindo para a prescrição da complementação. O segundo, como forma alternativa às regulamentações legais em que se proíbe a propaganda indiscriminada desses produtos; tem-se o modelo da excepcionalidade, em que os sujeitos-alvo do *marketing* são as crianças que vivenciam situações particulares.

Assim, a indústria lança a cada dia, novos produtos como “fórmula para prematuro”, “fórmula antirrefluxo”, “fórmula antidiarreia”, entre outros, mantendo seus produtos na mídia, numa tentativa de mostrar “superioridade” sobre o leite materno.

Atualmente, a indústria vem mantendo seu faturamento na venda de fórmulas lácteas buscando atender a um público cada vez mais focado em consumir produtos enriquecidos e que são apresentados pela mídia como promotores de bem-estar. Dessa forma, já não é somente pela “praticidade” que se tem um alto consumo desses leites, mas pelas propriedades supostamente encontradas em suas formulações. Assim, a corrida pela saúde comprada, e não pela prática de comportamentos que promovem o bem-estar, reforça a crença de que seja possível antecipar-se a doenças futuras através do uso de tais produtos.

A prática da amamentação é tão antiga quanto a própria existência humana, sofrendo influência social e cultural. Sobre essa influência, Almeida (1999) descreve que a medicalização, fortemente associada ao capital, atuou e ainda atua modulando os

comportamentos dos diferentes sujeitos envolvidos na alimentação infantil. Bacco e Progianti (2008,p.206), em um estudo que buscou analisar o discurso hegemônico que permeia a amamentação, apontaram três períodos na história do Brasil, reforçando a ideia da medicalização dos corpos e comportamentos sob um discurso hegemônico:

O primeiro, do descobrimento até 1850, marcado pelo poder da burguesia e da igreja. O segundo, de 1850 até 1970, caracterizado pelo interesse na força de trabalho da criança, pelo fortalecimento do poder médico e pela medicalização do aleitamento materno. O terceiro, de 1970 aos dias atuais, que é marcado pela comprovação científica da superioridade do leite humano, pela criação e implementação de programas de incentivo ao aleitamento materno e pelo movimento de humanização.

Nota-se que as autoras apontam a amamentação como instrumento da medicalização, contudo, é importante compreender que a apropriação da prática não a torna medicalizante. A amamentação é, pois, uma prática feminina, sendo necessário situá-la como tal e nas últimas quatro décadas tem sido esse o conceito para todo o esforço por resgatar sua prática e defendê-la de outros interesses que forçosamente levam a mulher ao desmame.

Interessante observar que a indústria acompanha bem de perto os fatos sociais da história e não apenas cria um produto vendável. As transformações no papel feminino, ocorridas na segunda metade do século XX foram oportunidades para que a indústria alimentícia (fórmula láctea) investisse em publicidade para tornar o leite em pó e a mamadeira os símbolos da liberdade feminina(AMORIM, 2008).

Muitos são os fatores que levam a mulher a interromper a amamentação, estes vão desde o desconhecimento de sua importância para o desenvolvimento da criança; influência dos grandes grupos empresariais à autonomia da escolha; esta última, quando informada e sem influência externa (por interesses outros que não os mesmos da mãe) deve ser respeitada como direito. Contudo, o que se tem ao longo da história em diferentes sociedades é a lógica do capital determinando as decisões por meio de uma mídia que a todos encanta e através da cooptação de profissionais de saúde que ainda detêm, para muitas famílias, a última palavra em matéria da alimentação infantil.

Em uma tentativa de coibir o crescente desmame por causas evitáveis, em 1990, em Florença, na Itália, aprovou-se a Declaração de Innocenti com a participação de um grupo de formuladores de políticas de saúde de governos, agências bilaterais e das

Nações Unidas. A declaração apresentava o consenso dos participantes sobre a proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno. Entre as recomendações: a) ter um coordenador nacional de aleitamento materno e a criação de um comitê nacional composto por membros do governo e organizações não governamentais; b) assegurar que todas as maternidades colocassem em prática os “Dez passos para o aleitamento materno bem-sucedido”; c) implementar totalmente o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno; d) elaborar uma legislação de proteção ao direito ao aleitamento materno da mulher trabalhadora estabelecendo meios para sua implementação (LABBOK, 2007).

A baixa prevalência do aleitamento materno até a década de 80 era claramente um reflexo da ausência de política de promoção, proteção e apoio não somente no Brasil, mas em todo o mundo, com graves reflexos para os países do então terceiro mundo (subdesenvolvidos e em desenvolvimento). As recomendações da Declaração de Innocenti geraram um movimento pela construção de uma política que contemplasse diferentes esferas de ação e com abrangência intersetorial, que extrapolasse as ações restritas ao setor de saúde, mas não contemplaram seus determinantes.

No Brasil, antes da década de 1970, nenhuma pesquisa sobre perfil de alimentação infantil havia sido realizada e a mediana de amamentação demonstrada por inquérito domiciliar nacional era de 2,5 meses, outros levantamentos foram realizados e na década de 1980, a amamentação eleva-se para 5,5 meses (1989) e para 10 meses em 1999 sendo este um importante avanço ocorrido a partir da soma dos esforços e estratégias como o Hospital Amigo da Criança (HAC) e a Norma de comercialização dos substitutos do leite materno, em 1988 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002; REA, 2003). Em 2008, a mediana de aleitamento materno foi de 341,6 dias (11,2 meses) (BRASIL, 2009a).

Tudo isso, resultado de um incremento nas ações de capacitação de recursos humanos com o foco no protagonismo feminino, na superioridade do leite materno sobre outros tipos de leites e fórmulas lácteas; no aconselhamento numa relação empática com a nutriz e a família em vez de ações normativas e prescritivas até então prevalentes nas ações de incentivo ao aleitamento materno.

Entre todas as estratégias adotadas na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, talvez o aconselhamento seja a que mais tenha, de fato, possibilitado gerar mudanças no modo de conceber a amamentação. Tal argumentação do ponto de vista da racionalidade não é difícil de ser sustentado pois é

através do aconselhamento que mulheres, protagonistas dessa prática são ouvidas sem ruídos, sem interlocutores e ao mesmo tempo se ouvem gerando uma reflexão sobre o modo como estão vivenciando tal ação.

O aconselhamento é uma técnica amplamente adotada em diversos programas de saúde como é o caso do programa de prevenção às doenças sexualmente transmissíveis e AIDS (DST/AIDS), das hepatites virais e de contracepção. Enquanto técnica de escuta e de entrevista à mulher que amamenta começou a ser utilizado no Brasil em sequência à implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) tendo sido proposta pela OMS e Unicef em 1993. Preconiza a capacitação de profissionais de saúde para desenvolverem uma escuta sensível, estabelecendo diálogo com a mulher sem julgamentos ou barreiras (BUENO, TERUYA, 2004; BRANDÃO, 2012).

Dessa forma, ao realizar o aconselhamento algumas ferramentas podem contribuir para que esse diálogo se torne real e resulte em benefícios para a mulher e seu bebê, entre elas, podemos citar: a) usar comunicação não verbal útil; b) fazer perguntas abertas; c) usar respostas e gestos que demonstrem interesse; d) devolver com as próprias palavras o que a mãe diz; e) estabelecer a empatia – mostrando entender como a mulher se sente; e f) evitar palavras que soam como julgamento.

Esse modo de promover o aleitamento materno e assistir as mulheres e bebês nessa prática possibilitou inúmeras outras ações com vista a apoiá-los entendendo que a amamentação é uma prática biologicamente determinada e socialmente condicionada, sofrendo influências ideológicas (ALMEIDA, 2004). Assim, foram criados o Método Canguru (Norma de atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso), focado no recém-nascido pré-termo; a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM) que a partir da experiência de outros países com a promoção do aleitamento materno na atenção básica e a exemplo dos 10 passos da IHAC, propõe 10 passos para a unidade básica.

Essa política, implantada no estado do Rio de Janeiro foi importante para a elaboração de uma política federal voltada à promoção do aleitamento materno na atenção básica, sendo então criada a Rede Amamenta Brasil, cuja atuação se dá na perspectiva de rede de apoio (BRASIL, 2003; OLIVEIRA *et al.*, 2010).

Para a amamentação se efetivar com êxito as condições fisiológicas que envolvem as estruturas da mama e seu funcionamento frente aos estímulos interno e externo são determinantes, contudo, é necessário que haja condições satisfatórias de saúde da mãe e da criança; intenção em amamentar por parte da mulher e uma rede de

pessoas do seu convívio e profissionais de saúde que possam promover, proteger e oferecer apoio à mãe e ao bebê nessa prática, além disso, são necessárias políticas públicas consistentes, construídas coletivamente com representação da sociedade e embasamento científico e sobretudo, amparo legal.

O aleitamento materno é uma prática amplamente difundida e também praticada nos diferentes grupos sociais e, independente do poder aquisitivo, amamenta-se ou não; independente da faixa etária, da situação conjugal, das condições de parto, da paridade da mulher; em tempos de equilíbrio ou de calamidade pública, amamenta-se ou não.

Contudo, é inegável que tais fatores anteriormente citados tenham impacto na decisão da mulher e, embora sozinhos não determinem, são condições que afetam essa decisão, tornando-se um peso muito grande para a mulher, quando, na realidade, viver em uma sociedade democrática pressupõe que o Estado, bem como a sociedade, irão garantir condições dignas para o desenvolvimento da capacidade de cada indivíduo (SEN, 2010). Levar a vida que com razão valora requer condições para tal. Essas condições precisam estar escritas (leis, portarias, políticas públicas) e também devem ser reconhecidas, ampliadas a fim de acompanhar as mudanças sociais, nos comportamentos humanos e na cultura.

Entende-se que a prática da amamentação não é igual para todas as mulheres, pelo oposto, ela é única e, portanto, singular, requerendo um olhar atento e uma escuta sensível por parte dos profissionais. Em seu início a mãe e o bebê podem apresentar dificuldades para encontrar uma pega adequada da região mamilo-areolar e um posicionamento ao colo em relação à mama de forma mais propícia ao ato, e com isso, deparar-se com o aparecimento de traumas mamilares, ingestão insuficiente de leite e conseqüentemente baixo ganho de peso. A mulher pode apresentar ainda cansaço por noites mal dormidas, labilidade emocional por estresse além da preocupação com o retorno ao trabalho ou a perda deste também tem se apresentado com muita frequência, sendo um dos importantes fatores para o desmame em nossa sociedade (BRASIL, 2006).

O conhecimento desses fatores que interferem negativamente no processo da amamentação levando a práticas inadequadas de alimentação da criança tem levado inúmeros pesquisadores da área a concordarem com a necessidade de se buscar uma rede social de apoio para mãe e bebê. Rede social entendida aqui como “mais que um simples agrupamento de pessoas, uma teia de relações na qual os sujeitos estão conectados pelos laços ou vínculos sociais”, Lacerda *et al.* (2006) *apud* Marques

(2010). Para Miriam, Leão e Alcantara (2012; 2014) “a rede social que apoia a amamentação atua através do incentivo, da proximidade entre os atores e da comunicação referencial de valores e conhecimentos”.

O profissional de saúde, muitas vezes, inserido no território, busca essa rede social, porém, numa perspectiva limitada ao microespaço que é a família. O foco da assistência permanece sobre as questões que a mulher vivencia no seu cotidiano, mas, sempre buscando medidas entre os membros da família que podem se constituir como essa rede social de apoio que fará o esforço para encontrar alternativas para superação das dificuldades. Contudo, é preciso ampliar e fortalecer essa rede para além da família e para além dos serviços e profissionais de saúde compreendendo que o aleitamento materno ou o não aleitamento materno trazem impactos importantes não só para a família e indicadores de saúde, mas afeta toda a sociedade e esta, por sua vez, precisa cuidar de seus cuidadores.

2.2 Compreendendo a problemática do desmame a partir da literatura e do contexto socioeconômico e cultural da mulher

O termo desmame tem sido abandonado nos últimos anos devido à compreensão de que a prática não deve ser estimulada. Da mesma forma, a expressão “desmame precoce” é compreendida como a antecipação de um fato, ou fenômeno (desmame) que está previsto acontecer em um determinado tempo cronológico. Ora, se a recomendação é de que o aleitamento materno deve ser exclusivo até os seis meses e complementado até os dois anos ou mais, fica evidente que não há uma idade definida para a sua interrupção. Considera-se a importância de se manter o aleitamento materno após os seis meses tendo em vista os benefícios que o leite materno traz mesmo após a introdução dos alimentos sólidos.

É necessário, conceituar algumas práticas de aleitamento materno adotados no Brasil (BRASIL, 2009a) conforme preconiza a OMS. Diz-se que a criança está em aleitamento materno exclusivo (AME) quando sua alimentação consiste em receber apenas leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou ainda, leite doado do banco de leite humano (BLH) sem adição de chás, água ou suco, apenas gotas de medicamentos,

vitaminas ou sais minerais; quando a criança passa a receber, ainda nos primeiros seis meses, chás, água ou suco, mas ainda recebe leite materno, ela está em aleitamento materno predominante (AMP); se além da oferta dessas bebidas, ou ainda que não as receba, mas foi introduzido outro tipo de leite, a criança encontra-se em aleitamento materno (AM).

A introdução de alimentos semissólidos ou sólidos na dieta da criança a partir dos seis meses caracteriza-se como aleitamento materno complementar (AMC), neste caso, o leite materno está complementando a alimentação da criança que passará gradativamente dos seis aos 12 meses da papa (alimento com consistência pastosa) à alimentação da família.

A introdução dos alimentos semissólidos ou sólidos antes dos seis meses não se configura em aleitamento maternocomplementar mas na introdução inadequada e inoportuna dos alimentos, considerando o padrão ouro que é o AME nesse período.

Assim, o termo desmame, como recomendação profissional, vem sendo combatido e como prática feminina intencional, estimulada ao abandono, contudo, diversos são os fatores que corroboram para que de modo processual o amamentar seja substituído de forma não adequada levando à interrupção do aleitamento materno como prática alimentar da criança nos primeiros dois anos de vida.

Não só ao longo dos tempos, mas principalmente neste século (XXI) em que se intensificaram inúmeras estratégias para a promoção do aleitamento materno e de políticas públicas voltadas para essa questão, diversos estudos têm sido produzidos no sentido de buscar compreender as razões presentes para a interrupção da amamentação e a consequente introdução da fórmula láctea.

Um estudo realizado com 65 mulheres trabalhadoras e estudantes de uma universidade pública demonstrou que o processo de amamentar sofre influência das condições dos ambientes domésticos, do trabalho ou de estudo e da mesma forma das relações pessoais presentes nesses ambientes (SILVA, 2005).

É comum observar situações de constrangimento tanto no ambiente de trabalho quanto no escolar, ausência de espaço físico para a retirada de leite ou simples esvaziamento da mama para conforto da mulher; não cumprimento dos intervalos para amamentar previstos em lei. No que tange às relações interpessoais, esses ambientes são permeados de relações desiguais e a mulher encontra-se na maioria das vezes fragilizada pela condição de após a licença maternidade ainda necessitar de pausas e de espaços para a retirada do leite.

O Ministério da Saúde através de uma Nota Técnica⁵ fixou normas para instalação de salas de apoio à amamentação em empresas públicas ou privadas e a fiscalização desses ambientes pelas vigilâncias sanitárias locais. O objetivo das salas é o de possibilitar à mulher que após a licença-maternidade decide manter o aleitamento materno tenha um local adequado para retirar o leite (ordenha) e armazená-lo com segurança e higiene (BRASIL,2010).

A Nota Técnica surge para uniformizar uma prática que já vinha acontecendo em algumas empresas tanto públicas quanto privadas e desmistificar que tal investimento seja dispendioso para o empregador; ao contrário, vem trazendo inúmeros benefícios, como os apresentados no próprio documento:

As empresas também se beneficiam com o menor absenteísmo da funcionária, haja vista as crianças amamentadas adoecerem menos; por outro lado, ao dar maior conforto e valorizar as necessidades de suas funcionárias, o empregador pode ter como retorno maior adesão ao emprego e, conseqüentemente, permanência de pessoal capacitado; isto certamente leva a uma percepção mais positiva da imagem da empresa perante os funcionários e a sociedade (p.3).

Não há uma obrigatoriedade para a sala de apoio à amamentação e nenhuma lei ou incentivo financeiro foi destinado para sua instalação, foram capacitados em todo o território nacional profissionais de saúde (das áreas técnicas de aleitamento materno e da saúde ocupacional) para serem multiplicadores e apresentarem a proposta às empresas com perfil para instalar a sala, acompanhando o processo. Trata-se de uma forma imaginativa de promover o aleitamento materno por meio da responsabilidade social de quem emprega.

Outro estudo realizado com 12 mulheres mães orientadas quanto ao aleitamento materno, em uma maternidade particular, apontou que as tensões geradas no período da amamentação influenciam fortemente na decisão de amamentar, sendo o fator principal para o desmame (SILVA E MARCOLINO, 2009). A amamentação precisa sempre ser vista dentro de um contexto maior que o universo mãe-bebê-família. Quando o foco não é deslocado para essa tríade e o contexto social, político e econômico da sociedade em

⁵Nota Técnica Conjunta nº 01/2010 ANVISA e Ministério da Saúde. Está embasada na RDCnº 171 de 4 de setembro de 2006 que dispõe sobre o regulamento técnico para o funcionamento de bancos de leite humano.

que está inserida nos limitamos a considerar que as causas da interrupção ou até mesmo da negação de amamentar está circunscrita às alegações como “leite fraco”, “pouco leite”, “leite que secou” ou até mesmo ao desinteresse da mulher.

Entre os estudos produzidos na última década, as principais alegações maternas diziam respeito a uma nãocompetência para amamentar percebida pela própria mulher, caracterizada por uma insuficiência lactacional. Estudos apontam que nas sociedades em que se promove a amamentação, tornando-a uma prática habitual, a insuficiência lactacional é pouco observada, diferentemente das sociedades em que as mulheres são menos expostas à amamentação e com um grau maior de industrialização, “em países industrializados, parece que no máximo 1 a 5% das mães experimentam insuficiência puramente fisiológica na lactação. Observações em sociedades tradicionais sugerem número ainda maior” (WHO EIBFAN-BRASIL,1997).

Se buscarmos um pouco mais na história, veremos que a origem desse conceito está ligada, não apenas à cultura popular, mas a conceitos fortemente difundidos nos meios científicos em décadas passadas. Em um estudo desenvolvido por Arantes, Montrone e Milioni (2008) em que se analisou o conhecimento de profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) acerca da amamentação, foi demonstrado que entre os entrevistados, 32,7% responderam que é importante trocar a mama a cada 10 minutos do início da mamada e 28,8% acreditam que é preciso determinar horários regulares para o bebê mamar. O estudo demonstra que o profissional de saúde não está isento de desenvolver suas crenças e assimilar mitos a partir de sua visão de mundo, dos saberes que foram construídos ao longo da sua formação, o que evidencia a necessidade de permanente processo de capacitação a fim de que novos conceitos baseados em evidências científicas sejam assimilados.

Dessa forma, apesar de ser uma máxima no meio científico que tais alegações estejam relacionadas a crenças e mitos geradas no seio das classes populares, muitos desses saberes tiveram respaldo dos profissionais de saúde. Contudo, é preciso considerar o estilo da sociedade e, da mesma forma, a política de proteção social que os governos desenvolvem, sendo reflexo de como a sociedade enxerga o papel da mulher no mercado de trabalho e a maternagem como algo inerente ao gênero feminino. E que, por essa razão, é o ônus da sua condição.

Não é novidade que a mulher apresenta condições fisiológicas diferentes do homem, mulheres menstruam mensalmente; podem ter tensão pré-menstrual; engravidam e amamentam, contudo essas diferenças não podem ser obstáculos para o

exercício de suas funções e direitos de cidadã, sendo mulher, trabalhadora, “do lar” ou estudante. Quando essas diferenças são ressaltadas, vemos as injustiças sendo deflagradas e a desigualdade de gênero, imperando. Sentimentos de culpa pela gravidez, de peso pela licença-maternidade e a própria negação de usufruto do direito às pausas previstas em lei (RAMOS E ALMEIDA, 2003).

Barros *et al.* (2009) acompanharam 104 crianças durante 12 meses, em uma Unidade de Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, identificando que as causas para o desmame relatadas pelas mães tinham relação com a criança em 36,8% e em 63,2% foram por condições maternas; o estudo também apontou que o uso de chupetas e mamadeiras apresentaram uma forte associação com o desmame precoce e com a interrupção do aleitamento materno exclusivo.

Oliveira *et al.* (2005) ao realizar um estudo na Bahia encontraram associação entre baixas condições socioeconômicas e um aumento de 2,3 vezes na introdução de alimentos complementares; entre os que apresentam condições muito precárias a interrupção do aleitamento materno sobe para 2,5 vezes mais; outro estudo, também na Bahia, encontrou associação entre renda familiar mais baixa e interrupção mais precoce do aleitamento materno exclusivo (SOUZA *et al.*, 2008). Em duas revisões sistemáticas (publicada em Campinas e no Rio de Janeiro, respectivamente), as pesquisadoras concluíram que quanto menor a situação socioeconômica maior a vulnerabilidade e com isso, o risco para o desmame (FALEIROS, TREZZA E CARANDINA, 2006; RIVEMALES, AZEVEDO E BASTOS, 2008). Já um estudo realizado no Piauí identificou que entre as classes sociais C, D e E, que se refere a residentes da zona rural, a prática do aleitamento materno apresenta maiores índices (RAMOS *et al.*, 2008).

Alves (2008) e Silva e Marcolino (2009) apontam como causa de desmame a crença de que o leite materno só é necessário até os 6 meses apesar da recomendação mundial de que seja oferecido de forma complementar até os dois anos ou mais. A recusa da criança ao seio também foi apontada como causa para o desmame em cinco estudos (ESCOBAR *et al.*, 2002; VOLPINI, MOURA *et al.*, 2005; OTENIO *et al.*, 2007; FROTA *et al.*, 2009; ROCHA, 2010), essa causa está presente em muitos discursos maternos e deve ser valorizada no manejo da amamentação. Muitas são as causas para a recusa do seio pela criança, entre elas podemos citar a sensação de desconforto ou dor em uma determinada posição, mama muito cheia com difícil pega pelo bebê, fluxo de leite materno muito forte ou muito fraco, bebê que não consegue

fazer ou manter a pega ou o uso de bicos artificiais (chupetas e mamadeiras) gerando o que se denomina como “confusão de bicos”.

O trabalho materno foi citado em 14 estudos; curiosamente, apenas dois apontaram o trabalho informal e o desemprego como causas (VENÂNCIO *et al.*, 2002; BERNARDI *et al.*, 2009), todos os demais relacionavam-o com o retorno da licença (CARRASCOZZA *et al.*, 2005; OTENIO *et al.*, 2007; SILVA *et al.*, 2009), a necessidade de trabalhar para complementar a renda (FROTA *et al.*, 2009), o estresse pelo retorno ocasionando baixa produção de leite e ainda as condições impróprias no ambiente de trabalho, como espaço para ordenha e armazenamento do leite, além das relações interpessoais (CARRASCOZZA *et al.*, 2005). Ou seja, é no trabalho formal que as mulheres encontram as maiores dificuldades, quando, na realidade, os avanços na proteção ao aleitamento materno por meio de legislação concentram-se nessa modalidade de vínculo (RAMOS E ALMEIDA, 2003; VIEIRA *et al.*, 2004; FROTA E MARCOPITO, 2004; VOLPINI E MOURA, 2005; PARIZOTTO E ZORZI, 2008; SILVA E MARCOLINO, 2009; BAPTISTA *et al.*, 2009; ROCHA *et al.*, 2010).

Leis de ampliação da licença-maternidade de 120 para 180 dias com incentivo fiscal para o empregador; de pausas para amamentação em dois períodos de meia hora, bem como a obrigatoriedade da creche ou auxílio creche nas empresas que empreguem 30 mulheres com idade a partir de 16 anos são alguns dispositivos de proteção presentes na legislação brasileira, contudo, a efetivação desses direitos ainda está longe para muitas mulheres, devendo ser objeto de monitoramento e de mobilização da sociedade civil organizada, sindicatos e do próprio Ministério do Trabalho.

No ano de 2009 o Brasil possuía cerca de 10,6 milhões de mulheres no mercado de trabalho, os postos de trabalho foram se modificando ao longo do tempo e hoje as atividades tradicionalmente masculinas cederam lugar ao feminino, a exemplo disso o Cadastro Nacional de Atividades Econômicas (CNAE) do Ministério do Trabalho e Emprego⁶ em 2011 registrou 11.768 postos de trabalho no setor de transporte de carga ocupados por mulheres. Outras funções estão sendo também ocupadas por mulheres,

Na construção civil é outro fato a se observar, principalmente em atividades como Construção de estações e redes de telecomunicações, onde a participação feminina passou de 12,96% em 2010 para 13,68% em 2011;

⁶Ver em <<http://portal.mte.gov.br/imprensa/crece-a-participacao-da-mulher-no-mercado-de-trabalho/palavrachave/mercado-de-trabalho-rais-mulheres-crescimento-das-mulheres.htm>>.

Perfuração e construção de poços de água que passou de 11,75% para 12,31%; e ainda na Montagem e instalação de sistema e equipamentos de iluminação e sinalização em vias públicas, postos e aeroportos atividade onde a participação feminina passou de 14,14% em 2010 para 14,36% em 2011.

A incorporação da força de trabalho feminina requer ajustes; ambientes em que predominam a mão de obra masculina tendem a masculinizar o trabalho feminino, levando-as muitas vezes a abrir mão de seus direitos para não perder a oportunidade do emprego.

2.3 Aleitamento materno: uma prática a proteger?

Embora o conjunto de políticas públicas nos pareça adequado em sua abrangência, ele não alcança a totalidade de indivíduos aos quais deveria proteger, como é o caso de trabalhadoras informais ou ainda em sistemas em que a garantia do direito é violada, como apresentado por Ribeiro *et al.* (2009) em que estudantes, numa relação hierarquicamente assimétrica, não conseguem a concessão de afastamento das atividades escolares (licença-maternidade) vindo a desmamar o bebê ou a interromper os estudos.

Norberto Bobbio (2004) aponta para uma questão importante do ponto de vista da promoção da amamentação que é reconhecer se os sujeitos para os quais direciono meu cuidado estão encontrando dificuldades por ausência de uma legislação que os proteja ou, havendo essa legislação, não conseguem amparo. Bobbio (2004, p.29) acrescenta ainda que “a liberdade e a igualdade dos homens não são um dado de fato, mas um ideal a perseguir; não são uma existência, mas um valor; não são um ser, mas um dever ser” ou seja, um *continuum*, assim, não estão acabados, mas tendo a necessidade de ampliação conforme as transformações sociais e de igual modo todos os demais direitos oriundos dessa compreensão de liberdade e igualdade.

Dessa maneira, o acompanhamento de políticas públicas de saúde deve ser uma ação cotidiana e embora existam mecanismos validados para realizar tal acompanhamento, é legítimo que toda a sociedade acompanhe, de outro modo, estaríamos transferindo responsabilidades que envolvem a todos nós. A amamentação como já foi vista, não é um cuidado de saúde, mas um cuidado humano (MATTOS,

2008), como tal requer por parte da sociedade um empenho em proteger. O fato de circunscrever sua prática aos limites da área de saúde fez com que fosse vista como bandeira desses profissionais e das mulheres que a vivenciam. Assim, no âmbito da saúde as ações de promoção, proteção e apoio acabam se limitando às prescrições que modulam comportamentos, mas que por não dar conta dos fatores externos (socioeconômicos) acabam por responsabilizar a nutriz por seu fracasso, sobre isso, o mesmo autor irá argumentar que:

Cabe advertir que para essas mulheres a recomendação enérgica, por exemplo, do aleitamento materno como prática de cuidado ideal, que demonstra o amor da mãe pelo filho e que é capaz de produzir muitos benefícios para a vida da criança, pode produzir como consequência não necessariamente premeditada um sentimento de culpa e/ou um sofrimento adicional dessa mulher que se vê diante da impossibilidade de amamentar seu filho (p.323).

Essa responsabilização e até mesmo a culpabilização imposta por profissionais de saúde e sociedade transformam, por vezes, a amamentação em um fardo de tal forma que sua substituição pode vir a se apresentar como algo desejável e menos sofrido. Os fatores socioeconômicos externos à relação mãe-bebê-família são muito pouco explorados na literatura que embora, na sua maioria, aponte para esses fatores, não os discute, antes, atribui à rede social, a missão de propiciar condições adequadas para que a mulher consiga amamentar. A partir de diferentes autores, Vieira (2010) faz a distinção entre rede social e apoio social, sendo o primeiro a dimensão estrutural ou institucional (família, igreja, escola, vizinhança) e o apoio social, são os membros que compõem essa rede (amigo, vizinho, pastor, padre, irmão, avó).

O ser humano é um ser relacional, necessita de interações com seus semelhantes, com outros seres vivos e com o ambiente. O homem isolado morre. É na relação eu-tu que o homem imprime sua existência. Essa relação é de mutualidade, cooperação, “como ser relacional, a pessoa é, ontologicamente, aberta à convivência com o mundo” (PEGORARO, 2010, p.69).

Nessa perspectiva, vem sendo atribuído a essa rede social o papel de compensar a ausência de ferramentas legais que deveriam auferir direitos já declarados ficando a cargo da família, parentes, vizinhos e amigos os arranjos para que a mulher dê conta de amamentar mesmo em face ao retorno ao trabalho ou escola; ou mesmo a ausência de

instituições de educação infantil para outros filhos que ainda requerem cuidados, o que por vezes resulta em fracasso pois a ansiedade por não sobrecarregar terceiros, leva a mulher, muitas vezes, a fazer escolhas entre amamentar e seguir a vida. Em situações como essas, qualquer que seja a escolha é uma escolha excludente.

Não raramente, o que essas mulheres ouvem é que não se pode fazer tudo ao mesmo tempo: “ou se estuda, ou se tem filho”, Sendo assim, quando é o tempo? Como estabelecer tempo para cada coisa em uma sociedade que caminha a passos largos? Onde o capital é o humano, o investimento só depende do próprio sujeito e que qualquer outro projeto concomitante pode representar um enorme prejuízo à vida futura. Sobre isso, Meulders *et al.* (2007,p.612) acrescentam que:

o papel das políticas públicas é possibilitar a elas [mulheres] a continuidade no emprego e a progressão na carreira durante toda a vida, da mesma maneira que os homens (...). A participação crescente das mulheres no mercado de trabalho, em particular das que têm filhos, é um dos fenômenos econômicos e sociais mais importantes da segunda metade do século passado, (...) ajudar as mulheres a permanecer no mercado de trabalho é crucial para sua independência, para o desenvolvimento da sociedade e, talvez, até para a sobrevivência dos sistemas de proteção social.

Os participantes do Workshop Internacional da World Alliance for Breastfeeding Action-WABA ocorrido nas Filipinas em 1998 sobre amamentação, mulher e trabalho, declararam que:⁷

Todas as mulheres trabalham; todas as mães trabalham. Alguns trabalhos são pagos, reconhecidos, contabilizados e protegidos por contratos de trabalho e legislação. Muitos trabalhos das mulheres são informais, mal pagos, ou não pagos, não reconhecidos e não protegidos pela legislação trabalhista. (...) Somente mulheres têm a capacidade de amamentar. E a integração da amamentação com outros tipos de trabalho requer novas políticas e ações para proteger os direitos das mulheres, inclusive o de amamentar. Isto é particularmente importante hoje em dia, quando as mulheres trabalhadoras enfrentam uma piora das condições de trabalho.

⁷DECLARAÇÃO DE QUEZON CITY – sobre Amamentação, Mulher e Trabalho: Direitos humanos e soluções criativas Workshop Internacional da World Alliance for Breastfeeding Action-WABA, 1-5 de junho de 1998, Filipinas.

Situações como a da estudante que não usufrui da licença, da trabalhadora formal ou não, coloca em destaque a invisibilidade de uma questão fundamental ao se buscar promover e incentivar a prática do aleitamento materno que é a proteção por meio de instrumentos legítimos constituído no ordenamento jurídico brasileiro e que precisam ser vistos, revistos e discutidos com profissionais de saúde, instituições de formação, departamentos de governos, sindicatos de trabalhadores e trabalhadoras principalmente com o coletivo de mulheres.

Nos serviços de saúde quando o profissional se depara com situações que estão para além da sua capacidade resolutive, a pergunta que se faz à mulher é: você tem alguém para te ajudar? De fato a amamentação não é uma prática que diz respeito somente à mulher. Como prática humana requer humanos e, sobretudo, valores humanos como a solidariedade, vínculo, cooperação, doação, empatia e simpatia.

Entretanto, nenhum desses valores é colocado à margem quando se questiona alcançar uma prática por meio apenas da solidariedade, do favor, quando na realidade trata-se de um direito já adquirido e pensado de forma igualitária, ainda que na realidade não o seja. Se o direito não dispensa a solidariedade, do mesmo modo, a solidariedade não substitui o direito viabilizado por meio de políticas públicas, sendo o direito a decidir amamentar (mulher) e o direito a receber o alimento mais adequado (criança) direitos fundamentais (DANTAS, 2007; LIMA ELEÃO ALCANTARA, 2014).

Torna-se claro que ao evocar a rede social para possibilitar a prática da amamentação ao invés de atuar em prol da não violação dos direitos, estamos optando por deixar à margem aquelas pessoas que por razões das mais diversas, não dispõem dessa rede. Na atualidade essa situação é cada vez mais frequente dada a crescente participação da mulher no mercado de trabalho e a níveis de escolaridade cada vez mais elevados deslocando a mulher – principal ajudadora – para outros espaços que não os domésticos. O que fazer? Com quem contar? Países como os da União Europeia desenvolveram sistemas de proteção à maternidade que se caracterizam por investir em licença-maternidade/paternidade; licença parental; sistema de educação e cuidado infantil; isenções fiscais e ajuda direta à família.

Entre países da América Latina os mecanismos de proteção seguem a recomendação da Organização Internacional para o Trabalho (OIT). Um estudo realizado por Abramo e Todaro (2005) a pedido da OIT para avaliar o custo do trabalho para homens e mulheres em cinco países na América Latina (Brasil, México, Chile,

Uruguai e Argentina) apontou os seguintes resultados: a) Licença-maternidade⁸ – nos cinco países a licença varia de 12 semanas (Argentina, México e Uruguai) a 18 (Chile), no Brasil é de 16 semanas para o regime CLT podendo ser acrescido de mais 8 semanas para as empresas que optarem pela modalidade “empresa cidadã”⁹ e de 24 semanas para as trabalhadoras regidas pelo sistema estatutário. Todos os países estabelecem salário-maternidade equivalente a 100% do salário percebido usualmente e a garantia de assistência obstétrica durante a gestação e parto.¹⁰

O estudo mostra que o custo com licença-maternidade para o empregador é nulo, os benefícios financeiros associados à maternidade são custeados por fundos públicos (Chile) ou por sistemas de seguridade social (Brasil, México, Uruguai e Argentina). Interessante concluir que o valor da contribuição previdenciária pago pelo empregador é o mesmo independente do empregado ser homem ou mulher; do número de mulheres contratadas e da idade o que torna injustificável o argumento de que contratar mulheres seja mais oneroso ao empregador. Considerando que os sistemas sociais são financiados em parte pelos empregadores e em parte pelos trabalhadores e que, portanto, há um custo social, o estudo calculou esse custo nesses países e identificou que os benefícios recebidos pelas trabalhadoras durante a licença-maternidade representam menos de 2% do total de trabalhadoras assalariadas, sendo 0,7% na Argentina; 1,1% no México e 1,7% no Chile e no Brasil.¹¹

a) Serviços de cuidado infantil (creche) – as disposições legais são diferentes nos cinco países estudados. No Brasil, Argentina e Chile o custo é do empregador e somente quando atinge um número mínimo de 20 mulheres no Chile e 30 no Brasil; a Argentina possui lei similar, mas não foi ainda regulamentada; no México, somente têm direito as trabalhadoras que contribuem para a previdência social. Uruguai não tem legislação específica. Em termos percentuais, os custos diretos são baixos para o empregador, representando 1,2% no Chile, 0,8% na Argentina e 0,3% no Brasil do total da remuneração bruta mensal paga à trabalhadora. No México o benefício está coberto pela seguridade social, não representando custo direto para o empregador.

b) Direito à lactância –os cinco países possuem legislação que contempla o direito a duas pausas de 30 minutos por turno trabalhado, sendo que a duração do

⁸A Convenção da OIT de Proteção à Maternidade (número 183, aprovada no ano 2000) estabelece que a licença-maternidade deva ser de, no mínimo, 14 semanas.

⁹Renúncia fiscal.

¹⁰A Convenção 183 da OIT estabelece que as mulheres devem receber, durante a licença-maternidade, pelo menos 2/3 de suas remunerações habituais, recomendando o aumento progressivo dessa proporção.

¹¹O estudo não apresentou dados do Uruguai.

benefício varia de 6 meses (Brasil, México e Uruguai) a 2 anos (Chile). Para a Convenção 183 da OIT a definição do período cabe à legislação de cada país. Embora todos os países estudados apresentaram a regulamentação, na prática, esse direito é pouco observado e pouco conhecido por parte das trabalhadoras (e da população em geral), não sendo cumprido, salvo quando há creche no local de trabalho. A pesquisa mostrou que o custo para o empregador é de 0,8% (Brasil) a 1,0% da remuneração bruta mensal das mulheres.

c) Custo de substituição da trabalhadora durante a licença-maternidade – embora seja um argumento frequente o custo da substituição de uma mulher durante a licença-maternidade, o estudo aponta a necessidade de se realizar estudos que avaliem esse impacto. Ao se calcular os custos monetários diretos (13^o, férias proporcionais e outros benefícios) a conclusão é de que os custos representam 0,1% ou menos da remuneração bruta mensal das mulheres. Tal custo afeta em maior proporção os pequenos empregadores, pois os grandes empregadores em geral redimensionam as atividades em função do pessoal já contratado em vez de recorrer a novas contratações.

O estudo realizado pela OIT possibilita uma visão panorâmica dos mecanismos legais de proteção existentes em países da América Latina e reforça o que Bobbio (2004) já citado neste estudo afirma sobre a constituição de novos direitos.

2.4 Política pública de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno no Brasil

A elaboração e a implementação de uma política pública depende de seus atores políticos, bem como do contexto nacional e internacional. Podemos afirmar que atores políticos “são todos aqueles indivíduos, grupos ou organização que desempenham um papel na arena política” (SECCHI, s/d). Esses atores podem ser governamentais (públicos) ou não governamentais (privados); entre os atores governamentais podemos ter os servidores públicos que operam a burocracia e que elaboram políticas a partir de sua *expertise* amparando-se em indicadores e demandas sociais; um outro ator público são os detentores de mandato político (vereadores, deputados e senadores), representantes dos interesses da coletividade; estes elaboram políticas a partir de interesses pessoais, de partidos políticos e por pressão popular ou de entidades.

Os atores privados ou atores não governamentais são aqueles que não possuem vínculo com a estrutura administrativa do Estado, não são formuladores de políticas, contudo são grandes influenciadores destas, quer seja por interesses próprios, quer seja por interesses coletivos. Dentre esses destacamos as agências internacionais como a OMS, a Opas, Unicef, OIT, IBFAN que por meio de suas conferências exercem pressão sobre os países, em especial os signatários para a formulação de políticas conforme os acordos internacionais e sempre amparados nos direitos humanos.

Exercem influência também intensamente os movimentos sociais como as organizações do terceiro setor; as associações de pacientes; conselhos de direito (saúde, educação, assistência social), associações e entidades de classes (Ordem dos Advogados do Brasil, Sociedade Brasileira de Pediatria, Conselho Regional de Nutrição, Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiras Obstétricas, Conselho Regional de Fonoaudiologia), tais entidades exercem influência visando à formulação de políticas voltadas para a coletividade a partir da produção dos saberes e das práticas dos profissionais em suas respectivas áreas.

Há ainda a influência de entidades privadas reconhecidamente focada no mercado, entre elas podemos citar as corporações de planos de saúde, as indústrias farmacêuticas, de tecnologia hospitalar, as indústrias de fórmulas lácteas, bicos e mamadeiras, todas essas voltadas para o campo da saúde além de tantas outras no campo agroindustrial, na educação e habitação, trabalho e renda. Muitas dessas organizações agem não apenas pressionando para a formulação de determinadas políticas como para impedir a formulação de políticas que privilegiem o desenvolvimento humano e coletivo, mas que possam acarretar no campo econômico-financeiro redução do lucro.

Assim há muito mais elementos envolvidos na esfera das políticas do que puramente o benefício que elas trarão para essa ou aquela população. Um exemplo desse alcance foi o ocorrido no ano de 2007 em que no Legislativo federal a bancada ruralista comandou a votação pela mudança dos rótulos de produtos lácteos para a primeira infância, abrangidos pela Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos da primeira infância (NBCAL). Até então estes produtos vinham com a seguinte frase: “O Ministério da Saúde adverte” com a alteração, a frase que passou a vir nos rótulos

foi: “Aviso importante”, demonstrando que o interesse pelo aleitamento materno ou pelo não aleitamento materno possui fronteiras muito mais amplas.¹²

Numa sequência cronológica, Brasil (2011) apresenta uma evolução dos 70 anos da história da área técnica da saúde da criança, com destaque para o conjunto de leis, normas e portarias elaboradas em promoção à saúde da criança. Dessa literatura, destacamos aquelas que dizem respeito ao aleitamento materno; também levantamos através de *site*¹³ da Rede Brasileira de Banco de Leite Humano a evolução histórica da criação dos Bancos de Leite Humano no Brasil de 1943, com a criação do primeiro Banco de Leite Humano em 2010, com as parcerias internacionais; outros documentos, como publicações do Ministério da Saúde são bastante úteis para o conhecimento público dos avanços da política de aleitamento materno.

No Brasil, de 1975 até 2010, foram assinadas e publicadas 42 leis e portarias do Ministério da Saúde voltadas a propiciar condições, inicialmente de incentivo e posteriormente para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e algumas destas para conferir legitimidade para a gestão da política de aleitamento materno no país. Anteriormente a esse período, cabe ressaltar que em 1966 é ratificada no Brasil a Convenção 103 da OIT¹⁴ ocorrida em 1952 em Genebra, Suíça, que estabelece que os países signatários devam garantir a licença-maternidade de no mínimo 12 semanas.

Direito semelhante foi sancionado por meio da Lei Federal nº 6.202, de 17 de abril de 1975, que garante às estudantes gestantes e lactantes o mesmo direito das trabalhadoras que é a licença-maternidade, garantindo-lhes o afastamento a partir do 8º mês de gestação e por 3 meses após o parto, período em que deverá ser assistida por exercícios domiciliares, sendo garantido ainda o direito de realizar os exames finais. Embora a lei tenha hoje 40 anos, muitos ainda a desconhecem, inclusive nos ambientes escolares, trazendo prejuízos às estudantes que acabam tendo que optar entre estudar ou amamentar o filho.

A década de 80 foi marcante pelas inúmeras lutas sociais por direitos e pela democratização do país, um período histórico em que emergiram importantes

¹²A MP em questão, de nº 350, trata do Programa de Arrendamento Residencial e visa facilitar a compra de imóveis por pessoas de baixa renda. Relator da medida provisória, o deputado Dagoberto Nogueira (PDT-MS) disse ter sido corajoso ao acolher o pleito dos produtores de leite, ao incluir em outro projeto, tema de interesse da cadeia produtiva do leite. Acrescentou que, ao mudar o texto original da MP, conquistou o apoio da oposição para uma matéria de interesse do governo. Disponível em: <<http://comentandoanoticia.blogspot.com.br/2007/04/no-congresso-truques-deformam-o-pac.html>>.

¹³Ver em: <<http://www.dipity.com/sferreira/Rede-Brasileira-de-Bancos-de-Leite-Humano/?mode=fs>>.

¹⁴Para ter acesso à síntese das Convenções da OIT ratificadas pelo Brasil, ver em: <<http://www.oitbrasil.org.br/convention>>.

movimentos sociais e instrumentos legais como a reforma sanitária, o movimento das Diretas já,¹⁵ a Constituição Cidadã, o Estatuto da Criança e do Adolescente e a Lei Orgânica de Saúde (8.008/90 e 8.142) estes últimos sendo aprovados já em 1990.

Em 1981, o Ministério da Saúde instituiu no seu interior o Grupo Técnico-Executivo do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), por meio da Portaria MS nº 42 e 198, no ano seguinte, por meio também de portaria (nº 298), instituiu o grupo de trabalho para coordenar as ações dos programas de suplementação alimentar, incentivo ao AM e controle de doenças diarreicas, nessa época estava também sendo implantado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) que tinha o aleitamento e o controle das doenças diarreicas como ações estratégicas, juntamente com o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento; a imunoprevenção e o combate às doenças respiratórias agudas (IRA). O programa visava atuar nas principais causas de mortalidade infantil e representava uma recomendação de organismos internacionais, no caso, a Organização Mundial da Saúde e a Unicef para os países do então terceiro mundo. Sobre isso, Rea (2003, p.S41) ressalta:

Segundo nossa análise, a decisão política tomada em 1981, por autoridades brasileiras de lançar um programa pode ser vista como resultado de uma situação internacional favorável, uma análise adequada da situação e dos determinantes do desmame precoce e a necessidade da volta à amamentação no nosso meio.

Contudo, a recomendação por um aumento no período de amamentação exclusiva, não se fazia suficiente, era necessário rever as práticas de saúde no interior das maternidades. Nesse sentido, em 1983, ocorreu um avanço importantíssimo no apoio às práticas assistenciais e às políticas já implantadas, a Portaria INAMPS/MS nº 18, estabelece normas e torna obrigatória a permanência do bebê ao lado da mãe, 24 horas por dia, através do Sistema de Alojamento Conjunto nos hospitais públicos e conveniados.

Embora já existisse uma lei que garantia à mãe estudante e trabalhadora a permanecer com seu filho por até 4 meses, a ausência de alojamento conjunto

¹⁵Diretas Já foi um movimento civil de reivindicação por eleições diretas presidenciais no Brasil ocorrido em 1983-1984.

propiciando o afastamento da criança e mãe imediatamente após o nascimento constituía um importante fator dificultador da amamentação e facilitador para práticas inadequadas. Considera-se, nesse contexto, a oferta indiscriminada de fórmula láctea como complementação da amamentação, a ausência de estímulo de produção pela permanência da criança em berçários, longe da mãe por longos períodos, nos quais a criança somente era levada à mãe em horários preestabelecidos (3/3 horas) contrapondo-se à orientação de livre demanda.

Em 1986, a exemplo do INAMPS, o Ministério da Educação (MEC) torna obrigatório o sistema de alojamento conjunto nos hospitais universitários, também por meio de Portaria 508/86 ampliando, assim, a oferta de serviços que ofereceriam condições mais adequadas à amamentação e ao fortalecimento de vínculo mãe-bebê. Posteriormente, o ECA e a Portaria GM nº1.016/93 ampliam a obrigatoriedade do alojamento conjunto a todas as unidades hospitalares no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Não somente as práticas profissionais representavam uma ameaça à amamentação, mas também as práticas comerciais e de *marketing* que atuavam, inclusive, dentro das instituições de saúde e de ensino nas áreas de saúde. Em 1988, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprova a norma de comercialização dos substitutos do leite materno (Resolução nº 5) a partir da aprovação do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno.

Grupos de militantes e ativistas pró-amamentação viram seus esforços valerem a pena a partir da aprovação do código, importante instrumento legal para coibir os abusos das indústrias de fórmulas lácteas por meio de *marketing* irresponsável. Sobre esse momento importante da luta em prol da amamentação, destacamos um trecho retirado do site das Amigas do Peito, que retrata o sentimento de mulheres que viram a evolução das conquistas:¹⁶

Sermos uma ONG nos anos 80, quando isto era um desafio estimulante, quando muitos movimentos estavam surgindo, e a participação desta maneira era quase que uma necessidade interna, resultava que o voluntariado era um modo possível, e passível de execução de muitos trabalhos. As ideias e as atividades ligadas à amamentação ainda eram incipientes e as conquistas, mesmo pequenas, pareciam gloriosas naquela época, e hoje, de pequena importância (licença-maternidade de 120 dias? Como? se hoje se fala de 6 meses!). Amamentação exclusiva de 6 meses? Como é importante, e quando

¹⁶Para ter acesso ao texto completo, ver: <<http://www.amigasdopeito.org.br/?p=1298>>.

se sabe da recomendação da OMS! É que nós não registramos claramente os esforços na nossa própria história... eis que no primeiro esboço de Estatuto das Amigas do Peito já estava lá amamentação exclusiva por seis meses... (Amigas do Peito).

Também em 1988, o Ministério da Saúde através da Portaria MS nº 321/88 estabeleceu as normas e padrões mínimos para a construção, instalação e funcionamento de creches, em todo o território nacional, prevendo salas de apoio à amamentação, que deveriam contar com equipamento necessário, possibilitando às mães amamentarem e armazenarem leite ordenhado.

Em 1990 ocorreu a aprovação do Código de Defesa do Consumidor, que traz em seu texto artigos da Norma de Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL), alargando a abrangência da proteção à amamentação (Brasil, 2011); já em 1992, o CNS aprovou um novo texto da norma para comercialização de alimentos para lactentes (Resolução nº 31) trazendo item específico sobre o uso de bicos e mamadeiras. Ainda nesse mesmo ano, a Unicef e a OMS firmaram um acordo mundial com associação internacional de fabricantes de alimentos e com isso cessa o fornecimento gratuito ou a baixo custo de leites artificiais a maternidades e hospitais.

Em 1994 foi publicado Parecer nº 62/94 da consultoria jurídica do Ministério da Saúde que redefine as penalidades para as infrações à NBCAL e em 2006, a Portaria MS nº 2.051 estabeleceu os novos critérios da Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças na Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras e a RDC Anvisa nºs 221 e 222, que complementam tal portaria, foram transformadas na Lei nº 11.265/2006.¹⁷

Ainda na década de 90, a sociedade se defrontou com uma situação pouco compreendida que foi a epidemia da Aids. Surgida desde o início da década de 80 e tida como doença de homossexuais homens, hemofílicos e usuários de drogas injetáveis (majoritariamente homens), seu crescimento entre homens heterossexuais e em mulheres e sua transmissão vertical colocou toda a sociedade em alerta, porém sem saber como agir. Em 1995, 15 anos após o início da epidemia, em franca emergência da feminização da Aids, ainda não se tinha nenhuma recomendação acerca da amamentação frente ao risco de transmissão do vírus pelo leite materno.

¹⁷ Esta lei, assinada pelo então presidente Luiz Inácio Lula da Silva em 2006, aguarda regulamentação.

Nessa oportunidade o Ministério da Saúde lançou a recomendação do não aleitamento materno em consonância com a emitida pela OMS de que cada país deveria tomar sua decisão a partir das evidências científicas e da avaliação quanto aos riscos. Isso porque para os países do continente africano o não aleitamento materno e sua substituição por fórmulas lácteas deverão sempre ser avaliados quanto aos critérios: aceitável, factível, acessível, seguro e sustentável (AFASS), caso contrário a recomendação da OMS é de se manter o aleitamento nos primeiros 6 meses (MORENO, REA E FILIPE, 2006).

O Ministério da Saúde, em 1996, por meio da Portaria GM/MS nº 2.415 determinou medidas para prevenção da infecção pelo HIV através do aleitamento materno, já em 2002/03, o ministério, através do guia de *Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes*, adotou não apenas o não aleitamento materno nos casos de mães HIV positivas, mas também a supressão lactacional por meio do enfaixamento e o uso de fármacos específicos, além do acompanhamento multiprofissional da mãe e da criança e o fornecimento de fórmula láctea para a criança durante os seis primeiros meses.

Os Bancos de Leite Humano representam outro marco na legislação de apoio ao aleitamento materno sendo de fundamental importância para a consolidação da política nacional.

O primeiro Banco de Leite Humano foi implantado em 1943, no então Instituto de Puericultura, atual Instituto Fernando Figueira/Fiocruz sendo até hoje referência nacional e internacional; em maio de 1976 foi implantado o BLH do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP); assim, houve a expansão da implantação dos Bancos de Leite Humano no Distrito Federal (1978) e nos estados como Santa Catarina (1980); Rio Grande do Sul (1982); Minas Gerais (1986); Paraíba, Alagoas, Bahia, Piauí e Pernambuco (1987); em Sergipe, Paraná, Goiás e Maranhão (1988).

Em meio à expansão dos Bancos de Leite Humano, uma legislação foi sendo construída a fim de legitimar sua implantação e funcionamento em todo o território nacional. A Portaria MS nº 322/88 foi o primeiro documento aprovado que regulamentou a instalação, estabelecendo normas para o funcionamento dos Bancos de Leite Humanos (BLH) no Brasil; em 1990, outra portaria (Portaria MS nº 1.390) instituiu a Comissão Central do Banco de Leite Humano (CCBLH).

Mais tarde, Portaria MS nº 50/99 instituiu na Secretaria de Políticas de Saúde a Comissão Nacional de Banco de Leite Humano (CNBLH) com a finalidade de prestar assessoramento técnico na direção e coordenação federal das ações de BLH em todo o território nacional; somada a ela a Portaria MS nº 812 aprovou o plano de trabalho da comissão que tinha como objetivo a implantação do Projeto da Rede Nacional de Bancos de Leite Humano por meio de destinação de recursos do Ministério da Saúde para normatização de todo Banco de Leite Humano, no território brasileiro.

Na década de 1990, novos bancos de leite humanos foram instalados nos estados do Ceará (1995); Rio Grande do Norte (1996); Espírito Santo (1998); Acre e Mato Grosso (2001); Tocantins e Amapá (2002); Rondônia e Amazonas (2004) completando 24 estados com banco de leite até o ano de 2004. Atualmente são 334 BLH distribuídos nas cinco regiões do país da seguinte forma: 40 (12%) na Região Sul; 139 (41,6%) no Sudeste; 93 no Nordeste (27,8%); 34 (10,2%) no Centro-Oeste; e 28 (8,4%) no Norte (BRASIL, s/d).

Entre 2002 e 2006, duas portarias (Portaria GM/MS nº 698/02 e Portaria GM/MS nº 2.193/06) e uma resolução (Resolução RDC nº 171/06) foram fundamentais nesse processo; a primeira definiu a estrutura e as normas de atuação e funcionamento dos Bancos de Leite Humano; a segunda atualizou a estrutura e funcionamento dos Bancos de Leite Humano; e a resolução dispôs sobre o regulamento técnico para o funcionamento de Bancos de Leite Humano. Do período de 2006 a 2010, os avanços na Rede de Banco de Leite ultrapassaram as fronteiras continentais expandindo-se para países ibero-americanos, envolvendo nações da América Latina e Europa de língua espanhola e portuguesa. Ainda em 2010 começaram as visitas aos países africanos com o objetivo de firmar acordos para a implantação de Banco de Leite Humano em seus territórios.

Ainda no início dos anos 90, por iniciativa da Unicef e OMS foi redigida e aprovada a Declaração de Innocenti, em um encontro denominado **Breastfeeding in the 1990s: A Global Initiative** ou **Amamentação nos anos 90: uma iniciativa global** realizado em Florença na Itália, que reuniu representantes de organizações governamentais e não governamentais envolvidos com a defesa do aleitamento materno. Nessa ocasião, o Brasil e outras 11 nações foram escolhidos para colocar em prática os 10 passos para o sucesso da amamentação, implantando assim a IHAC.

A iniciativa destinada a instituições hospitalares de atenção materno-infantil que passariam a desenvolver boas práticas como o alojamento conjunto nas 24 horas; o

contato pele a pele e a amamentação na primeira hora após o parto; o apoio à nutriz e a proibição dos substitutos do leite materno, além disso, tais hospitais deveriam elaborar normas escritas disponibilizando-as em espaços públicos para conhecimento não só dos profissionais mas também da comunidade externa (usuários e familiares).

A partir desse encontro, mais de 20.000 hospitais em cerca de 156 países incluindo o Brasil avançaram no cumprimento dos 10 passos para o sucesso da amamentação e iniciaram o credenciamento de seus hospitais. O Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP (1991) em Pernambuco foi o primeiro hospital do país a receber o título de Hospital Amigo da Criança concedido pela Organização Mundial de Saúde, Unicef e Ministério da Saúde, seguido do Hospital Maternidade Alexander Fleming (1992) no Rio de Janeiro.

Em 1994, dois documentos foram assinados com vistas a promover o aleitamento materno nas instituições hospitalares, a Portaria MS nº 1.113 que assegurava o pagamento de 10% a mais sobre a assistência ao parto aos Hospitais Amigos da Criança, vinculados ao Sistema Único de Saúde, e a Portaria SAS/MS nº 155 que estabeleceu diretrizes e normas do Hospital Amigo da Criança.

Dez anos mais tarde, o Ministério da Saúde por meio da Portaria MS nº 1.117 definiu valores de remuneração dos estabelecimentos de saúde credenciados como Amigo da Criança e a Portaria SAS/MS nº 756 estabeleceu normas para habilitação do Hospital Amigo da Criança, instituindo outros dez critérios para a obtenção do título, contudo essa portaria teve enorme rejeição por parte dos profissionais de saúde e das coordenações estaduais e municipais de aleitamento materno por associar aos passos, que têm caráter técnico, critérios cuja governança depende de instâncias políticas e administrativas.

Em 2010, o Brasil contava com 335 Hospitais Amigos da Criança distribuídos entre as cinco regiões da seguinte forma: 21 (6,3%) na Região Norte; 145 (43,3%) na Região Nordeste; 38 (11,3%) na Região Centro-Oeste; 79 (23,6%) na Região Sudeste e 52 (15,5%) na Região Sul. Em 2014, o MS redefiniu os critérios de habilitação da IHAC¹⁸; incluindo as boas práticas de cuidado à mulher e a NBCAL (Portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014).

¹⁸ II – cumprir a Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006, e a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças na Primeira Infância (NBCAL); III – garantir permanência da mãe ou do pai junto ao recém-nascido 24 (vinte e quatro) horas por dia e livre acesso a ambos ou, na falta destes, ao responsável legal, devendo o estabelecimento de saúde ter normas e rotinas escritas a respeito, que sejam rotineiramente transmitidas a toda equipe de cuidados de saúde; e IV – cumprir o

Como incentivo às boas práticas de promoção ao aleitamento materno no âmbito dos municípios, o Ministério da Saúde instituiu através de portarias (Portaria GM/MS nº 728 e Portaria MS nº 1.907) algumas premiações como foi o caso do Prêmio Fernandes Figueira, destinado ao reconhecimento de estabelecimentos hospitalares com atendimento pediátrico e incentivo ao aleitamento materno e do Prêmio Nacional Bibi Vogel destinado ao reconhecimento de municípios com ações inovadoras na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, no ano de 2011 o município do Rio de Janeiro recebeu o primeiro lugar no prêmio Bibi Vogel.

Também como incentivo às boas práticas de promoção do aleitamento materno e à mobilização social, o MS instituiu em 2003, por meio da Portaria GM/MS nº 1.893 o dia 1º de outubro como o Dia Nacional de Doação do Leite Humano; em 2009 instituiu a Semana Mundial da Amamentação (SMAM) no Brasil, tendo como datas 1º a 7 de agosto e estabeleceu parceria com a Sociedade Brasileira de Pediatria.

A primeira Semana Mundial de Aleitamento Materno foi criada em 1992 pela WABA (Aliança Mundial para Ação Pró-Amamentação), uma organização não governamental internacional de proteção à amamentação, como forma de promover anualmente as metas da Declaração de Innocenti. Embora as semanas já acontecessem desde 1992, o que a portaria traz de novidade é o período fixo de 1 a 7 de agosto de cada ano, conforme definido internacionalmente. Nesse período, em todo o mundo ações são desenvolvidas para a promoção, proteção e o incentivo à amamentação, seguindo um tema escolhido.

No Brasil, o Ministério da Saúde juntamente com a Sociedade Brasileira de Pediatria elegem uma madrinha para a campanha pró-aleitamento materno, em geral, uma artista que esteja amamentando, tal estratégia de *marketing*, visa gerar na sociedade a sensibilização diante do aleitamento materno, visto haver uma identificação da população com essas artistas.

No ano de 2015, comemora-se a 24ª SMAM cujo tema escolhido pela WABA é: Breastfeeding and Work – Let's Make it Work!, no Brasil, o *slogan* aprovado foi: Amamentação e trabalho: para dar certo, o compromisso é de todos.

A promoção do aleitamento materno carecia ainda de uma política voltada para a rede de atenção primária, visto que o período de permanência da mulher e criança em

condições de risco habitual está em torno de 72 horas, tempo insuficiente para se alcançar êxito na promoção do aleitamento materno tendo o hospital como única ferramenta. Assim, se fazia necessário que, a exemplo de países como Chile, Reino Unido (2003), houvesse uma estratégia voltada para a assistência pré-natal, puerpério e puericultura.

Isoladamente, alguns estados, já vinham desenvolvendo políticas bem-sucedidas para a promoção do aleitamento materno na atenção básica, como é o caso da Unidade Básica Amiga da Criança no município de Londrina, estado do Paraná e da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM) no estado do Rio de Janeiro.

Essa percepção levou um grupo de gestoras e estudiosas do aleitamento materno do estado do Rio de Janeiro a elaborarem a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM), atualmente são mais de 100 Unidades Básicas Amigas da Amamentação em todo o estado do Rio de Janeiro. A iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação foi instituída por meio da Resolução SES-RJ nº2.673/05.

Seguindo essa tendência, a Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde instituiu por meio da Portaria GM/MS nº 2.799/08 a Rede Amamenta Brasil, sendo aprovada em 2008 com o objetivo de suprir uma lacuna na promoção do aleitamento materno na atenção básica em âmbito nacional (BRASIL, 2011b).

Em 2012 ocorreu a fusão entre a Rede Amamenta e a Estratégia Nacional para a Alimentação Complementar Saudável (ENPACS) para melhor operacionalização delas na prática que passou a ser denominada como Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar no SUS – Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil.

Em 2010, por meio da Portaria Anvisa nº 193, o MS e a ANVISA lançaram uma Nota Técnica Conjunta Anvisa/MS orientando a instalação de Salas de Apoio à Amamentação em empresas públicas e privadas e a fiscalização desses ambientes pelas vigilâncias sanitárias locais. Com a forte campanha para a ampliação da licença-maternidade de 120 para 180 dias aliada à disseminação do valor do aleitamento materno exclusivo nos primeiros 6 meses, as salas de amamentação vêm ao encontro de uma demanda necessária para as mulheres trabalhadoras e que necessitam da mobilização também dos empresários para propiciar melhores condições de vínculo e alimentação às crianças que se constituem sujeitos de direitos que devem ser protegidos por toda a sociedade.

A política de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno compreende todo esse conjunto de ações descritas, próprias do sistema de saúde, mas que se estende a outros setores como os que dizem respeito à trabalhadora que amamenta e a comercialização de alimentos e produtos para a primeira infância. Dentro do sistema de saúde no Brasil a política de aleitamento materno está inserida na área técnica da Saúde da Criança integrando as estratégias de redução da morbimortalidade infantil e mantém permanente interface com várias áreas técnicas dada sua abrangência.

A primeira a se destacar é a área técnica da saúde da mulher, por razões óbvias, assim, embora por questão logística na prática a política esteja na área da criança, as duas áreas se articulam no planejamento, execução das ações em todo o território nacional. Muitos estados e municípios ainda trabalham com o modelo antigo de Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente (PAISMCA), integrando as três áreas técnicas.

Por se tratar de um funcionamento humano e não uma prescrição terapêutica, a amamentação perpassa a segmentação programática, assim, para exemplificar pode-se dizer que a mulher que amamenta é a mesma que pode portar uma neoplasia, uma doença infectocontagiosa (tuberculose, hanseníase, doença sexualmente transmissível ou Aids); a mesma que trabalha ou que apresenta transtorno mental (saúde mental); tal mulher pode estar localizada no território coberto pela atenção básica ou internada em uma unidade de média ou alta complexidade. Enfim, a quem compete se apropriar de conhecimento e habilidades para lidar com a mulher que amamenta em tantas situações tão díspares?

Externamente, a política de aleitamento materno deve dialogar com as áreas de educação desde a pré-escola na possibilidade de mudança no paradigma de mamadeiras e chupetas e que naturalizam seu uso, por meio dos brinquedos, até a discussão sobre o direito à licença da estudante que amamenta atuando na proteção e apoio ao buscar dar visibilidade à lei e criar mecanismos de sua operacionalização.

Com a área do trabalho e renda a articulação deve ir desde a fiscalização do cumprimento das leis trabalhistas protetivas (condições precárias de trabalho, assédio moral, discriminação de gênero) ao esforço para o reconhecimento da igualdade entre homens e mulheres para além das questões ligadas à maternidade, mas também a ela.

De uma maneira ampliada, esse conjunto de ações tende a reforçar e operacionalizar o que já está definido no Estatuto da Criança e do Adolescente¹⁹ (1990) nos artigos 7º ao 14 com menção específica ao aleitamento no artigo 9º e na Constituição Brasileira (1988) que é a proteção da criança, tida como incapaz do ponto de vista jurídico. De fato, o Estado busca por meio de portarias, resoluções e leis operacionalizar o estabelecido nos documentos legais que é a proteção à vida, à saúde e ao desenvolvimento físico e mental da criança.

Dantas (2007, p.102) irá defender que a presteza em se efetivar esses direitos tem urgência, por se tratar de sujeitos em desenvolvimento, não se pode fazê-lo depois.

A rapidez das transformações do dinamismo da criança exige a imediata concretude dos seus direitos, sob pena de torná-los ineficazes se mais tarde realizados, afirma ainda que o legislador reconhece essa urgência ao utilizar as expressões “proteção integral” e “absoluta prioridade”, ou seja, devem ser rigorosamente observados através da tarefa do Estado, mormente através da formulação e execução de políticas públicas.

A incorporação de novas ações e estratégias à política de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, bem como a busca por novos atores é um reflexo da compreensão de que há uma urgência em se acompanhar esse dinamismo nas transformações sociais. O reconhecimento do direito ao aleitamento materno por mulheres e crianças independente da condição social é uma das razões que justificam a necessidade de uma política que proteja a amamentação como prática humana.

¹⁹ECA – Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990– Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Art. 9ºO poder público, as instituições e os empregadores propiciarão condições adequadas ao aleitamento materno, inclusive aos filhos de mães submetidas à medida privativa de liberdade.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

De uma forma ou de outra, estamos interessados em todas as formas que possam ser remediadas ou aliviadas por meio de mudanças sociais.

Amartya Sen

Ninguém é justo por elogiar a justiça, mas por construí-la.

Olinto Pegoraro

3.1 Direitos humanos: direitos garantidos e direitos efetivados

Os direitos humanos tais como conhecemos por meio da Declaração Universal dos Direitos Humanos promulgada pelas Nações Unidas (1948) tem sua inspiração na Declaração de Independência dos Estados Unidos (1776) e na Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão surgida da Revolução Francesa (1789). Ambas, apresentavam os direitos à vida, liberdade e busca pela felicidade, sendo estes considerados autoevidentes e, portanto, inalienáveis, isto é, não foram dados por nenhuma autoridade constituída, mas por Deus (natureza). Dessa forma, sendo inalienáveis, têm que ser garantidos, para isso tornaram-se dispositivos legais, tendo como fundamento máximo a proteção da liberdade humana.

Para que os direitos humanos sejam naturais, todos os humanos devem possuí-los igualmente em todas as regiões e apenas por serem seres humanos, isso significa dizer que qualquer que seja a cultura, todo ser humano que evocar sua liberdade e igualdade como sendo um direito seu, deve ser atendido.

Hunt acrescenta que nenhuma das três qualidades – caráter natural, igualdade e liberdade – se sustenta em nossa sociedade se não se tornarem direitos políticos “não são os direitos de humanos num estado de natureza; são os direitos de humanos em sociedade” (HUNT, 2009). Bobbio (2004) também irá reforçar que esses direitos precisam estar escritos e não apenas fazer parte do desejo da sociedade.

Embora a ideia de igualdade entre todos os homens não fosse uma unanimidade e mesmo que seus mais ferrenhos propositores tivessem comportamentos contraditórios, o reconhecimento da dignidade inerente a todos os seres humanos era, para os reformadores, juntamente com a igualdade e inalienabilidade dos direitos o fundamento da liberdade, de justiça e de paz mundial questões muito caras e num primeiro momento o conceito de universal não era tão abrangente como aponta Hunt (2009, p.16):

Ainda mais perturbador é que aqueles que com tanta confiança declaravam no final do século XVIII que os direitos são universais vieram a demonstrar que tinham algo muito menos inclusivo em mente. Não ficamos surpresos por eles considerarem que as crianças, os insanos, os prisioneiros ou os estrangeiros eram incapazes ou indignos de plena participação no processo político, pois pensamos da mesma maneira. Mas eles também excluíaam aqueles sem propriedade, os escravos, os negros livres, em alguns casos as minorias religiosas e sempre e por toda parte, as mulheres.

Hunt acrescenta que o contexto não favorecia “Como é que esses homens, vivendo em sociedades construídas sobre a escravidão, a subordinação e a subserviência aparentemente natural, chegaram a imaginar homens nada parecidos com eles, e em alguns casos também mulheres como iguais?”.

Duas ideias fundamentais circulavam já naquele tempo, a autonomia e a empatia. Assim, os direitos humanos dependiam do domínio de si próprio e no reconhecimento do outro como também tendo essa capacidade e esse direito, ou seja, somos todos igualmente senhores de nós mesmos; a raiz de todas as desigualdades está no desenvolvimento incompleto dessa premissa. Foi a mudança na cosmovisão acerca do mundo e da pessoa humana com a incorporação da autonomia e da empatia que fez com que práticas sancionadas de torturas, tão comuns naquela época chegassem ao fim mediante a compreensão por parte da sociedade de que somos todos iguais. “Os direitos humanos só puderam florescer quando as pessoas aprenderam a pensar nos outros como seus iguais, como seus semelhantes em algum modo fundamental”(HUNT, 2009, p.58).

Embora tenhamos um marco temporal para os direitos humanos (século XVIII), o mesmo não podemos afirmar de sua finalização, visto que estão sempre em constante reformulação. A compreensão de quais são os direitos que devem ser defendidos no cabedal jurídico da nossa sociedade se amplia de forma dinâmica à medida que novos e diferentes olhares vão sendo reconhecidos como legítimos socialmente.

Na atualidade, fala-se em quatro gerações dos direitos humanos, sendo assim definidos: direitos de primeira geração representados pelo direito à vida, à liberdade, a igualdade perante a lei e à propriedade; estes, representam o ideal liberal-burguês, presente no século XVIII que deflagraram a Independência Americana e a Revolução Francesa. Seus representantes foram Hobbes, Locke, Rousseau e Kant (HUNT, 2009).

Os direitos de segunda geração correspondem aos direitos sociais através de uma ação positiva do Estado, com o fim de obter benefícios do mesmo. Surgem com o

impacto da industrialização e os problemas sociais e econômicos dela decorrentes. Movimentos reivindicatórios foram importantes nesse processo e evocavam do Estado um comportamento ativo na realização da justiça social. “são direitos caracterizados pela entrega de prestações sociais estatais como assistência social, saúde, educação, trabalho” esses direitos abrangem as liberdades sociais (DANTAS, 2007, p.62).

Os direitos de terceira geração destinam-se à proteção do homem em convívio social, são os direitos de solidariedade e fraternidade e são representados pelo direito à paz e autodeterminação dos povos, do desenvolvimento do meio ambiente, à qualidade de vida, direitos à conservação e à utilização do patrimônio histórico e cultural e o direito de comunicação (DANTAS, 2007; BOBBIO, 2004).

Dantas situa ainda, os de quarta geração “como uma tendência que ainda aguarda reconhecimento no âmbito do direito internacional e das ordens constitucionais”. Neste grupo estariam os relacionados ao fenômeno da globalização, como o direito à democratização e à informação. Os avanços da biotecnociência (manipulação genética) e a transexualização estariam no anúncio de uma quinta geração (DANTAS, 2007).

Estas, pois, são exigências que surgem sobre novos direitos refletindo novas demandas de necessidades. É o caso da mulher e sua inserção no mercado de trabalho; o trabalhador submetido a longas jornadas de trabalho; o doente sem acesso ao medicamento. Tais demandas não são produzidas ao acaso, mas a partir dos rearranjos que se estruturam na organização social e econômica, requerendo, pois, mecanismos de proteção. Dessa forma, os direitos não são dados, mas conquistados historicamente a partir da luta cotidiana.

Contrastando com o pensamento iluminista e com a Independência dos Estados Americanos e a Revolução Francesa no século XVIII, a sociedade enfrentou no século XX duas grandes guerras mundiais, a última deflagrada por uma ideia de eugenia que dizimou mais de um bilhão e meio de pessoas, incluindo especialmente os de origem judaica. O mundo inteiro assistiu à barbárie que ignorou por completo o que seria a universalização de que “Os homens nascem e permanecem livres e iguais em direitos (...)”.²⁰

²⁰Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, 1789.

Em 1948, recém-saídos dos horrores da 2ª guerra o mundo decide por registrar a Declaração Universal dos Direitos Humanos, esta foi precursora de inúmeros outros tratados e declarações, inclusive a Constituição Brasileira, mais tarde em 1988.

De fato, o objetivo da declaração foi “promover o reconhecimento universal dos direitos humanos e das liberdades fundamentais mencionadas pela Carta da Organização das Nações Unidas (ONU) de 1945” e “compreendia um conjunto de direitos e faculdades sem as quais um ser humano não pode desenvolver sua personalidade física, moral e intelectual” (RENÉ *apud* DANTAS, 2007, p.57).

Fato é que tanto a Declaração da ONU quanto a Declaração Universal dos Direitos do Homem partem de um mesmo ponto comum de que a dignidade humana é o bem comum a se proteger; para isso valores universais como a vida, liberdade e igualdade os direitos civis, políticos, sociais, econômicos e culturais são elementos sem os quais a dignidade humana não seria observada.

Passados mais de meio século, Bobbio, (2004, p.25) irá defender que não faltam direitos, mas a efetivação deles. Nesse sentido, para o autor, o problema é jurídico e político:

Com efeito, o problema que temos diante de nós não é filosófico, mas jurídico e, num sentido mais amplo, político. Não se trata de saber quais e quantos são esses direitos, qual é a sua natureza e seu fundamento, se são direitos naturais ou históricos, absolutos ou relativos, mas sim qual é o modo mais seguro para garanti-los, para impedir que, apesar das solenes declarações, eles sejam continuamente violados.

Dantas (2007,p.101) ao trazer sua contribuição para a discussão acerca do direito da criança ao aleitamento materno à luz do arcabouço jurídico, encontra respaldo na elaboração da Constituição cidadã, como podemos ver:

E outra não foi a intenção do Constituinte de 1988 ao dispor sobre o objetivo fundamental da República (...). Essa finalidade constitucional específica revela a necessidade de realizar inúmeras tarefas de incumbência ao Estado, tanto de caráter econômico, como social, entre elas a promoção da infância, incluídas a alimentação adequada e saúde.

As políticas públicas são o modo como o Estado se organiza para efetivar esse direito e o controle social, o instrumento disponível de pressão.

3.2 Direito à amamentação: o contexto da ética e da bioética

Por que amamentar? Por que defender uma prática que em nossa sociedade parece estar na contramão dos valores cultivados na atualidade? Essa é uma pergunta que talvez importe fazer para compreender não apenas o que motiva a mulher que amamenta e da mesma forma, o que a desmotiva a amamentar ainda que reconheça e atribua um valor a essa ação; mas também o profissional que atua na promoção e, sobretudo, a sociedade não apenas como instituição social, mas como coletivo de humanos, que vivendo em comunidade, possui alguma coisa ou algum valor em comum.

Do ponto de vista ontológico, a vida humana é o supremo valor. Somos, neste universo, a realidade (a coisa) de maior densidade existencial. Já na antiguidade grega fazia-se a escala ontológica dos seres: o mineral ocupava a parte inferior e o ser humano, a parte mais alta. Este ordenamento era pensado a partir da densidade da vida (da existência de um ente). Assim: o mineral é inerte, imediatamente acima está a vida vegetal, que vive, cresce, se reproduz e morre. No terceiro nível encontramos o animal que reúne todas as qualidades dos seres anteriores com o acréscimo da capacidade de sentir dor e prazer. No nível animal temos grande densidade existencial (ser). Finalmente no topo da escala está a existência humana que reúne em si todas as qualidades dos seres dos graus inferiores: existência, vida, sensibilidade.

A esses dons naturais, no ser humano, acrescenta-se a inteligência, suprema qualidade da natureza. Pelo pensamento entendemos o sentido do nosso existir, e atribuímos um sentido ao universo pela ciência, filosofia e religião. Então a vida humana é o supremo valor. Todas as coisas têm valor, mas o ser humano é o valor mais alto.

Essa escala existencial determina também a escala de valor moral, ético ou a dignidade das coisas. Equivocadamente, Kant dizia: “todas as coisas têm valor (troca) só o homem tem dignidade”. De fato, todas as realidades (coisas) produzidas pela natureza são dignas de existir. Mas em que poderá consistir a dignidade da pedra e dos

minerais? A dignidade está em que todos eles existem; este é fato primeiro e fundamental da dignidade: a existência. Por isso, as existências têm grau de dignidade conforme sua densidade de existência. A coisa que é capaz de pensar dizemos que é a mais digna porque contém o mais alto grau de densidade da existência.²¹

O que tem isso a ver com a amamentação? Tudo a ver porque nosso grau de existência nos compromete como fato de alimentar a vida nascente, frágil e indefesa. Assim é em todas as existências no grau dos mamíferos. É um ato biológico-existencial: uma exigência da natureza. Daí o caráter profundamente ético da amamentação.

A prática de alimentar o outro com o próprio leite, no caso do filho ou filhote não é uma ação estritamente humana, como já foi dito, todos os mamíferos têm esse potencial e a menos que haja o afastamento a prática de dar a mama para nutrir faz parte da existência desses animais não humanos. Contudo, o homem, que é um ser dotado de razão e inteligência ressignificou essa prática, tornando-a de alguma forma uma ação humana, pois ao homem coube incorporar a cultura ao ato de amamentar. Uma vez que apenas o homem produz cultura e, com isso, o modo de alimentar o filho sofreu e sofre variações ao longo da história e ainda hoje se diferencia dentro de uma mesma região e principalmente entre países.

Reconhecer a amamentação como uma prática humana, apesar de biologicamente determinada entre os mamíferos possibilita-nos compreender, por exemplo, porque tem perpassado toda a história da humanidade e mesmo em nosso século, onde tudo é mercadoria, a amamentação permanece apesar dos apelos das indústrias produtoras de fórmulas lácteas e até das tentativas da biotecnologia de produzir leites semelhantes ao humano a fim de auferir lucros com os alimentos tecnicamente manipulados. Nada mais antinatural e anti-humano: éticamente inaceitável.

Sabemos que a indústria atenta só ao lucro, tenta substituir o leite materno por produtos fabricados. É um crime contra a natureza, em geral, e um ato imoral, sobretudo em relação ao ser humano, pois é sabido que o leite materno tem grande influência no estado de saúde do indivíduo por suas propriedades físico-químicas com implicação extraordinária na nutrição; prevenção de doenças crônicas como a hipertensão, o diabetes e as hiperlipidemias; na proteção imunológica; no desenvolvimento

²¹ Apontamentos de sala de aula, disciplina Tópicos especiais Teoria de Justiça ministrada pelo prof. Olinto Antônio Pegoraro, pelo PPGBIOS.

neuroológico e cognitivo e por ser até o momento a estratégia que isoladamente mais reduziu a mortalidade infantil no século passado.

Também suas repercussões sobre a saúde da mulher como a baixa incidência de câncer de mama e ovário, a redução dos riscos cardiovasculares e do diabetes devido à diminuição nos depósitos de gordura durante o período de lactação, o fortalecimento do vínculo com aumento da autoestima para ambos são vantagens que foram sendo estudadas e se tornaram evidências científicas tornando o aleitamento materno objeto da medicalização aqui entendida como a regulação da vida, do espaço social e das populações pelo discurso da medicina (MARQUES, 2000; FREIRE, 2009).

Mattos (2010), contudo, argumenta que a medicalização não é de todo ruim, não devendo, portanto, reproduzir desigualdades. “O que criticamos na medicalização é seu aspecto colonizador, que em vez de ampliar os graus de escolha, impõe uma norma que visa a reproduzir crenças e valores bastante específicos subjacentes à ciência que a instaura.” Assim, a amamentação sofreu forte influência do processo medicalizante que teve sua gênese por volta do século XVIII numa perspectiva higienista e de normalização dos corpos e dos comportamentos humanos.

Cabe ressaltar que a prática de alimentar o recém-nascido com leite dado diretamente no seio não se constituiu em uma ação domesticadora, embora tenha sido incorporada à teia que se constituía entre o Estado, a igreja e a medicina numa relação de poder que visava ao projeto de sociedade urbana. O discurso pró-amamentação, e não a ação foise consolidando como um discurso autoritário por parte dos profissionais de saúde e do Estado dentro de um processo de depreciação das práticas femininas milenares.

Há por parte de quem argumenta a favor da amamentação a valoração da vida e desta prática como instrumento para o alcance daquela. Considerar a vida como o maior bem que se pode ter sendo ela um fim em si para o qual todas as demais ações devem convergir, é um modo de se compreender como a amamentação foi aos poucos passando de uma prática circunscrita ao interior do ambiente doméstico, tornou-se instrumento de uma prática de controle dos corpos, alvo de interesses econômicos numa lógica antiamamentação, disseminando o desmame em meio aos diferentes grupos sociais e por fim, desde o final do século passado, passa por um movimento de resgate da importância de sua prática, não a partir de segmentos hegemônicos, mas emergindo dos próprios movimentos de mulheres tornando-se até mesmo uma política de Estado.

Do ponto de vista antropológico, a amamentação não é somente biológica nem somente cultural, mas uma interação biocultural, em que “as restrições da biologia humana e fisiologia afetam cultura, bem como a noção de que crenças e práticas culturais podem afetar a saúde humana” (DETTWYLER, 2009); assim, diferentes culturas terão também diferentes modos de dar sentido e significado para o ato de amamentar. Mas qual o sentido em uma sociedade capitalista, de livre-comércio, em uma sociedade de consumo? Do ponto de vista ético, a amamentação tem uma dimensão humana que não se restringe ao indivíduo, mas é representada por uma relação eu-tu, mulher-criança e, portanto, ao passo que ao mesmo tempo em que se é imperativo ter na discussão a liberdade e autonomia da mulher, por outro lado, não de forma ambígua, há que se considerar também o direito da criança à vida com qualidade o que inclui ser amamentado quando isso não implica em algum prejuízo como no caso de doenças maternas ou da própria criança relacionada ao leite materno.

Questões como autonomia, liberdade, direito da criança e da mulher permeiam a existência humana e são permeadas por conflitos e dilemas éticos. Na atualidade, a ética e a bioética são constantemente convocadas para a arena de discussões de temas que envolvem os extremos da existência humana seja no início da vida: inseminação e aborto, seja na terminalidade, a exemplo da eutanásia e do suicídio assistido e mais recentemente para as questões da manipulação genética como são os casos de células-tronco e de organismos geneticamente modificados.

Contudo, seja na bioética clínica, na pesquisa envolvendo os seres humanos, na saúde coletiva (formulação, acompanhamento crítico e controle social em políticas públicas) ou ainda no biodireito, a ética e a bioética estão presentes em todas as relações que envolvem o ser humano, os animais não humanos e o ambiente como um todo e suas interações. Dessa forma, é necessário que reconheçamos o ser humano como agente moral: livre, autônomo, cooperativo e capaz de fazer escolhas.

A ética pode ser compreendida como uma diretriz síntese que resume o processo de construir a vida em coletividade. A ética é, nesse sentido, orientadora da liberdade, sempre na perspectiva da relação com o outro entendendo que o modo como se usufrui da liberdade interfere na liberdade do outro e em seus direitos (SEN, 2010), daí a ética preocupar-se com a coletividade. Sen ainda defende que todo o indivíduo necessita de liberdade para seu desenvolvimento, para exercer as suas capacidades, e acrescenta a relação de reciprocidade entre a ampliação das capacidades e a efetividade das políticas públicas.

Pensar a bioética no campo das políticas públicas é pensar o homem, agente moral, mas também ator dessas políticas públicas. O fato da ética se ocupar dos grandes temas que envolvem a biotecnociência não se dá pela tecnologia em si, mas pela interferência que esta tem sobre as vidas; dessa forma, seu objeto é o cuidado com a vida, especialmente a vida fragilizada (PEGORARO, 2010).

Fernandes (2007) reforça esse lugar considerando que a bioética envolve fatos plurais e complexos cujo centro é a vida do ser humano. Contudo, para se consagrar um problema como sendo do campo da bioética é preciso que “haja conflito de valores em que em uma mesma situação, dois valores, ética e moralmente admissíveis, não possam coexistir” (OLIVEIRA, 2007, p.119); “são, portanto, situações de vida, especialmente dos seres humanos, situações estas, em que estejam em meio a diferentes escolhas morais quanto a padrões de bem viver” (DINIZ, GUILHEM, 2006, p.67).

Nesse sentido, Pegoraro (2006, p. 49) situa a bioética como tendo a preocupação com a vida justa, para isso, afirma que “milhares de seres humanos vivem em más condições de saúde, educação e habitação por falta de políticas justas. Aqui está um grande capítulo da bioética como cuidado das condições sociais da vida humana”.

É nesse ponto que me apoio para o estudo sobre aleitamento materno, prática humana permeada de conflitos éticos em sua construção como prática medicalizadora dos comportamentos, sofrendo forte influência de interesses da industrialização e do capital ao mesmo tempo, prática feminina, autônoma, livre e referente à díade mãe-filho.

Dentre todas as maneiras de se fazer a ética, dois princípios devem ser considerados, o de universalidade, ou seja, a ética tem por fundamento fazer o bem, seja qual for a “ética” que se escolhe seguir, ela sempre se fundamentará em fazer o bem quer seja ao humano, à natureza, o bem social; o segundo princípio é o da particularidade, fazer o bem nesta ou naquela situação a uma pessoa que se encontra em um determinado quadro de vida e que deva ser olhada a pessoa e o contexto.

O princípio da particularidade é o princípio da realidade concreta, desta forma, tão importante quanto a fundamentação geral que norteia os julgamentos morais e as escolhas morais são os princípios da universalidade e da particularidade que possibilitarão ver o sujeito por trás das normas sociais e das leis, “fazer” o bem sempre, considerando as condições em que as pessoas se encontram.

Por mais que eu, sujeito moral, considere que a amamentação confere à criança benefícios inigualáveis a qualquer alimento (princípio da universalidade – fazer o bem

sempre) jamais posso perder de vista o princípio da particularidade (desconsiderar as condições em que essa prática se dá). Para essa mulher em particular, que vivencia essa ou aquela situação, inserida nesse ou naquele contexto, qual o sentido de amamentar?

Por outro lado, se nos apropriarmos do princípio da particularidade perdendo de vista o princípio da universalidade, pode se constituir uma maneira simplista de realizar um julgamento moral e o resultado da ação pode não ser o mais razoável. Um juízo moral se dá, portanto, na soma dos dois princípios expostos. Ao buscar fazer o bem (universalidade) em uma situação específica (particularidade) tem-se um julgamento ético que não é meramente formal e abstrato, mas adequa-se a situações concretas da vida.

Tal modo de agir ético está implicado pela compreensão de justiça que segundo Aristóteles é a maior de todas as virtudes (PEGORARO, 2010) e que nos permite viver em sociedade, uma vez que a justiça está sempre ligada à ética relacional, o justo é sempre em relação ao outro.

Farias (2004, p.44) ao analisar “bem” e “justiça” irá argumentar que para Rawls o princípio de justiça é anterior à concepção de bem “uma vez que a antecedência do justo é assegurada, não há objeção para a perseguição de concepções de bem determinadas ao sabor das contingências. (...) os princípios de justiça são chamados a domesticar tais concepções e a salvá-las dentro de certos limites”.

Sen irá apresentar três razões para se utilizar uma teoria de justiça, para ele o que se deseja não é alcançar um mundo perfeitamente justo, mas remover as injustiças claramente observáveis até onde for possível (2011, p.10). Uma teoria de justiça que:

- a. Possa servir como base da argumentação racional no domínio prático precisa incluir modos de julgar como reduzir a injustiça e promover a justiça, em vez de objetivar apenas a caracterização das sociedades perfeitamente justas.
- b. Argumente de forma fundamentada, conosco e com os outros, em vez de apelar ao que se pode chamar de “tolerância descomprometida”, acompanhada pelo conforto de má solução preguiçosa como “você tem razão na sua comunidade e eu, na minha”.
- c. Reconheça a presença de uma injustiça remediável pode, em grande medida estar conectada a transgressões de comportamento, e não a defeitos institucionais. A justiça está fundamentalmente conectada ao modo como as pessoas vivem e não meramente à natureza das instituições que as cercam.

Nesse sentido, o que se deseja não é apenas reduzir índices de mortalidade infantil a partir de uma maior prevalência do aleitamento materno, mas que ao desenvolverem essa prática, mulheres e crianças a façam sob condições justas. Daí o permanente movimento de deslocamento do olhar sobre a política nacional de aleitamento materno e a prática da amamentação no sentido de inclusão de uma teoria de justiça. Também é coerente pensar que nessa conjugação entre a universalidade e a particularidade não pode haver assimetria, mas o equilíbrio entre eles.

3.3 Teoria de justiça em Amartya Sen

São as concepções de como se alcançar a justiça (na relação) que possibilitarão compreender essa justa medida. John Rawls, Ronald Dworkin e Amartya Sen irão nos apresentar teorias para pensar justiça e modos de se alcançar uma vida justa.

Para John Rawls, o que vai determinar uma vida justa é o conjunto de bens primários que se pode alcançar por meio de um sistema de distribuição equânime. Para isso, ele se utiliza do “véu de ignorância” condição em que pessoas (racionais) plenamente capazes irão definir um conjunto de bens sem saber para quem se destinam, podendo ser até mesmo para elas próprias. Nesta concepção, parte de uma sociedade moderna, desenvolvida, sob um regime democrático, porque, para ele, a justiça não é uma qualidade humana, mas uma virtude das instituições sociais. Uma vez que vivemos em uma sociedade de egoístas, o véu da ignorância é um mecanismo utilizado por Rawls em sua teoria para que tais indivíduos (egoístas) tornem-se colaboradores de uma comunidade de comunidades.

Ronald Dworkin irá construir sua teoria a partir da crítica que faz a Rawls; para ele, o que precisa ser igualado são os recursos e para isso propõe o mercado de seguro. Quando indivíduos partindo de uma posição de igualdade, encontram-se num nível mais elevado que outros devido às condições pessoais como “talentos especiais naturais”, o mercado de seguro atuaria como um critério de tributação na renda auferida por estes, como forma de distribuição de renda, algo parecido com o imposto sobre renda. Através desse esquema tributário redistributivo, seria restabelecida a igualdade (FARIAS, 2004).

Sen, por sua vez, não volta sua atenção a uma justiça distributiva, mas entende que uma sociedade justa se faz quando pessoas têm a liberdade para realizar os seus funcionamentos quer seja nutrir-se, viajar, fazer escolhas. Mais que um conjunto de bens primários, como proposto por Rawls, para Sen são as pessoas que definem a vida que querem levar e para isso necessitam de liberdade, o que ele chama de liberdades substantivas.

A liberdade não é uma invenção dos liberais. A liberdade é constitutiva do ser humano, somos a natureza pensante e construímos nosso mundo político alicerçados em valores, como a razão, a inteligência, a vontade e a liberdade. Nossas liberdades substantivas estão dispostas no cotidiano, naturalizadas no viver diário e embora isso faça com que pensemos que tais liberdades sempre nos foram dadas, na realidade muitos de nós não usufruem delas em toda a sua plenitude.

A liberdade como conceito metafísico faz parte da existência humana, sua prática, contudo, encontra barreiras impostas pelo modo de ser das pessoas no mundo. Vivemos em uma sociedade de classes, essas classes se distinguem pelo poder aquisitivo, pelo acúmulo de bens e o *status quo*. As classes populares destituídas desses atributos – poder aquisitivo e acúmulo de bens materiais – têm suas liberdades substantivas bastante limitadas. Já as classes média e alta têm maior acesso a mecanismos que garantam sua liberdade de ir e vir, o potencial de se manter livres da desnutrição, de uma doença crônica agravada, a liberdade de trabalhar deixando os filhos em segurança, de se afastar do trabalho nos primeiros meses para a recuperação pós-parto, formação do vínculo mãe-bebê e aleitamento materno com a garantia do salário e retorno ao trabalho.

Parece imprescindível pensar que embora as liberdades, na prática, não sejam iguais a todas as pessoas, o desejo, a necessidade e a luta por elas permanecem vitais. Justifica-se por ser a liberdade inerente à pessoa humana.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos em seu artigo primeiro afirma que “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos (...)” para a efetivação desse axioma foram criadas as leis. Em Kant a função da lei é adequar, compatibilizar as liberdades, para isso, são necessários os direitos. A liberdade delimita-se no seu uso externo feito pelo seu legislador, porém, ela existe antes de qualquer lei. Ora, o que existe antes de qualquer lei senão o homem? Logo, a liberdade está dentro de mim, somos liberdades sociáveis, indissociáveis. A minha liberdade sou eu quem me dou; eu me dou a lei moral (autonomia).

A lei moral em Kant é constituída pela própria liberdade, é um fato de razão, não vem de ninguém e está sujeita à sua vontade. Observa-se, entretanto, que apesar da lei moral ser dada por mim, ela deve ser universalizável. Na verdade, a lei não é dada, eu a encontro em mim.

Entretanto, o mesmo Kant que estabelece como um imperativo categórico individual, subjetivo a premissa do “age de tal modo que a máxima da tua vontade possa valer sempre e ao mesmo tempo como princípio de legislação universal” também propõe um imperativo social delimitando a liberdade “age externamente de tal modo que o exercício do teu livre-arbítrio possa coexistir com a liberdade dos outros segundo a lei universal”. Assim, em Kant a minha liberdade está obrigada a submeter-se à liberdade do outro, a minha ação social será justa desde que seja compatível com o igual exercício dos outros. Autonomia, nesse sentido, tem a dimensão da moralidade que é racional: se sou livre, tenho que cumprir certo ordenamento.

As desigualdades sociais são oriundas do desequilíbrio nas liberdades entre os humanos. Uma pessoa que opta e tem a liberdade de explorar o trabalhador em horas de trabalho, condições insalubres e baixos salários, está limitando este trabalhador à liberdade do convívio com a família, de uma boa saúde, horas de lazer, tempo de estudo e tempo livre. Outra vez é Kant quem contribui ao considerar que o princípio de justiça é a liberdade humana e todos os princípios partem dela. Liberdade sou eu mesmo (autônomos), somos uma liberdade, mas também somos um lenho torto, nesse sentido, a liberdade é intocável (interioridade), mas necessita ser delimitada pelo legislador, no exterior, para criar a convivência social.

Esses ordenamentos são as leis morais, mas são também as leis escritas (Constituição), que se traduzem, na perspectiva de Sen pelas liberdades instrumentais. Essas liberdades promovem as nossas capacidades de desenvolvimento na sociedade. Essas liberdades “libertam a liberdade” trazendo o efetivo exercício da mesma. As liberdades instrumentais são fins que a sociedade procura; finalidade para o ser humano, mas também são meios para se alcançar a vida em desenvolvimento (vida valorada). Essas liberdades tornam o ser humano agente do seu próprio destino.

Alguns conceitos desenvolvidos por Sen para a sustentação de sua teoria são particularmente úteis para a discussão apresentada neste estudo e serão descritos a seguir:

Sen (2011) irá fundamentar a sua concepção de justiça na formação da capacidade humana que ele irá chamar de *funcionamentos*– não só aquilo que o ser

humano faz, mas tudo o que é capaz de fazer; utilizará ainda os conceitos de *capacidades* como sendo o conjunto dos funcionamentos; e de *capacitações* como as liberdades substantivas, que são as oportunidades para realizar os fins (funcionamentos). Nesse sentido, a concepção seniana traz possibilidades para refletir acerca das políticas públicas como instrumentos para se alcançar os funcionamentos valorados.

Como já foi dito anteriormente a amamentação não é um objeto do cuidado profissional, embora muitos profissionais tenham para si a consciência que precisam defender a sua prática apesar da mulher. A necessidade de proteção é real se considerarmos o contexto histórico e as diferentes ameaças cotidianas advindas da economia de mercado (das indústrias lácteas) e da cultura do consumo, contudo, por se tratar de uma prática humana de indivíduos autônomos, livres (no caso a mulher) o papel do profissional deve concentrar-se a oferecer condições para exercê-lo como um funcionamento valorado, não imposto.

Na perspectiva seniana, o ser humano como um ser complexo e completo é dotado de capacidades, entendidas como aptidão para realizar combinações de funcionamentos valorados e não apenas aqueles aos quais lhes são dadas oportunidades para realizar. Este talvez seja o ponto central da concepção de justiça de Sen, numa sociedade justa cada pessoa necessita ter liberdade para desenvolver suas potencialidades (funcionamentos) e não somente aqueles aos quais lhes são permitidos. “O núcleo da abordagem da capacidade não é, portanto, apenas o que uma pessoa realmente acaba fazendo, mas também, o que ela é de fato capaz de fazer, quer escolha aproveitar as oportunidades, quer não” (SEN, 2011, p.269).

Em nossa sociedade as pessoas nem sempre têm a liberdade para escolher entre os diferentes estilos de vida que poderão viver. Em se tratando das classes populares essa liberdade é ainda menor ou quase nula. Entretanto, ainda que se eleve a renda, como foi observado nos últimos 10 anos no Brasil, se o acesso aos equipamentos sociais e a liberdade de realizar funcionamentos valorados não estiverem presentes, pode-se dizer que o grau de privação não foi alterado.

Sen irá afirmar o valor da liberdade por duas razões, primeiro, a liberdade confere mais oportunidades para buscar nossos próprios objetivos e segundo, porque é através da liberdade que se pode atribuir importância ao próprio processo de escolhas, como ele mesmo afirma “ter certeza que não estamos sendo forçados a algo por causa de restrições impostas por outro”. Em relação às oportunidades, a vantagem de uma

pessoa é menor se ela tem menor capacitação, ou seja, menos oportunidades reais. Nesse caso, a liberdade é fundamental para que ele possa realizar aquilo que considera importante, aquilo que valora, inclusive escolher realizar este ou aquele funcionamento e nunca porque é privado por outros, e por conseguinte forçado a realizar escolhas excludentes.

A ideia de ser forçado não se refere apenas a outra pessoa, mas às estruturas estabelecidas socialmente nomeadas como estruturas injustas. Tais estruturas, da maneira como estão presentes na sociedade tendem a se apresentar como rígidas, intangíveis.

Não são poucos os exemplos em se tratando da amamentação em que as estruturas injustas promovem desigualdades na capacidade da mulher. Como manter a amamentação quando a renda é insuficiente para a manutenção da família e requer complementação e, ficar em casa “amamentando sob livre demanda” representa perda do potencial de contribuição familiar? Como exercer a autonomia sem a liberdade de escolha e conhecimento? Como não interromper os estudos e ter a escolaridade adequada socialmente quando a licença-maternidade é negada? A privação de direitos elementares afeta a decisão de amamentar trazendo prejuízos principalmente, quando se trata de sujeitos vulneráveis.

Assim, os mecanismos de proteção à amamentação podem acabar sendo inócuos a uma parcela da população quando se dão de maneira isolada ou ainda sem mudanças na estrutura social, pois uma coisa é formular uma lei outra é impedir sua violação, quando os próprios beneficiários não possuem as liberdades substantivas para exercer plenamente sua capacidade. Sobre isso, Sen (2011, p.267) vai afirmar que:

A perspectiva da capacidade é inevitavelmente interessada em uma pluralidade de características diferentes de nossas vidas e preocupações. As variadas realizações de funcionamentos humanos que podemos valorizar são muito diversas, variando desde estar bem nutrido ou evitar a morte precoce até tomar parte da vida da comunidade e desenvolver aptidão para seguir os planos e as ambições ligadas ao trabalho. A capacidade na qual estamos interessados é nosso potencial de realizar várias combinações de funcionamentos que possamos comparar e julgar entre si com relação aquilo que temos razão para valorizar.

A *comensurabilidade* é outro aspecto importante quando se analisa a amamentação do ponto de vista da escolha. A liberdade não se constitui apenas em

permitir que se escolha a vida que se quer levar ou os funcionamentos que se quer ter. É necessário que as opções de escolhas sejam comensuráveis, ou seja, possam ser mensuráveis em unidades comuns. Sobre isso, é Sen (2011, p.274) que agrega esse conceito à sua concepção de justiça:

A incomensurabilidade está presente quando várias dimensões de valor são irredutíveis umas às outras. No contexto da avaliação de uma escolha, a comensurabilidade requer que, na avaliação de seus resultados, possamos ver os valores de todos os resultados relevantes em exatamente uma dimensão – medindo o significado de todos os resultados distintos em uma escala comum – e modo que para decidir o que seria melhor fazer não precisemos ir além de “contar” o valor total nessa métrica homogênea. Dado que os resultados são todos reduzidos a uma dimensão, só precisamos verificar o quanto de “uma única coisa boa”, a qual cada valor é reduzido, cada respectiva opção fornece.

As capacidades são heterogêneas e por si só são claramente não comensuráveis, porém, não é suficiente dizer que não há alternativas ou que seja impossível. O que se quer apresentar é que as estruturas injustas necessitam ser removidas e isso se faz por meio de políticas públicas, por exemplo, estar inserida no mercado de trabalho é uma necessidade em nossa sociedade, mas também constitui uma atividade prazerosa para a mulher, permeada de realização pessoal e outras experiências singulares a cada uma; de igual forma a maternidade e seus desdobramentos associados como o cuidado e a amamentação, sobretudo nos primeiros seis meses da vida do bebê é um período necessário para o desenvolvimento da criança, do vínculo mãe-filho, para a estabilidade orgânica e focalização.

São, portanto, dois funcionamentos incomensuráveis, quando se trata de escolher um em detrimento do outro, contudo, se considerarmos que tal escolha não seja uma anulação de nenhuma das partes e que seja por um período definido é plausível que por esse período a mulher compreenda que não está fazendo a escolha mais valorosa. O que torna essa escolha comensurável? A certeza de que há mecanismos (políticas públicas) legais, de que haverá a licença-maternidade pelo período necessário à amamentação exclusiva; estabilidade no emprego e que ao retornar será possível (se necessário) contar com um sistema de creche para a criança.

Enquanto as *liberdades substantivas* são para Sen o cerne (núcleo central) do desenvolvimento, as *liberdades instrumentais* são meios para que o indivíduo tenha o

seu potencial de agente ampliado (PINHEIRO, 2012). Dessa forma, Sen enumera cinco tipos de liberdades instrumentais.

a) As liberdades políticas: dizem respeito à participação nas decisões coletivas, na escolha de representantes na vida política de uma determinada sociedade da qual faz parte e se dá por meio de associações, sindicatos, conselhos.

b) Disponibilidade econômica: caracterizada como a liberdade para obter renda através do trabalho, herança ou políticas de transferência de renda.

c) As oportunidades sociais: se relacionam aos serviços sociais capacitantes, com grande potencial para gerar no indivíduo autonomia, independência, autocuidado.

d) Garantias sociais: também fazem parte do sistema de proteção e relacionam-se à proteção em meio a mudanças na macroeconomia, como por exemplo, estabilidade no emprego, licença-maternidade, auxílio desemprego.

e) Segurança social: diz respeito aos mecanismos de intervenção social do Estado para a manutenção de uma ordem social por meio de políticas públicas nas áreas de bem-estar social.

Antes que se pense no conceito de *privação* apenas em contextos de pobreza extrema ou de guerra civil, Sen irá afirmar que muitas privações e violações dos direitos humanos assumem a forma de exclusão de prerrogativas individuais elementares já consagradas como direitos a exemplo do acesso à justiça e à liberdade de expressão. No conjunto das privações, Sen coloca tanto os direitos civis quanto a assistência médica, soma-se ainda a exclusão das oportunidades sociais e econômicas, dessa forma, o autor é taxativo ao afirmar que “de uma forma ou de outra, estamos interessados em todas as formas que possam ser remediadas ou aliviadas por meio de mudanças sociais” (SEN, 2010, p. 34).

Dentro da perspectiva de privação, Sen irá identificar dois segmentos os excluídos e os incluídos injustamente. Excluídos são aqueles que se encontram à margem de um determinado sistema social, não são sujeitos de uma política pública, em alguns casos, são até mesmo invisíveis socialmente. Já os incluídos injustamente são aqueles que de forma precária estão inseridos no sistema social, cujos mecanismos de proteção estão contemplados no arcabouço jurídico brasileiro, quer seja nas leis trabalhistas (Consolidação das Leis do Trabalho; regime estatutário), nas leis e bases da educação (LDB), quer seja no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) ou na própria Constituição Federal Brasileira, porém, não vislumbram essa proteção. Pessoas que são incluídas injustamente podem considerar que essa forma de inclusão seja a

única que lhes garanta a sobrevivência, ainda que tenham seus direitos da pessoa humana violados (SEN, 2012).

Sen traz um exemplo de trabalhadores explorados em seu ambiente laboral (inclusão injusta), com jornadas longas, ambientes insalubres, geradores de estresse. Se ativistas pelos direitos humanos, ou mesmo o Estado, por considerarem indigna aquela condição, e na verdade o é, obtiverem êxito em fechar aquele posto de trabalho, sem, com isso, ajudarem os trabalhadores de alguma outra forma, ou seja, sem nenhuma perspectiva substitutiva – trabalho sem condição digna por trabalho com condição digna – estarão transformando os incluídos injustamente em excluídos, vindo a piorar sua situação em vez de melhorar (SEN, 2007).

A sociedade brasileira, como já foi dito anteriormente, possui um conjunto de dispositivos legais que visam garantir o direito à amamentação; tais dispositivos, elaborados e transformados em normas, portarias e leis são a resposta à manifestação de movimentos sociais e organismos científicos que, a partir da realidade concreta, podem apontar quais condições de vida em sociedade representam privações de oportunidade para amamentar, resultando no que Sen (2010) chamaria de exclusão de oportunidades sociais e econômicas.

No caso da nutriz trabalhadora formal a legislação impede sua exclusão – a partir de dispositivos legais existentes – contudo no interior das relações trabalhistas, sua inclusão é injusta. Já a trabalhadora informal, seja aquela que trabalha por conta própria em casa fazendo unha ou costurando, por exemplo, ou ainda a que realiza faxina, essas, não se encontram plenamente incorporadas no sistema de proteção, embora possam por conta própria contribuir para o sistema previdenciário para auferir os mecanismos de proteção, essa realidade ainda é pouco observada.

A sociedade por muitos anos lutou pela garantia de direitos iguais de homens e mulheres e ainda hoje é preciso estar atento para que não se retroceda nos direitos já conquistados historicamente. Nesse sentido, o que se pretendia igualar eram as oportunidades e refutar a máxima existente que mulheres não são biologicamente constituídas para o trabalho intelectual e para a tomada de decisão política. Na perspectiva dos movimentos feministas, a sociedade/economia de mercado, cada vez mais competitiva, se beneficiou dessa reivindicação de igualdade aparentando conceder à mulher igualdade não só em funções que requeriam força física, mas também as que exigiam a cognição.

Entretanto, a inclusão supostamente igualitária, deu-se de forma injusta, pois na prática não contemplou as especificidades do gênero feminino – homens e mulheres não são iguais – tampouco reviu o modo como os papéis sociais estavam estabelecidos socialmente. Mais que uma conquista de igualdade de direitos, foi dada à mulher a benesse da oportunidade de se realizar profissionalmente, sem, contudo abrir mão do papel de *rainha*²² do lar, exercendo assim, extensas jornadas de trabalho dentro e fora dele.

Dentro do lar – seu habitat natural – sua competência e responsabilidade não são contestadas em momento algum, já fora dele, a mulher necessita provar a todo instante que tem a mesma capacidade que o homem e que, portanto, justifica-se seu exercício. Contudo, o mundo corporativo requer mais que competência, busca incessantemente por rentabilidade, lucratividade e produtividade com menor custo em menos tempo.

Nesse ponto, a equação homem-mulher deixa de ser exata no quesito igualdade e passa a figurar como uma dificuldade não só para a mulher, mas também para a engrenagem econômica.

Sen utiliza o termo *condição de agente* para designar “alguém que age e ocasiona mudanças e cujas realizações podem ser julgadas de acordo com seus próprios valores e objetivos”. Em seus escritos Sen irá se ocupar em analisar a condição de agente das mulheres e de igual modo a elevação do seu bem-estar. Para o autor, por muito tempo, tanto os movimentos feministas quanto as políticas de Estado estiveram focadas em uma perspectiva “welfarista”, ou seja, com o bem-estar e menos com a condição de agente, gradualmente, os objetivos foram evoluindo do enfoque do bem-estar e enfatizando o papel ativo e participativo da mulher na vida social e política. Sobre isso, Sen (2010, p.246) conclui que:

Já não mais receptoras passivas de auxílio para melhorar seu bem-estar, as mulheres são vistas cada vez mais, tanto pelos homens como por elas próprias, como agentes ativos de mudança: promotoras dinâmicas de transformações sociais que podem alterar a vida das mulheres e homens.

Em muitas sociedades e na nossa, em particular, o tratamento dado às mulheres, quer seja na distribuição de cuidados de saúde e outras necessidades; em salários percebidos; oportunidades de emprego ou na distribuição dos trabalhos domésticos,

²² Grifo da autora.

tende a reproduzir as desigualdades. Sen defende que o principal argumento para se buscar o enfoque na condição de agente das mulheres está na possibilidade que esta condição tem na remoção das iniquidades que restringem o bem-estar das mulheres.

Nesse sentido, a condição de agente é influenciada pelas seguintes variáveis: a) potencial das mulheres para auferir renda independente; b) encontrar emprego fora de casa; c) ter direito de propriedade; d) ser alfabetizada; e) participar como pessoas instruídas nas decisões dentro e fora da família. A associação entre essas variáveis tem o potencial de elevar a condição de agente por meio da independência e do ganho de poder.

Sen ainda considera que a condição de agente traz benefícios não somente para a mulher, mas também para todos os membros da família com repercussão para toda a sociedade, pois, “podem, por sua vez influenciar a natureza da discussão pública sobre diversos temas sociais incluindo taxas de fecundidade aceitáveis” (Sen, 2010, p.251). Por fim, mulheres instruídas têm maior capacidade, pois a alfabetização (educação) amplia a visão de mundo, eleva a liberdade contribuindo assim para exercer a condição de agente no seio familiar e social, deliberando sobre questões relacionadas à fecundidade e criação de filhos.

Para Sen (2010, p.261):

Está claro que o resultado da participação feminina não é meramente a geração de renda para as mulheres, mas também, a provisão dos benefícios sociais decorrentes de *status* mais elevado e da independência feminina. Assim a participação econômica das mulheres é também uma recompensa em si como uma grande influencia para a mudança social em geral.

No entanto, apesar da clareza com que trata a questão da condição de agente da mulher e sua repercussão no plano social, o autor reconhece que essa ainda não é uma questão prioritária em muitas sociedades, desta forma, Sen (2010, p.263) conclui que:

O grande alcance da condição de agente das mulheres é uma das áreas mais negligenciadas nos estudos sobre o desenvolvimento e requer correção urgente. Pode-se dizer que nada atualmente é tão importante na economia política do desenvolvimento quanto um reconhecimento adequado da participação e da liderança política, econômica e social das mulheres (...) aspecto crucial do desenvolvimento como liberdade.

A teoria da justiça de Sen ressalta a importância das pessoas sobre os mercados econômicos. Para tanto, o enfoque se dá nos funcionamentos, nas capacidades das pessoas de levarem o tipo de vida que valoram e que somente é alcançado por meio da liberdade que não apenas propicia a condição de agente e de bem-estar, mas, sobretudo, gera o potencial para as pessoas cuidarem de si próprias e para influenciar o mundo, o que para ele são questões centrais para o desenvolvimento. Em síntese, qualquer tentativa de elevar o bem-estar das mulheres, passa obrigatoriamente por elevar a sua condição de agente.

Um conceito importante que Sen (2011, p.188) traz é da *posicionalidade*, para ele “o que podemos ver não é independente de onde estamos em relação ao que estamos tentando ver”. Argumenta ainda que “nossa própria compreensão do mundo externo é tão amarrada a nossa experiência e pensamentos que a possibilidade de ir inteiramente além deles pode ser bastante limitada”.

A objetividade posicional caracteriza-se por aquilo que não varia de pessoa a pessoa, pois se relaciona à posição original, deste modo é necessário identificar de que lugar tais pessoas se encontram. Sen exemplifica citando o tamanho relativo do sol e da lua em que o que é observado pode variar de posição à posição; entretanto, diferentes pessoas ao realizar a observação da mesma posição tenderão a fazer observações idênticas, o que ele chama de variação posicional.

Outro exemplo utilizado por ele é o de duas cidades indianas, a primeira com uma alta expectativa de vida e com avaliação média profissional que apontam para uma transição bem-sucedida em saúde próxima da Europa. A segunda cidade apresenta expectativa de vida muito baixa e altas taxas de mortalidade específica por idade. A percepção de morbidade na cidade A é alta, diferente da cidade B. Como meio de explicação Sen aponta que o nível de alfabetização da cidade A é significativamente superior que na cidade B e do resto da Índia, incluindo o sexo feminino e dispõe de serviços de saúde em número muito superior ao da cidade B em termos proporcionais. Investimentos em educação e oferta de equipamentos sociais elevam a condição de agência dos sujeitos, ampliam horizontes, são capacitações que possibilitam aos sujeitos escolher os funcionamentos valorados e fazerem escolhas.

Uma sociedade imersa em estruturas sociais debilitadas por décadas de descaso, ainda que tenha, grosso modo, elevado seu PIB *per capita* ou seu poder de compra,

medido pela aquisição de bens, pode ter uma falsa impressão (percepção) do que lhe é direito, do que está bom ou do que precisa melhorar.

Constata-se então, que uma das vias para se alcançar uma maior relação de justiça para as mulheres que amamentam nesse contexto de desigualdade, seja partindo da posicionalidade dos diferentes atores sociais e políticos. Por outro lado, a posicionalidade nos possibilita acessar o mundo social do outro, a partir da perspectiva (realidade) do outro e não da minha própria. Isso é particularmente interessante, pois não são raras as políticas públicas desenvolvidas de forma verticalizada, sem a participação dos sujeitos aos quais estão direcionadas estas políticas.

Sen (2011, p.200) acrescenta ainda:

Se a influência poderosa da posicionalidade tiver um papel obscurecedor na compreensão social, então esse é de fato um assunto que merece uma atenção especial em apreciação das dificuldades desafiantes que têm de ser enfrentadas na avaliação da justiça e da injustiça.

Perspectivas posicionais enraizadas no seio de um grupo social podem ser um entrave na superação de desigualdades cometidas ao longo dos tempos. Sen chama tal situação de ponto de vista posicionalmente limitado.

Parece imprescindível pensar na dicotomia existente entre *escolha racional e escolha real*. Fazer escolhas é uma competência humana, alguns autores do campo da economia, consideram que a escolha racional é caracterizada pela maximização inteligente do autointeresse, tais autores se apoiam no utilitarismo, doutrina filosófica proposta por Jeremy Bentham e John Stuart Mill que defendem a maximização da felicidade (bem-estar). Nesse sentido, o utilitarismo propõe o maior bem para o maior número de pessoas, e está na contramão de Kant que afirma que o homem é sempre fim e nunca meio para se alcançar algo.

Kant *apud* Comparato (2003, p.23):

se o fim natural de todos os homens é a realização de sua própria felicidade, não basta agir de modo a não prejudicar ninguém. Isto seria uma máxima meramente negativa. Tratar a humanidade como um fim em si implica o dever de favorecer, tanto quanto possível, o fim de outrem. Pois, sendo o sujeito um fim em si mesmo, é preciso que os fins de outrem sejam por mim considerados também como meus.

Para Sen (2011) a teoria da escolha racional representa uma visão muito limitada, uma vez que as pessoas podem ter valores mais amplos e distintos da *obstinada busca do autointeresse*. Além disso, algumas normalizações ou padrões culturais podem determinar as escolhas. A prática da amamentação por essas mulheres é um exemplo razoável de que nem toda ação humana é movida pelo autointeresse.

Por fim, a *equidade social e equidade em saúde* são conceitos utilizados por Sen. Para ele, toda forma de privação deve ser objeto de reflexão e busca por mecanismos para dissipá-la. Transformar incluídos injustamente em excluídos é um risco real, contudo, não deve ser impedimento para se buscar alternativas para reduzir sua ocorrência. É sabido que reduzir injustiças sociais não se constitui uma tarefa fácil, são séculos de desigualdades e de uma construção ideológica de classes e, portanto, de privilégios de pobreza convivendo com a opulência nos mesmos espaços, que remete à história da saúde no Brasil a partir do final do século XIX com a abolição da escravatura e o início do modelo agrário-exportador.

Nesse contexto o modelo de saúde presente em nossa sociedade era o higienismo fortemente voltado para o saneamento, inclusive das mazelas sociais como as submoradias, as doenças causadas pelas condições de vida precárias dos negros já não mais escravos e dos imigrantes europeus. Com o início do século XX, o modelo higienista fica ainda mais forte com o advento da vacinação obrigatória e a limpeza urbana.

Desse modelo partiu-se para um modelo previdenciário excludente no qual somente os trabalhadores contribuintes e seus dependentes usufruíam do sistema de atendimento à saúde, todos os demais eram atendidos naquilo que representasse risco coletivo: doenças imunopreveníveis; doenças ditas “venéreas”; as infectoparasitárias, com destaque para a hanseníase e a tuberculose e a atenção materno-infantil, a partir da década de 1950 fortemente influenciada por ideias eugenistas.

Nesse contexto surge a medicina privada, representada pelos planos de saúde e pela contratação de serviços pelo setor público, cada vez mais crescente e oferecendo serviços precários, porém, requerendo tecnologia cada vez mais sofisticada priorizando a atenção terciária em detrimento da atenção primária. Não é difícil identificar quem eram os sujeitos dessa atenção.

Longos anos de desigualdades de um modelo de saúde que não contemplava os cidadãos de direitos, de interrupção (durante o período da ditadura) de mecanismos democráticos de participação social que são as Conferências de Saúde, resultaram em

movimento entre a sociedade civil, profissionais e intelectuais de luta por uma reforma sanitária e por um modelo inclusivo, igualitário e equânime.

Cecílio (2006, p.117) acrescenta, sobre isso:

Universalidade, integralidade e equidade da atenção constituem um conceito tríplice, entrelaçado, quase um signo, com forte poder de expressar ou traduzir de forma muito viva o ideário da Reforma Sanitária brasileira. A cidadania, a saúde como direito de todos e a superação das injustiças resultantes da nossa estrutura social estão implícitas no tríplice conceito-signo.

Assim, o modelo de saúde que se pretendeu foi legitimado pela Constituição Federal de 1988, conhecida como Constituição Cidadã e pelas Leis nºs 8.080 e 8.142 que tratam da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e do controle social, respectivamente.

Passados mais de 20 anos de sua criação, o sistema de saúde avançou no que diz respeito ao alargamento do acesso, financiamento e oferta de serviços, porém, a iniquidade em saúde é um dos maiores desafios a superar. A discussão sobre os problemas do SUS não se sustenta, se circunscrita em seu próprio interior, antes, deve-se compreender que a saúde nada mais é que um subsistema dentro de um sistema maior que é a sociedade.

Como Sen (2010, p.79):

A equidade na saúde não pode apenas se preocupar ou com a igualdade na saúde ou com o atendimento de saúde, e deve levar em conta a maneira como a alocação de recursos e os arranjos sociais ligam a saúde a outros aspectos da organização da sociedade.

E acrescenta,

Uma injustiça particularmente séria é a falta de oportunidade que alguns podem ter de obter boa saúde por causa de arranjos sociais inadequados ao contrário, por exemplo, de uma decisão pessoal de não se preocupar particularmente com a saúde. Nesse sentido, uma doença que se deixa de

prevenir ou tratar por razões sociais (...) e não por razões de escolha pessoal tem uma relevância particularmente negativa para a justiça social (p. 79).

Uma sociedade que não é igualmente justa não terá um sistema de saúde equitativo, por mais que esteja previsto em legislação (SEN, 2010). Equidade em saúde não pode ser alcançado a partir de ferramentas clínicas e de gestão, mas precisa estar em sintonia com a busca pela justiça social. Exemplo disso são os inúmeros dispositivos legais de proteção da amamentação, eles, dentro de uma sociedade injusta, não exercem de forma igualitária a função para a qual foram propostos. Dessa forma, apenas mulheres/crianças em condições privilegiadas de oportunidades (educação, informação, contratos trabalhistas menos assimétricos) têm podido usufruir sem maiores dificuldades dos benefícios do sistema de proteção.

Contudo, o fato de termos uma Constituição cidadã e uma lei orgânica de saúde que tem por princípios a integralidade, a universalidade e o controle social é um indicativo de que essa mesma sociedade reconhece e almeja a redução das desigualdades sociais e que entende que a iniquidade em saúde é sempre um reflexo dessa sociedade injusta e desigual.

4 ABORDAGEM METODOLÓGICA

Fora desta compreensão e deste respeito à sabedoria popular, à maneira como os grupos populares se compreendem em suas relações com o seu mundo, a minha pesquisa só tem sentido se a minha opção política é pela dominação e não pela libertação dos grupos e das classes sociais oprimidas. Se ao contrário, a minha opção é libertadora (...) Simplesmente, não posso conhecer a realidade de que participam a não ser com eles como sujeitos também desse conhecimento.

Paulo Freire

A abordagem metodológica ocupa um lugar central no desenvolvimento de um estudo, pois é através desse caminhar que ferramentas serão agregadas e o contorno do estudo será melhor desenhado e compreendido. Estudos em que se pretende obter dados descritivos, compreender os fenômenos sob a perspectiva dos atores sociais envolvidos utilizam, comumente, a pesquisa qualitativa, que por sua vez se diferencia da pesquisa quantitativa, entre outras características por não buscar enumerar ou medir eventos e pelo não uso de ferramentas estatísticas para análise dos dados. Sobre a pesquisa qualitativa, Minayo (1996) considera que nas ciências sociais seu olhar é voltado para a realidade social caracterizada por um conjunto de fenômenos humanos “pois o ser humano se distingue não só por agir, mas pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade”.

Nesse sentido, trata-se de um estudo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa que segundo Polit, Beck e Hungler (2004):

Os pesquisadores estão em geral interessados em um aspecto de um tópico que é pouco entendido e sobre o qual pouco se sabe e, por essa razão não desenvolvem hipóteses ou colocam questões de pesquisa detalhada antes de ir a campo.

Para Creswell (2010) a pesquisa qualitativa emprega diferentes concepções filosóficas, métodos de obtenção de análise dos dados e apresenta vantagens que devem ser consideradas quando da escolha do método, dentre as quais destaca-se o ambiente natural, dispensando deslocamento, ou a ausência de interação, como nos casos de envio de instrumentos por empresas; a observação direta do sujeito dentro do próprio contexto

social; o pesquisador como instrumento fundamental e as múltiplas formas de obtenção dos dados são algumas das vantagens defendidas pelo autor.

A opção por esse tipo de pesquisa deu-se a partir do objeto de estudo frente ao objetivo proposto. A amamentação é uma temática amplamente estudada dada a sua abrangência e não limitação a espaços de assistência, bem como por envolver diferentes sujeitos, circunstâncias e interesses; como objeto de estudo, apresenta uma riqueza de possibilidades em diversos campos de saber não ficando restrito ao da saúde embora ainda seja o que predomina.

Dentre as múltiplas dimensões possíveis para estudo em outras áreas, podemos citar o das ciências econômicas (o custo da não amamentação, o mercado e lucro das indústrias de fórmulas lácteas, desmame comerciogênico); comunicação social (o *marketing* das fórmulas lácteas, NBCAL e a propaganda de produtos para primeira infância); direito (política de proteção e o direito ao livre-comércio, direitos fundamentais da criança); ecologia (amamentação como prática ecológica, descarte de bicos, mamadeiras e latas, desmatamento para criação de gado leiteiro), entre tantas outras possibilidades de áreas com grandes contribuições para além do campo da saúde.

Neste estudo, pretendeu-se analisar a prática da amamentação no arcabouço da Política Nacional de Aleitamento Materno a partir do referencial bioético, utilizando a concepção de justiça de Amartya Sen, especificamente o conceito de privação de direitos, entendendo que esta prática envolve sujeitos morais inseridos em um contexto social, político e econômico permeado por estruturas sociais, que, quando injustas, acabam por impor à mulher, com efeito na criança, escolhas excludentes.

O estudo sobre tal condição de privação, não pela ausência do direito mas pela violação deste, requereu uma abordagem que permita a escuta dos agentes morais que vivenciam o fenômeno em seu cotidiano, dentro de seu contexto social.

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva, do tipo exploratória, por se tratar de um tema pouco estudado, embora muito já se tenha dito sobre aleitamento materno, a literatura tem se concentrado no manejo clínico; na avaliação de indicadores como prevalência de AME e outras modalidades de alimentação infantil; no sentido da amamentação para a mulher; causas do desmame e rede social de apoio. Estudos

voltados para o direito ainda são poucos, com destaque para Rea, Toma (2000), Ribeiro, Florentino, Bernardino *et al.* (2010), Ribeiro, Rodrigues, Peres (2011). Dentre esses a bioética teve destaque em apenas um estudo que analisou o conflito ético dos profissionais de saúde frente ao assédio da indústria de fórmula láctea.

4.2 Cenário do estudo

O estudo foi realizado em municípios da Região Metropolitana I do estado do Rio de Janeiro, também denominada Baixada Fluminense.

O estado do Rio de Janeiro, em termos político-administrativos, apresenta 92 municípios, distribuídos em oito regiões de planejamento e nove regiões de saúde. A Região Metropolitana I está localizada entre as Regiões do Médio-Paraíba, Centro-Sul Fluminense e Serrana, sendo formada por 13 municípios (Rio de Janeiro, Itaguaí, Seropédica, Duque de Caxias, Guapimirim, Magé, Japeri, Mesquita, Nova Iguaçu, Queimados, Belford Roxo, Nilópolis e São João de Meriti). Corresponde a 7,87% da área total do estado do Rio de Janeiro e abriga cerca de 62,7% (3.500.000) de sua população, possuindo sem o município do Rio de Janeiro mais de 3.440 km² e aproximadamente 3,6 milhões de habitantes.

4.3 Sujeitos do estudo

A amostra do estudo foi do tipo intencional, no qual todos os integrantes tinham pelo menos uma característica em comum. As participantes do estudo foram mulheres que exerciam ou exerceram a vivência de algum tipo de privação de direitos na prática da amamentação, residindo em municípios da região e que utilizam o serviço público de saúde.

Como estratégias de captação dos participantes, foi utilizado o polo de aleitamento materno da Baixada Fluminense, que se reúne mensalmente e que tem a participação de profissionais da área técnica de aleitamento materno dos municípios, sendo que estes atuaram como mediadores, viabilizando a entrada nas unidades de saúde e entidades sociais. As mulheres, usuárias dos serviços de saúde, foram

convidadas a partir dos grupos educativos realizados nas unidades de saúde ou por indicação de um profissional de saúde com atuação no manejo do aleitamento materno ou na atenção à saúde da mulher e/ou criança.

Como critério de inclusão dos municípios participantes considerou-se ter ações da política de aleitamento materno implantada ou em processo de implantação; como critério de inclusão dos sujeitos do estudo, puderam participar aquelas que estavam amamentando ou tinham amamentado (nos últimos 10 anos) em meio às dificuldades relacionadas à exclusão ou inclusão injusta (privação de direitos). Foi condição necessária a concordância em participar do estudo e assinatado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Como critérios de exclusão, municípios que não possuem ações de promoção de aleitamento materno; quanto às nutrizes, o não desejo de amamentar constitui um direito (autonomia) e, portanto, não a tornou elegível para o estudo, uma vez que se buscou analisar as causas externas (injustiça social) que dificultam a prática da amamentação e o não desejo (sem influência do contexto social), constituiria um viés com interferência nos resultados. Mulheres que não amamentaram por se encontrar nas condições de contraindicação absoluta ao processo de lactação e amamentação, quer seja por doença materna ou da criança também não foram elegíveis.

4.4 Coleta de dados

Para a coleta de dados optou-se pela técnica de *grupo focal* (GF). O grupo focal é uma ferramenta na qual se espera que as pessoas do grupo interajam entre si, fornecendo explicações acerca de modos de pensar a vida. Para Gatti (2012) é um espaço em que se podem fazer críticas, discorrer sobre pontos de vista, em que se abrem novas perspectivas diante de um problema comum para o qual foram convidados a conversar.

A utilização do GF deve estar coerente com o objetivo do estudo devendo sempre ser criteriosamente avaliado se é o melhor meio de se obter os dados na dimensão pretendida. “a técnica é muito útil quando se está interessado em compreender as diferenças existentes em perspectivas, valores e comportamentos de grupos diferenciados” (GATTI, 2012, p.14).

Gatti (2012, p.9) acrescenta que “o grupo focal permite fazer emergir uma multiplicidade de pontos de vista” e a interação tende a produzir a emergência de sentidos atribuídos pelo grupo. Backes *et al.* (2011) e Kind (2004) concordam que o GF promove a problematização de um tema específico. Dado o seu caráter de discursividade e interação, consegue atingir um nível reflexivo que o torna apropriado quando se quer analisar temas que afetam as pessoas não apenas de modo individual, mas também coletivamente.

O GF possibilita novas teorizações para além das já construídas uma vez que os participantes são livres para expressar suas opiniões; a interação grupal extrapola as ideias prévias surgindo novos modos de pensar. Para Gatti (2012, p.14), essa captação de significados poderia ser difícil de se manifestar em outros meios de coleta de dados, e acrescenta:

O grupo tem uma sinergia própria que faz emergir ideias diferentes das opiniões particulares. Há uma reelaboração de questões que é própria do trabalho particular do grupo mediante as trocas, os reassuramentos mútuos, os consensos, os dissensos, e que trazem à luz sobre aspectos não detectáveis em outras condições.

A constituição do grupo focal, como já foi dito, deve estar consoante com o problema da pesquisa e as questões devem permitir captar respostas que atendam aos objetivos propostos e à teorização desenvolvida sobre o tema. Dessa forma, Gatti (2004) afirma que a teorização permite que o pesquisador elabore questões relevantes e contextualizadas e da mesma forma, orienta a construção do roteiro preliminar a ser utilizado no grupo focal.

O roteiro é construído para ser utilizado de forma flexível, porém, sem se afastar do objetivo proposto, deve ser suficiente, não mais que cinco questões, para garantir liberdade e autonomia aos participantes exporem seus pontos de vista e reflexões sobre o tema.

Quanto ao número de participantes, diversos autores irão concordar que o ideal está entre 6 e 15 (CRUZ NETO *et al.*,2002;BARBOUR, 2009; TRAD, 2009; BECKES *et al.* 2011; GATTI, 2012). Cruz Neto *et al.* (2002) acrescentam que o grupo deverá ser pequeno o suficiente para que todos tenham igual oportunidade de expor suas ideias e grande o bastante para proporcionar aprofundamento e consistência na discussão do

tema. Para Beckes *et al.* (2011) quando se deseja gerar um maior número possível de ideias deve-se recorrer a um grupo maior, já quando se pretende alcançar profundidade, é o grupo menor que possibilitará tal situação. Pezzol(2004) *apud* Trad (2009) irá argumentar que o número adequado de participantes em um grupo focal deve estar relacionado à capacidade de permitir a participação de todos os membros e de igual forma a adequada discussão do tema.

Outro aspecto importante a ser delineado é o tempo de duração da reunião do grupo, os autores acima citados, concordam que o tempo médio deverá ser entre 90 minutos e 120 minutos, sendo esse um bom tempo para discussão, alguns irão afirmar que não deverá ultrapassar a três horas (SILVA, ASSIS, 2010; GATTI, 2012). Esses valores nos servem de parâmetros, contudo, o que vai determinar é na realidade o andamento da discussão e a habilidade do moderador, que precisa estar atento a perceber o andamento, a motivação, a compreensão do tema por parte dos participantes, evitando a monotonia ou a discussão acalorada em que não se consegue captar os pontos de vista dos participantes ou quando os mesmos não se sentem à vontade pela presença de alguém que monopoliza a discussão.

O local adotado deve possuir todas as características que as requeridas para a realização da entrevista, devendo garantir ao participante conforto, privacidade, ser livre de interferências externas, em especial as sonoras, acessibilidade, além disso, deve ser espaçoso de modo a comportar adequadamente o grupo; os participantes devem estar dispostos em círculo e caso seja utilizada mesa retangular os participantes não devem se posicionar na cabeceira evitando assim posições de destaque.

Para a condução do GF são necessárias pelo menos duas pessoas que participarão diretamente nas sessões do grupo focal e com domínio do tema, dos objetivos propostos e da técnica de GF. A literatura chama de *mediador* ou *moderador* em geral o pesquisador principal, cuja tarefa básica é “manter o grupo em interação por um tempo (...) com a finalidade de obter dados acerca do tema da pesquisa” (KIND, 2004, p.130); o segundo elemento é chamado de *observador* e, como o próprio nome diz, seu papel é observar e registrar as interações durante a sessão, contribuindo assim com informações que não são captadas em áudio como a comunicação não verbal, a linguagem e as atitudes dos participantes do GF (KIND, 2004).

A elaboração do roteiro de discussão pode ser feita de diversas maneiras, contudo, os objetivos devem sempre ser centrais no roteiro, que apesar da flexibilidade inerente ao roteiro de GF, deve ser cuidadosamente elaborado de modo a contemplar

todas as questões do estudo. O primeiro passo é elaborar as *questões-chave*, sendo que cada uma comportará uma lista de diretivas abrangendo todas as faces e desdobramentos que se pretende investigar. É possível que outras diretivas com forte identificação com os objetivos do estudo surjam do grupo no momento da sessão, estas devem ser incorporadas, garantindo assim, a flexibilidade e a ação dialógica.

Após cada sessão de GF recomenda-se realizar as transcrições, agregando a elas os registros do observador. Alguns autores sugerem que a análise também seja realizada na medida em que se obtêm as transcrições, para evitar perdas, conforme Gatti (2004, p. 50):

O processo de análise pode começar logo depois do primeiro grupo ou sessão, não havendo necessidade de esperar a coleta de todos os grupos ou de todas as sessões para iniciar o trabalho de análise. Proceder assim pode ajudar no encaminhamento das atividades subsequentes, por exemplo, facilitando a verificação de pontos não abordados e importantes para o estudo.

4.5 Análise e tratamento dos dados

A pesquisa científica se constitui em um sistema coeso e plenamente integrado em que o objeto do estudo aponta quais as ferramentas (técnica) são as mais adequadas para se alcançar o objetivo proposto, estando todas as etapas interligadas para garantir a coerência interna. Mudando-se as ferramentas é forte a possibilidade de se obter um resultado diferente do pretendido. O tipo de análise que se adotará para a leitura dos dados obtidos na pesquisa é uma dessas ferramentas necessárias para se alcançar o objetivo.

Sendo o objeto do presente estudo *compreender* a prática da amamentação de mulheres em seu *contexto social, político e econômico* a partir dos conceitos de *privação de direitos* de Amartya Sen, o método hermenêutico-dialético proposto por Minayo mostrou-se como sendo o mais apropriado para a análise dos dados.

Hermenêutica é uma palavra de origem grega (*hermeneutiké*), por ela entende-se a arte de interpretar, estando diretamente relacionada à compreensão que se baseia na relação empática e na tentativa de identificar o *eu* profundo do outro que se encontra por trás do texto. A hermenêutica é utilizada como método de estudo sempre que o

contexto se encontra como elemento participante. Não se trata de uma interpretação do texto fora do contexto e do tempo histórico. Aquilo que se fala, narra, fora dito num determinado tempo e lugar, em um contexto histórico, político e social.

Gadamer *apud* Minayo (2008, p.84) afirma que “a compreensão contém a gênese da consciência histórica, uma vez que significa a capacidade da pessoa humana – e no caso o pesquisador – de se colocar no lugar do outro”. A abordagem hermenêutica é, portanto, aquela que busca acessar a verdade profunda do autor à luz da realidade concreta do qual ele é sujeito e ator.

O pesquisador é também um interprete do texto; para Côttes (2006, p.284) “a contribuição do intérprete é parte inalienável do próprio sentido do compreender”, assim, não há sujeito neutro e não há texto dissociado do contexto, da mesma forma, o texto analisado nunca é o mesmo, nem para quem o produziu.

A dialética tem origem na Grécia antiga com filósofos como Sócrates, Platão, Aristóteles, Parmênidas e Heráclito, para eles, a dialética consistia em fazer a transição de imagens contraditórias a conceitos idênticos para o pensamento por meio de diálogos exaustivos.

Na dialética de Parmênidas, o mundo é estático, nada muda; Heráclito por sua vez contrapõe-se a essa ideia afirmando que nada é estático, o mundo está em constante movimento. Na dialética socrática ocorre o exercício de discutir ideias contrárias dentro do próprio discurso. Do debate entre tese, antítese (anti-tese) surge a síntese que é vitória da razão sobre a opinião.

Platão, discípulo de Sócrates, utiliza a dialética como um modo de construir um conhecimento mais seguro, livre de opiniões não refletidas. Na dialética platônica existe uma interdependência de novas teses. Estas podem se negar mutuamente, mas também podem se complementar. Quando um conhecimento mais verdadeiro surge da tese (o que se afirma) e da antítese (o que se nega) tem-se a síntese platônica, esses conhecimentos não se anulam, mas se completam em uma terceira ideia.

De acordo com Minayo (2004) na atualidade, dois autores, Habermas e Gadamer, foram importantes para a produção do diálogo entre a hermenêutica e a dialética, beneficiando as discussões nas ciências sociais. “o casamento das duas abordagens é fecundo na condução do processo, ao mesmo tempo compreensivo e crítico do estudo da realidade social” (MINAYO, 2004, p.343).

Para a mesma autora, “enquanto a hermenêutica busca essencialmente a compreensão, a dialética estabelece uma atitude crítica”, enquanto a hermenêutica busca o sentido no texto, a dialética procura as contradições.

Gomes *in* Minayo (1996) ao apresentar o método hermenêutico-dialético destaca dois pressupostos da análise propostos: o primeiro de que não há consenso nem ponto de chegada na produção de conhecimento; o segundo, de que a ciência se constrói na relação dinâmica entre a razão e a experiência daqueles que vivenciam a prática social (p.77).

O autor acrescenta ainda que, para Minayo, a pesquisa em ciências sociais constitui em uma aproximação da realidade social. Procede-se então a dois níveis de interpretação: o primeiro nível diz respeito ao contexto socioeconômico, político e cultural em que os sujeitos de encontram e no qual é realizado a pesquisa. Neste estudo, o contexto é a Baixada Fluminense e as relações sociais nas quais as mulheres que amamentam, participantes do estudo, encontram-se inseridas em permanente movimento dialético.

O segundo nível de interpretação diz respeito à realização da pesquisa propriamente dita, é o “ponto de partida e ao mesmo tempo ponto de chegada da análise” (GOMES *in* MINAYO, 1996, p.78). São as observações, o gestual, as falas, os consensos, os dissensos, os diálogos, todos são elementos que compõem o encontro com os fatos.

Para a análise dos dados de acordo com o método hermenêutico-dialético proposto por Minayo, seguiram-se as seguintes etapas propostas pelos autores referidos:

1. ordenação dos dados – organização de todos os dados obtidos na pesquisa de campo, seguida pela transcrição da gravação; releitura do material e organização dos relatos, correlacionando-os as observações realizadas;
2. classificação dos dados – através da leitura exaustiva e repetida dos dados transcritos, são estabelecidas as estruturas relevantes, tendo por base o referencial teórico e os objetivos previamente definidos. A partir desse momento, estabelecem-se as categorias específicas;
3. análise final – nessa etapa, as categorias construídas buscaram dialogar com o referencial teórico de Amartya Sen e sua teoria de justiça, compondo a análise dos achados do estudo.

4.6 Tratamento ético da pesquisa

As preocupações que envolvem os princípios éticos vão para além do preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ou da observância dos critérios do Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução CNS nº 196 de 1996, com relação à pesquisa envolvendo seres humanos e mais recentemente a Resolução CNS nº 466 de 2012 que trata da revisão da Resolução CNS nº 196/96. De fato, é imperativo que todos esses documentos sejam seguidos, contudo, em se tratando do tema justiça com enfoque na privação de direitos, todo o estudo deve ser permeado por um rigor ético, pois o agir ético não depende da prescrição legal devendo, a atitude ética, ser anterior até mesmo ao recorte temático que se faça no estudo.

A resolução citada toma por referência a pesquisa clínica, predominantemente quantitativa, que difere da pesquisa das ciências sociais, predominantemente qualitativa, por apresentar amostragem definida previamente, hipóteses e previsão de desfecho final. O conceito de risco e vulnerabilidade que são bastante diferenciados da pesquisa qualitativa; a previsibilidade presente nas ciências naturais é completamente ausente nas ciências sociais visto que estas últimas não lidam com sujeitos neutros, mas atores sociais e históricos. Autores como Diniz (2008); Guerriero (2008); e Guerriero e Minayo (2013) concordam que esse é um modelo que não abarca a dimensão das ciências sociais, ao contrário, apresentam amarras que até mesmo os próprios membros dos comitês de ética em pesquisa (CEP) encontram dificuldades em avaliar pesquisas qualitativas por parâmetros tais quais apresentados no Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos (SISNEP), através da Plataforma Brasil.

Diniz (2008, p.421) sobre isso afirma que o “principal desafio de uma avaliação ética de um projeto de pesquisa em ciências humanas não deve ser o de enquadrá-lo na matriz de análise já existente, mas entender que cada desenho metodológico pressupõe uma nova sensibilidade ética”, contudo, apesar das inúmeras críticas que se faça ao Sisnep ainda não há consensos sobre como proceder. Se o melhor seria, dentro do sistema CEP/Conep, criar-se uma outra estrutura para avaliar pesquisas ligadas às ciências sociais ou se o melhor seria romper com o sistema e instituir um que representasse mais legitimamente esse campo de saber. Victora (2011) corrobora com o pensamento ao considerar que a complexidade das relações dos métodos qualitativos

com a ética na pesquisa também só pode ser compreendida a partir de um intenso debate a respeito de seus pressupostos.

Entretanto, uma questão é visivelmente correta, não ter nenhum sistema que regule, avalie e acompanhe o processo de desenvolvimento de qualquer investigação científica, seja ela no campo das ciências sociais, ciências naturais ou clínicas (biomédica) é regredir em passos que demos em direção à proteção à pessoa humana. A exemplo dos horrores que foram os estudos envolvendo seres humanos no pós-guerra ou o desenvolvimento de vacinas, ou ainda os testes cognitivos na década de 60-70.

Hoje, estudos que envolvem indivíduos ou coletividades, os que apresentam relações assimétricas entre pesquisador e pesquisados; presença de empresas como indústrias farmacêuticas ou de alimentos ligadas ao agronegócio com vultosos investimentos financeiros e tecnológicos em pesquisa caracterizam o conflito de interesses que muitas vezes fica encoberto ou vem travestido de um discurso utilitarista em que se defende o maior bem para o maior número de pessoas.

O Sistema Nacional e seus Conselhos são, portanto, importantes e necessários instrumentos que alicerçados no princípio ético da dignidade humana e na ética global, deverão buscar sempre a justa medida para que qualquer investigação que envolva o ser humano total ou suas partes, ou ainda, que afete sua relação com o meio ambiente, com o animal, vegetal e mineral seja desenvolvida sob os auspícios do respeito à vida e a coexistência pacífica no planeta.

Outra questão necessária a se destacar é em relação ao referencial bioético em que a Resolução nº466/12 se apoia que é o principialismo. Neste caso, o que se busca avaliar é se a pesquisa visa à beneficência que é fazer o bem, a não maleficência caracterizado por não apenas fazer o bem, mas também deixar de fazer o mal; a justiça definida como a justa medida; e a autonomia que significa que a decisão por participar deve ser do sujeito e que, portanto, nenhum estudo prescinde do consentimento do sujeito que deverá sempre ser pautado no esclarecimento livre e consciente.

Em meio ao debate que se realiza no campo das ciências sociais e às constantes reflexões por parte dos pesquisadores e também por quem se coloca do outro lado, como membros de comitês de ética e que se veem constantemente tendo que avaliar pesquisas qualitativas a partir de parâmetros de pesquisas quantitativas e clínicas, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (Sistema CEP/CONEP) e aprovado sob o número 466.287(Anexo); também foi solicitada autorização a cada

instituição envolvida bem como aos sujeitos participantes, que foram informados através de leitura conjunta do TCLE e esclarecidas as dúvidas surgidas.

No TCLE (Apêndice A) encontrava-se explícito o caráter voluntário da participação, deixando claro que a qualquer momento os participantes poderiam se retirar e não mais participar da pesquisa; a liberdade para solicitar que determinadas falas e ou declarações não fossem incluídas no documento final, além disso, o anonimato e o sigilo de suas informações obtidas estão garantidos conforme propõe a resolução que rege as pesquisas com seres humanos.

Ao assinar o TCLE todas as participantes que concordaram em participar do estudo, receberam cópia do termo com os contatos da pesquisadora e do Comitê de Ética que emitiu o parecer favorável à realização da pesquisa. Destacou-se que os benefícios são contribuir com o debate científico e o enfrentamento das questões relacionadas ao aleitamento materno, em particular, na região em que se realizou a pesquisa.

5 TRAJETÓRIA DO ESTUDO

5.1 O encontro com as mulheres que amamentam sob as lentes de Amartya Sen: caracterizando os grupos focais

O estudo foi realizado em três municípios da Baixada Fluminense: Duque de Caxias, Belford Roxo e Japeri. Três grupos foram realizados em Unidades Básicas de Saúde e contaram com a colaboração de profissionais de saúde da rede; dois grupos foram realizados em instituições religiosas (católica e protestante) sendo uma destas ligada à Pastoral da Criança.

Três outros grupos foram excluídos da análise, um porque apresentou muita interferência na gravação, tornando o material inaudível em grande parte; os demais não tiveram número suficiente de participantes. Estes foram os primeiros grupos realizados.

A duração do GF foi de 60 a 80 minutos de transcrição, porém o grupo girou em torno de 120 a 180 minutos considerando a ambientação das participantes, identificação, leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o lanche. Todas as participantes receberam ao final um livreto sobre direitos e organização social, um folheto sobre a pesquisa e o tema amamentação e direitos e uma lembrança em forma de cartão contendo os contatos da pesquisadora e da instituição de vínculo.

Os grupos focais realizados com as mulheres tiveram o mesmo roteiro de questões, embora tenham sido realizadas estratégias de aproximação (quebra-gelo) distintas, de acordo com as características dos grupos; contudo, foi observado o princípio de não utilizar recursos que pudessem interferir nas falas originais.

Assim, foram utilizadas em todos os GF questões orientadoras e em alguns grupos, utilizadas imagens e charges. As questões-chave (B) foram agrupadas conforme os dois primeiros objetivos específicos do estudo (A); contudo, na condução do primeiro grupo (que não entrou para a pesquisa) essas questões não foram de fácil compreensão requerendo um tempo muito grande para explicar. Pensando nisso e para favorecer a dinâmica, foram construídas frases curtas (C). As frases estavam relacionadas ao roteiro de questões elaboradas no projeto, conforme o quadro a seguir:

Quadro 1 – Distribuição das frases orientadoras dos Grupos focais.

Objetivo específico (A)	Questão - Chave (B)	Frases curtas (C)
Reconhecer dentre as mulheres que se encontram/encontraram em condição de privação quais as estratégias adotadas face à prática da amamentação.	2. Em nossa sociedade toda mulher que se propõe a amamentar, consegue?	No início o que mais nos preocupa é Amamentar não é assim um mar de rosas.
	2.a. Conhecer um direito e usufruir desse direito pode não ser a mesma coisa. Quais os direitos conhecidos, quais já usufruíram e quais não foram garantidos? 2.b. Quais as estratégias que as mulheres utilizam para dar conta de amamentar e continuar a vida?	Direitos, só no papel? Diante da dificuldade eu me sinto ... Cada mulher consegue do seu jeito... ou não consegue.
Identificar o modo como as mulheres expostas à condições de privação de direitos (exclusão e inclusão injusta) percebem seus direitos.	Vocês acham que os serviços de saúde estão preparados para ajudar nessa dificuldade (violação de direitos)?	E o profissional de saúde está preparado para ajudar? O profissional de saúde ajudaria mais se ...
	Na opinião de vocês, como a sociedade está estruturada para que mulheres e lactentes desenvolvam suas capacidades em toda a sua plenitude	A mulher amamenta, mas faz um monte de coisas ... Ou amamenta ou trabalha, ou amamenta ou estuda ... Você tem que escolher!

Fonte: A autora, 2015.

Os grupos foram representados por siglas de acordo com a ordem em que foram realizados GF1(grupo focal 1) e assim por diante: GF2, GF3, GF4 e GF5. Os nomes das participantes foram substituídos pela pesquisadora por nomes fictícios sem um padrão predefinido, atendendo à Resolução CNS nº422/12 que prevê a garantia dos participantes de não serem identificados.

a) Grupo focal 1: direitos só no papel?

O GF1 foi realizado em um consultório de unidade básica no município de Duque de Caxias. Para a realização do grupo foi feito contato telefônico com a enfermeira do pré-natal seguido de visitas à unidade em duas ocasiões antes da realização do GF propriamente dito, para contato prévio com a direção e a chefia de enfermagem e apresentação dos termos obrigatórios, a autorização para a realização da

pesquisa assinada pelo secretário municipal de Saúde. Foram deixados ainda folheto explicativo sobre a pesquisa e a participação na mesma e uma ficha a ser preenchida com as informações pessoais das participantes e formas de contato.

Foram contactadas 12 mulheres que atendiam aos critérios de inclusão e que aceitaram participar; contudo, no dia e hora marcados, entre as mulheres agendadas apenas duas compareceram, o que levou uma funcionária a refazer os contatos e a busca por outras mulheres que se enquadrassem no perfil estabelecido, dando início ao GF com cinco participantes mais a enfermeira do pré-natal.

A faixa etária das mulheres foi de 20 a 35 anos, todas são usuárias do Sistema Único de Saúde, nenhuma reside em território coberto pela estratégia saúde da família (ESF). Uma das participantes (Úrsula) é nulípara e, portanto, não tem vivência com a amamentação, sendo permitida a participação no GF, uma vez que manifestou o desejo, mas não se constituiu como participante do estudo, por não atender ao critério de inclusão (vivência com a amamentação). Dadas as especificidades do GF como método, Úrsula pôde contribuir com a experiência familiar por estar inserida no mesmo contexto social. Um quadro com a caracterização do GF1 encontra-se no Apêndice C.

Todas à exceção de Úrsula amamentaram de forma prolongada, apesar de terem tido problemas na prática; pode-se ver nos diálogos que a amamentação tem um valor expresso pelo reconhecimento de seus benefícios para a criança; as participantes atribuem ainda à amamentação dor e desconforto, apesar disso, são unânimes na defesa da prática, o que pode ser constatado nas falas a seguir:

Eu acho errado, eu acho que se a pessoa quis ter filho, é um direito (fala corrigindo) é uma obrigação, nem direito, é uma obrigação. **Ester**

(...) para mim não tem cabimento uma mãe falar: Ah, tô nervosa, estressada e por isso meu leite secou! Então para mim não tem cabimento. (...) Eu tiro assim, se não for uma doença: Câncer, uma doença de AIDS que seja transmitida para a criança, outra coisa eu não boto como obstáculo para não dar o leite para a criança. **Nelita**

Um dia vai ficar (caído)! E o marido da gente que “pula no nosso peito”? (...) Essas coisas para mim não colam. **Bruna falando sobre mães que não amamentam por causa da estética.**

As situações de trabalho são prioridades, é uma coisa de necessidade (inaudível) ela quer amamentar, mas a prioridade dela é o trabalho. **Nelita**

A noção de direito nesse grupo está presente, expressa pela indignação face às desigualdades, à falta ou precariedade de serviços essenciais e de respeito dos

profissionais que atuam nos equipamentos sociais e da própria população. Assim, destacam as deficiências nos sistemas de transportes, na oferta de vagas nas escolas e na organização dos serviços de saúde.

*(...) muitas coisas que acontecem aqui no Brasil é porque ninguém corre atrás. Porque você viu, é, a gente vê a manifestação que teve em 2013, isso vai ficar pra história porque a gente nunca tinha visto coisa parecida, entendeu? Eu vou poder contar pros meus netos. **Bruna***

*Aqui no Rio de Janeiro, infelizmente, aqui é uma bagunça. Todo mundo brinca, todo mundo deita, todo mundo rola. É por isso que as coisas não andam do jeito que tem que andar, entendeu? **Bruna***

*...essa hora não tem lugar não, não engravidou? Vai em pé, não é doença, isso não é doença! Aqui não dá lugar nem para idoso, nem para gestante. Vai em pé! **Ester em referência aos assentos prioritários no transporte ferroviário e o que ouviu quando gestante.***

*Tem uns funcionários que ficam meia hora batendo papo, e aí quando acaba o tempo, Oh, volta no outro dia porque não deu tempo, mas só meia [hora] você ficou batendo papo. **Ester em referência ao atendimento na unidade de saúde.***

Contudo, amamentação é vista como uma prática no interior das famílias, daí a não cobrança de condições que favoreçam a sua prática, sendo, para as participantes, responsabilidade da mulher.

b) Grupo Focal 2: amamentar não é assim um mar de rosas

O GF2 foi realizado em uma unidade mista (CMS/ESF) no distrito de Engenheiro Pedreira, município de Japeri. O contato prévio com a coordenadora municipal da área técnica de aleitamento materno e psicóloga da unidade viabilizou a coleta de dados no município. Apesar da antecipação em agendar com as mulheres a participação no GF, as que de fato fizeram parte foram captadas na sala de espera do pré-natal e puericultura. Ao todo, participaram cinco mulheres mais a psicóloga (coordenadora municipal de aleitamento materno). Um quadro com a caracterização do GF2 encontra-se no Apêndice D.

O GF2 apresentou momentos de desconforto devido às experiências de vida contraditórias entre as participantes, situação que fez emergir valores morais e consequentemente julgamentos morais. Frases como:

Eu quis ser mãe, preferi ser esposa e mãe. **Simone em referência a ter parado de trabalhar para cuidar dos filhos.**

Para quem não precisa, poder ficar em casa é uma boa, mas para a gente que precisa trabalhar, necessita trabalhar... **Lourdes em resposta à fala de Simone, apesar de já ter se passado bastante tempo.**

Olha tem crianças que estudam com a minha filha de 12, 13 tudo grávida, isso pode! [Fala em tom de indignação e espanto] **Marcela.**

Assim, quando eu era criança ... se não trabalhasse (fora) eu não comia (...) já dormi com cachorro, já sofri muito, colega. Conheci o pai deles, engravidei logo (...)[fala direcionada à outra participante que teceu críticas à adolescente que engravida]. **Tamara.**

As experiências trazidas nos diálogos pareciam gerar nas participantes um refletir e um repensar acerca de seus próprios valores encastelados e aparentemente sólidos no modo de ver a vida. Os diálogos possibilitaram olhar numa perspectiva diferente da sua própria, a do outro e refazer a fala, não para agradar, como um discurso politicamente correto, mas porque o encontro produziu um discurso mais sensível, empático na compreensão de que o mundo biográfico é também um mundo histórico.

O fato de ter optado pelo GF como técnica de coleta de dados proporcionou o que Ayres (2009) chama de *fusão de horizontes*. A posição das participantes em círculos possibilitou o cruzamento de olhares, a observação do gestual e o incômodo produzido por falas não tão fáceis de ouvir. Possibilitou compreender que a miséria/pobreza, os desarranjos não são produzidos por escolhas pessoais, antes, são provocados por estruturas injustas que geram a desigualdade de oportunidades; que alimentam as ideologias que mascaram as relações de opressores/oprimidos construindo na subjetividade a noção de que “tudo é assim mesmo”. Nesta perspectiva chama a atenção para o que Pinheiro (2012, p.33) intitula de círculo vicioso da pobreza: “baixa capacidade de transformação renda-funcionamentos → baixos funcionamentos → baixa renda → baixa capacidade de transformação renda-funcionamentos”.

A função das políticas públicas é identificar esse ciclo, mapear quais são os elos dessa cadeia a fim de que as estratégias de ação possibilitem o rompimento, não apenas de fora para dentro, mas em todos os sentidos, ampliando as oportunidades para que os sujeitos afetados tenham liberdade para realizar todo o seu conjunto capacitário.

Esse grupo, diferentemente de todos os outros gerou comoção, sensibilidade por parte das próprias participantes que indistintamente proferiram palavras de incentivo para Tamara retornar aos estudos, de elogios pelo cuidado que tem com os filhos; o que antes eram narrativas de histórias de vida ao final tornou-se uma história, a de mulheres que se reconhecem possuidoras de direitos que precisam ser efetivados.

c) Grupo Focal 3: ou amamenta ou estuda

A coleta de dados no município de Belford Roxo foi autorizada pelo secretário municipal de Saúde por intermédio da subsecretária de atenção básica que indicou as unidades que tinham algum trabalho já iniciado de grupos quer seja de gestante ou de puericultura/pediatria. As unidades indicadas foram as de Itapuã e de Heliópolis, ambas de estratégia saúde da família (ESF). A aproximação às unidades se deu através do Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF) cujos profissionais acompanharam a ida às unidades.

Nenhuma das unidades visitadas realizava grupos de gestantes ou de puericultura como rotina, a unidade de ESF Heliópolis ficava muito próxima da Policlínica do município, o que deslocava todo o atendimento de puericultura e pediatria da ESF por ter o profissional pediatra, algo que na ESF não tem; o pré-natal por sua vez só tem a adesão nas duas primeiras consultas, o suficiente para que a gestante consiga vaga no pré-natal no Hospital Estadual da Mãe em Mesquita²³ e conseqüentemente receber o kit do bebê além da “garantia” do parto. O município não possui hospital próprio, apenas conveniado.

Propus à equipe a captação das gestantes e nutrizes para participação no grupo por meio de visita domiciliar o que não pareceu uma boa ideia por causa da violência e do desinteresse das próprias mulheres, segundo a equipe.

Na primeira tentativa de realização do GF, o grupo foi agendado em um dia de consulta de pré-natal, o que facilitaria sua realização. Dessa forma, no município de Belford Roxo foram realizados dois grupos. O primeiro contou com a participação de três pessoas, sendo uma jovem usuária de 21 anos em sua segunda gestação e duas profissionais de saúde, sendo uma enfermeira que retornou da licença-maternidade de quatro meses,²⁴ e uma fisioterapeuta do Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF), com vivência em amamentação. Uma quarta participante chegou já no final o que inviabilizou a participação no grupo, uma vez que não era possível retomar a discussão

²³ O hospital é referência para pré-natal e parto de risco habitual e atende a partir de encaminhamento dos municípios, como critério a gestante necessita realizar as duas primeiras consultas em unidades próprias para encaminhar. O hospital foi recém-construído e está estruturado para oferecer assistência humanizada segundo as boas práticas do nascimento.

²⁴ Embora o município tenha estendido a licença-maternidade para 180 dias (seis meses) as trabalhadoras contratadas são regidas pela CLT e têm apenas 120 dias apesar de trabalharem nos mesmos serviços e nas mesmas funções.

e a participante usuária já dava sinais de cansaço. Esse grupo não foi incorporado à pesquisa.

Diante da inviabilidade do GF nessa unidade, nos dirigimos à ESF Itapuã. Na unidade a equipe do NASF organizou o grupo de gestantes e nutrizes para a coleta de dados da pesquisa e também para orientação às mulheres sobre aleitamento materno.

Esse foi o segundo grupo realizado no município tendo sido realizado na ESF Itapuã. Contou com a participação de seis mulheres, usuárias do serviço, sendo uma mãe que autorizou a participação da filha, a mãe, que de início ficou do lado de fora da sala à janela, por estar participando ativamente, logo foi incorporada ao grupo contribuindo de forma valiosa. Ao todo, participaram quatro gestantes, uma nutriz e a mãe da adolescente grávida. Um quadro com a caracterização do GF3 encontra-se no Apêndice E.

O tema amamentação e direitos polarizou para a questão da estudante gestante, uma vez que entre as seis participantes, quatro estavam vivenciando o conflito relacionado ao sistema de ensino e a maternidade, o que envolveria futuramente a amamentação. A questão da licença enquanto um direito previsto em lei era um fato completamente desconhecido pelas participantes que a partir do contexto de violação de direito de estudar iniciaram a discussão sobre várias outras formas de iniquidades. Assim sendo, foram discutidos temas como trabalho/maternidade/amamentação; dificuldades com a amamentação; a organização do sistema de saúde frente às demandas da população materno-infantil.

(...) aí a professora engravidou, ficou um bom tempo sem dar aula para a gente, quando chegou no final do ano, ela não lançou a nota, também não abonou as faltas dela. Aí eu falei, “engraçado, a professora pode? Eu, os alunos, ninguém pode? É só professor? A gente vai ficar prejudicada por causa da professora?” **Joice**

O grupo também tem um olhar crítico sobre as instituições, reconhecendo que os direitos são constantemente violados, porém, não vislumbram mecanismos para exercer esses direitos. Sabem que há sempre dois pesos e duas medidas na relação entre os que oferecem o serviço e os que dele necessitam. Igualdade e equidade são termos muito distantes da realidade.

Eles vão simplesmente falar que não tem vaga e que não vão aceitar e eu que me vire com ela. Ganhe no carro da polícia, ganhe no carro, no meio da rua, que faça qualquer negócio. **Joana**

Se você tem uma condição financeira melhor, aí é melhor ainda eles vão até a sua casa se você quiser. Você liga, eles falam: “você quer parto na água, quer cesárea, você quer natural?” Você escolhe o que você quer. Já no nosso caso, Entendeu? **Joana**

O discurso produzido de que o direito está relacionado com o quanto se tem para pagar é interrompido pela fala de Joice que não se conforma ao modo como as coisas se apresentam.

Eu acho particularmente, que isso aqui é um direito nosso, a gente tem que exercer nosso direito até jogar na justiça, mas eu acho que nada vai suprir a perda do filho, entendeu? **Joice**

Em relação à amamentação, o GF3 também foi coeso em considerar importante para a criança, todas as participantes amamentaram seus filhos e recomendam a amamentação, mas reproduzem o discurso do leite fraco, bebê guloso justificando a introdução de fórmula láctea.

Minha amamentação é boa, gosto mesmo de amamentar. Do mesmo jeito que amamentei minha filha até os 2 anos eu pretendo amamentar esse até os 2 anos ou mais se ele quiser. É muito bom. **Marina**

Não dá nem para ir ao banheiro tomar um banho, gente! Tirou a roupa já tem que correr para dar mamar. Tem que dar alguma coisinha aí eu botei a mamadeira, botei com quatro meses, aí tá com a mamadeira, aí sim, ele dorme, ele tá mais calminho, senão ele berra. **Marina**

Eu acho que não, porque às vezes precisa trabalhar, precisa estudar... acho que não é toda mulher que consegue, não. Aquelas que podem ficar em casa, que têm o privilégio de ficar em casa, muitas das vezes muitas podem e nem querem amamentar. Então tem aquelas que querem amamentar. Então tem aquelas que não podem. **Joana**

No plano do desejo, da vontade, a amamentação se dará até dois anos ou mais conforme a recomendação da OMS; contudo, as dificuldades externas, o desconhecimento e a falta de apoio profissional para esclarecimento sobre o manejo, bem como o fortalecimento da segurança materna tão necessária a quem está

vivenciando a amamentação são situações que levam a introdução inoportuna de outros alimentos e até mesmo sua interrupção.

d) Grupo Focal 4: ou amamenta ou trabalha

O grupo focal 4 foi realizado em um bairro de Duque de Caxias, cuja área é atendida pela Pastoral da Criança e se constitui em território da ESF, contudo, há um distanciamento da equipe e os moradores do território. Na prática, essas famílias contam com o apoio e acompanhamento das líderes da Pastoral e com a unidade Pré-hospitalar, não tão próxima, mas que pelo menos tem médico, vacinas e, às vezes, remédios.

As mulheres atendidas pela Pastoral da Criança e participantes dessas atividades de grupo são, em sua maioria, mulheres que não trabalham; possuem baixa escolaridade; dependem financeiramente de programas sociais (públicos ou filantrópicos) e desconhecem direitos relacionados à proteção da amamentação; são usuárias do Sistema Único de Saúde, porém, de forma passiva, embora residam em áreas cobertas pela estratégia saúde da família.

Quanto à prática da amamentação, desconhecem os riscos da mamadeira, acreditam na existência de leite fraco e pouco leite (hipogalactia); tendem a amamentar de forma prolongada, contudo, não o fazem exclusivamente até o sexto mês; praticam a amamentação cruzada e raramente são orientadas por profissionais de saúde quanto aos riscos que ela representa. Um quadro com a caracterização do GF4 encontra-se no Apêndice F.

Tais mulheres estão em condição de grande vulnerabilidade, algumas nem casa têm para morar, outras sequer têm os filhos consigo. Olhando para as histórias de vida percebe-se como o Estado tem falhado em prover condições dignas para a sobrevivência humana, contudo, estar privadas de políticas públicas de proteção não tira delas a consciência do contexto em que estão inseridas e de racionalmente reconhecerem que faltam estruturas sociais.

A modalidade de vínculo empregatício dominante é o informal, predominando o trabalho doméstico. Entre as que não trabalham estão as que tiveram que parar por não ter creche ou outra forma de cuidado de crianças e as que, por problemas de saúde, sofrem discriminação e não conseguem vaga de trabalho.

Os diálogos em sua riqueza nos permitem enxergar a partir de outra racionalidade, de outro olhar, o das mulheres que vivenciam a amamentação em condições de privação. Rita, em sua fala em defesa de creches para o bairro apresenta ao mesmo tempo uma indignação em relação ao descaso dos governantes com a população e uma constatação de como uma atitude diferente poderia trazer desenvolvimento para as pessoas e para a localidade:

Porque ninguém se interessa, eu acho, me desculpa, mas os governantes não se interessam que esses bairros da Baixada Fluminense vão para frente, porque no momento em que você trabalha, no caso, você trabalha e ajuda teu marido, a tendência é só vocês irem pra frente, né?! **Rita**

A amamentação exclusiva é um desafio particular no GF4 considerando a condição de privação a que as mulheres estão submetidas dentro de um município com o IDH classificado como alto, porém, que apresenta deficiência em seus equipamentos sociais que não atuam com vistas a promover as liberdades substantivas.

e) Grupo Focal 5: cada uma consegue do seu jeito... ou não consegue

O GF5 foi composto por seis integrantes, mulheres que residem na localidade, diferentemente dos outros GF realizados neste estudo, as participantes se conhecem e mantêm vínculo por pertencerem a uma mesma instituição religiosa, local onde foi realizada a reunião. Para a estimulação inicial (quebra-gelo) foram utilizadas figuras, charges que representavam movimentos sociais, luta por direitos como educação, saúde, trabalho, proteção à criança, idoso e gestante. Em uma das figuras (charge) havia o seguinte diálogo:

“- Por que eles estão rindo?”

– Disseram que os direitos são iguais para todos”.

Essa charge chamou bastante a atenção e foi um dos elementos contributivos para que a discussão se focasse mais na questão dos direitos, e como estes se dão em relação à mulher que amamenta, diferentemente dos outros grupos que focalizaram mais a experiência com a amamentação. Na ocasião em que o grupo foi realizado, apenas

uma das participantes estava trabalhando fora (atividade remunerada), embora todas as demais tenham tido experiência com trabalho e amamentação e/ou gestação.

Para o desenvolvimento do GF foram preparadas fichas contendo frases elaboradas a partir do roteiro, porém, o grupo imprimiu uma condução própria e um encadeamento da discussão dispensando o uso das fichas; apenas no momento de introduzir a discussão acerca do profissional de saúde foi necessário o direcionamento para esse tema. Três posturas foram bem marcantes, a primeira que estava bem alinhada com as informações dos meios de comunicação (jornais, revistas e internet) que de alguma forma aproxima-se ou, ainda, é influenciada pelo saber científico; a segunda, que demonstrava exercer o papel de agente em relação aos direitos; e uma terceira, que em relação ao aleitamento materno representava bem o senso comum e que por ter uma prática diferente das demais, tentava justificar seu posicionamento. Todas as demais orbitavam entre essas três posturas centrais, ora se aproximando por empatia, ora se afastando por suas próprias experiências. Um quadro com a caracterização do GF5 encontra-se no Apêndice G e busca de forma sintética apresentar um perfil da amamentação.

O GF5 diferiu dos demais grupos por apresentar uma postura mais firme, maior grau de conhecimento e independência na busca por informações na internet, em revistas demonstrando o acesso a esses meios de forma a se beneficiar ampliando o conhecimento em prol da própria autonomia em relação às informações, muitas vezes impostas por profissionais de saúde e até mesmo por leigos.

Depois disso, eu mesma fui pesquisando as coisas na internet (...) Aí fui pesquisar e aí fui vendo que o corpo trabalha: quanto mais ele mama, mais produz leite. (...) A cada dia eu vou conhecendo mais, e se fiquei com uma dúvida, eu vou e pesquiso. **Bethania**

Aí eu fico falando e eles assim “Ah, você não precisa não?” “precisar, eu preciso. Mas trabalhar igual a uma escrava aqui dentro, eu não vou trabalhar não”. **Helena**

(...) nesse período que eu fiquei só trabalhando eu consegui amamentar o meu filho, mas foi só um mês... eu não fiquei dando só peito não, eu dava mamadeira também porque eu acho que só peito não sustenta não, eu achava que eu tinha muito pouco leite para ficar o bebê só mamando (fala com entonação de reprovação) e fica fraco, né?! Eu dava mamadeira também.

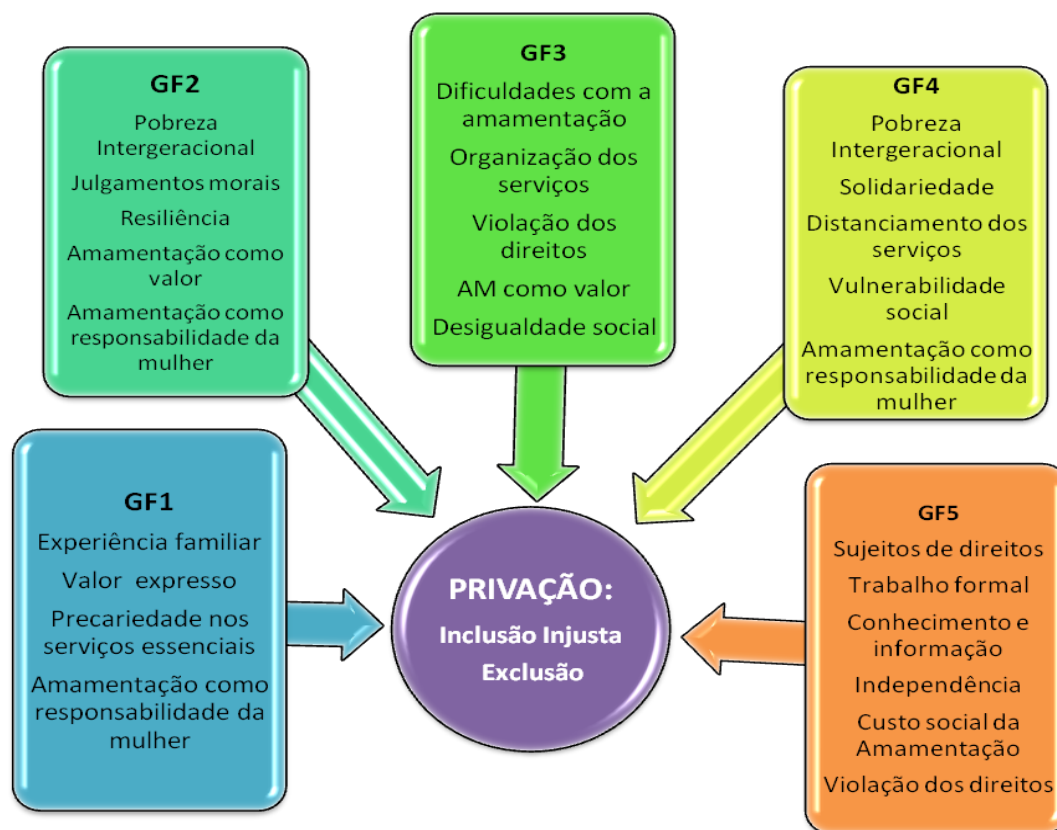
Érica

Em relação aos direitos, uma das participantes, Queila, citava constantemente leis sobre nutriz trabalhadora, informações que ela disse obter desses meios de

comunicação, trazendo muita contribuição à discussão. A modalidade de vínculo empregatício predominante foi o formal caracterizado pelo registro em carteira, a escolaridade variou de ensino fundamental completo ao ensino superior (em curso), apenas uma das participantes não era casada e morava com os pais.

Como nos demais grupos focais do estudo, a amamentação tem um custo social muito alto para as mulheres desse contexto. São estruturas sociais que não se ajustam às demandas das mulheres que amamentam, seja no trabalho, na escola, no transporte público, seja nos serviços de saúde. Amamentar representa um esforço pessoal hercúleo, quando, por se tratar de um direito, deveria ser protegido pela sociedade e pelo Estado.

Figura 1 – Caracterização gráfica das questões centrais dos grupos focais



Fonte: A autora, 2015.

A figura 1 visa caracterizar esquematicamente as questões centrais que se destacaram nos GF, tendo como núcleo central o conceito de privação de Amartya Sen. Todas as questões identificadas estão intrinsecamente relacionadas a esse conceito. O modo como as participantes vão construir formas de enfrentamento a essas questões, seu contexto, serão apresentadas e discutidas a partir das categorias construídas no estudo.

6 RESULTADOS E ANÁLISE

Oh, mundo tão desigual
 Tudo é tão desigual
 O, o, o, o...
 De um lado esse carnaval
 De outro a fome total
 O, o, o, o...
Gilberto Gil

6.1 O contexto socioeconômico, político e cultural permeando a prática de quem amamenta

Ao analisar o contexto socioeconômico, político e cultural optei por fazer um recorte do que é a região a partir de vários olhares incluindo, obviamente, e de forma privilegiada, o das mulheres do estudo. Não pretendi (ou não me obriguei) a descrever indicadores individuais ou dos grupos como características étnico-raciais, religião, descrição do domicílio, esgotamento sanitário, bens como eletrodomésticos e outros bens de consumo porque a análise foi desenvolvida sustentada em Sen.

Procurando ser coerente com o referencial teórico busquei características da região que permitissem visualizar o grau de desenvolvimento humano, em outros termos, o modo como as pessoas levam/vivem suas vidas (funcionamentos) e as estruturas para seu alcance (capacitações) que também podem ser traduzidos como oportunidades de se levar uma vida longa e saudável, de ter acesso ao conhecimento e de poder desfrutar de um padrão de vida digno.

Embora tais indicadores permitissem traçar o perfil das participantes em termos de poder aquisitivo, preoquei-me com a renda, a educação e saúde.

Tais informações encontram-se de formas sutis nos diálogos, nas entrelinhas, no modo de ver o mundo e de viver a vida. No momento do GF oferecer essas informações não foi a preocupação do grupo e por isso, também não foi a minha colhê-las, o que não significa que elas não vieram à tona.

Falar de cada uma delas se configuraria em uma experiência muito rica, contudo, busquei captar a partir dos diálogos, tal como eco, o grupo de mulheres que vivenciando uma prática comum entre elas estão inseridas em um contexto social que não se transforma para se adaptar à prática feminina da amamentação e maternagem. Num

esforço hercúleo, é quase sempre a mulher que necessita se adaptar, transformar-se e transformar sua prática.

Muitas das leituras que fiz sobre a Baixada e também a vivência como moradora (num passado recente) e como trabalhadora da saúde fizeram-me reviver a imagem dos grupos focais, pois as mulheres não falaram de um cotidiano pessoal deslocado do cenário em que se encontram, ao contrário, suas vivências e a região fazem parte de uma mesma trama em que os fios estão implicados para se ter e tecer a história. O que elas narram, dialogam, discutem, concordam ou não, são verdadeiros roteiros para ajudar a compreender a trajetória da desigualdade, da exclusão, da luta cotidiana, mas também da solidariedade, da organização, da reescrita e da releitura do mundo da vida de quem nesse contexto ou em contextos tão parecidos consegue amamentar.

A lente para se enxergar e melhor compreender o contexto socioeconômico, político e cultural é o da bioética a partir do referencial de Sen, por isso que os números não dão o tom da análise. Para Sen (2010) a renda e a riqueza são meios para se alcançar e realizar os funcionamentos valorados.

A Baixada Fluminense constitui-se em espaço de pressão social em virtude de um crescimento econômico nem sempre acompanhado pelo desenvolvimento humano. A distribuição desigual dos serviços e equipamentos urbanos, a crescente demanda dos habitantes, acompanhadas do aumento de submoradias, a intensa degradação ambiental e o esgotamento dos recursos naturais, a marginalidade, o desemprego e a exclusão social são características desse processo.

A própria ocupação da região no início do século passado, já foi uma representação desse descaso, pois não houve uma proposta de desenvolvimento de uma região, antes, seu surgimento deveu-se unicamente ao fato de que era preciso desenvolver e “limpar” o Distrito Federal, capital do país como aponta Monteiro (2005, p. 489):

Assim, nas décadas posteriores a 1930 as ações de cercamento dos morros cariocas, o incremento das migrações ligadas à fuga das condições adversas do campo brasileiro, o desenvolvimento da indústria da construção civil que criou uma espécie de Eldorado para trabalhadores pouco qualificados na cidade do Rio de Janeiro, ou seja, a passagem do Brasil agrário para o Brasil industrial promoveu a transferência do “lixo humano” tão necessário à construção da economia carioca também para a região da Baixada Fluminense.

Como resposta, desde os anos de 1930 quando ocorreram os primeiros loteamentos de terras, antes, grandes e malsucedidos laranjais, a população aprendeu que dependia muito mais de sua própria organização do que do poder público. Com isso, do saneamento básico à iluminação pública, da consulta médica à segurança, uma a uma, as coisas foram se estruturando por meio dos próprios moradores, caracterizando o enorme descaso de quem deveria garantir condições dignas de vida.

É ainda Monteiro (2005, p. 497) quem nos aponta que desde seu surgimento, houve também a formação da seguinte estrutura:

- a) Ausência do Estado na resolução dos problemas básicos; b) Entendimento de que as reivindicações populares não atingem objetivos; c) Autorresolução dos problemas a partir da criação de uma rede que realimenta a ausência do estado; d) Comprovação da capacidade das reivindicações de atingirem resultados; e) Fortalecimento e dinamização da rede que designamos de resolução de problemas práticos.

A gênese da configuração do que é hoje a Baixada Fluminense possibilita o entendimento dos inúmeros problemas vivenciados desde o passado pelos seus moradores que permanecem descrentes no poder público e distantes dos avanços nos direitos humanos, conquista da humanidade mais que na região ainda há muito o que progredir.

A Baixada Fluminense é tida atualmente como uma região de contrastes, com municípios que se diferenciam significativamente, tanto em termos de quantitativos populacionais, como em termos econômicos e financeiros, de infraestrutura urbana e de saúde. Em termos populacionais, a densidade demográfica dessa região varia consideravelmente, de 8.439,6 hab/km², referente ao município de Nilópolis, a 141,74 hab/km², referente ao município de Guapimirim. Duque de Caxias é o município mais populoso (855.048 hab) e Paracambi, o menos populoso (47.124 hab).

Pensando em termos econômicos, apesar de alguns municípios que compõem a Baixada Fluminense apresentarem, segundo o Sebrae/RJ, um Arranjo Produtivo Local (APL) Petroquímico, Químico e Plástico e concentrações de atividades industriais relativas a vestuários e papel/gráfica, estes ainda se caracterizam como cidades-dormitório devido à sua força de trabalho ser deslocada para os municípios vizinhos onde obtém melhores oportunidades de trabalho.

No que se referem ao Produto Interno Bruto (PIB), os contrastes ainda são evidentes, pois apesar do PIB *per capita* da Região Metropolitana I superar a média estadual, há uma concentração em alguns municípios, a exemplo de Duque de Caxias e Itaguaí, estando outros em condição crítica, como é o caso de Japeri, com o equivalente a cerca de 1/5 da média regional e 1/8 do PIB de Duque de Caxias.

Contudo, é por meio do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) que buscaremos desenhar o contexto social, político e econômico em que se encontram as mulheres, participantes do estudo e, a partir dessa análise e de outros olhares possíveis, compreender a amamentação como uma prática social, humana e feminina.

O IDH foi criado por Amartya Sen e pelo economista paquistanês Mahbub Ul Haq por entenderem que os parâmetros utilizados para avaliar o desenvolvimento de uma dada região estavam baseados apenas em desempenho econômico e financeiro como o produto interno bruto e a renda *per capita*. Para os formuladores do IDH tais parâmetros não eram suficientes para indicar o desenvolvimento, pois não mediam as condições humanas. Ora, a produção de recursos de uma dada região não indica necessariamente a distribuição dessa riqueza entre os seus moradores, logo produzir mais não significa auferir melhores condições de vida e, portanto, uma vida mais justa para todos.

De acordo com relatório do Banco Mundial o Brasil, em 2014, foi o 7^o país entre as 10 maiores economias do mundo, o critério utilizado para o cálculo foi a paridade de compra. Já em distribuição de renda o Brasil ficou em 80^o, sendo utilizado para essa medição o PIB *per capita*. Por fim, segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) a posição que ocupamos no IDH nesse mesmo ano foi a 79^a (IDH 0,744), o mesmo organismo considera que o Brasil, no período de 1980-2013 foi o que mais cresceu entre os países da América Latina, porém seu crescimento não foi acompanhado de equidade e redução de injustiças na mesma proporção. A métrica que avalia riqueza pela paridade de compras só demonstra o quanto somos um povo consumista, muitas das vezes de bens que não trarão crescimento humano.

Kappel (2007) ao discorrer sobre o IDH na perspectiva de Sen, considera que a educação, a expectativa de vida e a renda são três atributos que se relacionam; a educação como meio para o desenvolvimento *das* pessoas, uma educação para além da formação para o trabalho mas que também a contemple a fim de aumentar suas oportunidades, potencialidades e direitos de escolha e com isso melhorar a qualidade de vida, a longevidade e o bem-estar indistintamente; o desenvolvimento *para* as pessoas,

visando garantir a apropriação equitativa dos resultados pela população que só é possível quando a renda não está concentrada em alguns poucos, mas é um meio gerador de possibilidades; e o desenvolvimento *pelos* pessoas, para aumentar o seu poder e o das comunidades em que vivem de participarem ativamente do processo de desenvolvimento do qual são, ao mesmo tempo, sujeitos e beneficiários.²⁵

Observa-se, portanto, de acordo com a autora, que na perspectiva de Sen esses três atributos, se bem articulados e elevados em todo seu potencial e não apenas transformados em resultados numéricos, tendem a retratar um desenvolvimento local que se traduz pelo desenvolvimento das pessoas, para as pessoas e pelas pessoas.

Nesse sentido, ao observar/analisar o IDH dos municípios da Baixada Fluminense pode-se perceber que no período de 2000 a 2010 houve um avanço no índice da região; em 2000 o IDH foi classificado como baixo (0,500 – 0,599) elevando-se em 2010 para IDH alto (0,700 – 0,799). Do total, quatro foram os municípios que possuíam IDH médio, são eles: Belford Roxo, Guapimirim, Japeri e Queimados; os demais apresentam o IDH alto, conforme o relatório do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud) a partir dos censos (IBGE) de 1991, 2000 e 2010. Em alguns municípios a expectativa de vida ao nascer foi superior à média nacional para o mesmo período (2010) que é de 73 anos. A média para a região é de 74,1 anos, Belford Roxo e Japeri foram os municípios com a menor expectativa (73,5 anos), por outro lado, Duque de Caxias foi o município com a maior expectativa (75 anos).

A expectativa de vida ao nascer diz respeito aos anos vividos de uma população se os índices de mortalidade permanecerem os mesmos. Dessa forma, faz-se necessário o conhecimento da taxa de mortalidade infantil por mil nascidos vivos que nos municípios da região variam de 13,34% em Magé e em 16,72% em Guapimirim.

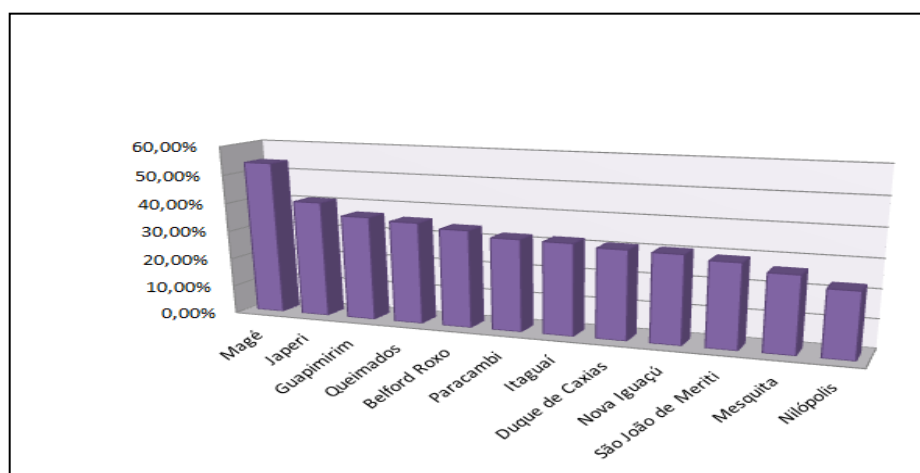
Entre as três principais causas desses óbitos, encontram-se as afecções do período perinatal (originadas de complicações da gestação e do parto) e as doenças do aparelho respiratório. As afecções neonatais ocorrem principalmente em consequência de deficiências no acompanhamento pré-natal, na assistência ao parto, e no atendimento deficitário das UTIs neonatais. Já a mortalidade por doenças respiratórias, com destaque para as pneumonias, tem suas raízes na falta de acompanhamento em puericultura, e na prática inadequada quanto ao aleitamento materno exclusivo e ao desmame.

²⁵ Grifo da autora.

Em se tratando da educação, nos anos iniciais, considerados fundamentais para a formação do indivíduo, o percentual de crianças menores de cinco anos fora da pré-escola variou de 51% no município de São João de Meriti a 66% para o município de Queimados, não obstante o município de Queimados é um dos quatro municípios com o IDH considerado baixo. O não acesso à escolarização nos anos iniciais traz implicações não apenas para o desenvolvimento da criança, para as oportunidades futuras, mas também para a família, incluindo o comprometimento com a geração de renda, uma vez que a ausência de creches é também um implicador para o trabalho materno.

O percentual de filhos de mães chefes de família sem o ensino fundamental e com filho menor em relação ao total de mães chefes de família é outro dado importante considerando as repercussões para a condição de agente da mulher. Queimados apresenta o percentual mais elevado (25%) e Nilópolis o mais baixo (9,63%), porém não menos preocupante. Um dado importante que se relaciona com o indicador educação é o percentual de ocupação informal de pessoas com 18 anos ou mais sem o ensino fundamental, sinalizando a existência de uma parcela da população geral em situação de vulnerabilidade, sem garantias trabalhistas e previdenciárias, estando assim distribuídos: Magé (53,86%), Japeri (40,82%), Guapimirim (36,59%), Queimados (35,68%), Belford Roxo (34,10%), Paracambi (32,14%), Itaguaí (31,95%), Duque de Caxias (30,95%), Nova Iguaçu (30,63%), São João de Meriti (29,17%), Mesquita (26,50%) e Nilópolis (22,68%). O quadro a seguir apresenta esses valores percentuais graficamente:

Gráfico 1 – Percentual de ocupação informal de pessoas com 18 anos ou mais sem o ensino fundamental em municípios da Baixada Fluminense, Rio de Janeiro, 2013.



Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados disponíveis no *Atlas do desenvolvimento humano no Brasil*, 2013.

Em relação à população materna e infantil desta região no ano em análise (2010), o número de mulheres em idade fértil era de 1.180.723 (59,82% do total), destas, 52.226 eram gestantes. Já na população infantil, registrou-se 95.645 crianças com idade inferior a dois anos. Logo, a proporção significativa de crianças na faixa etária própria para o AM, além da grande proporção de mulheres em idade fértil, destaca a importância da atenção materno-infantil nessa região (RIO DE JANEIRO, 2009; BRASIL, s/d).

Embora o SUS seja universal, muitos recorrem a planos de saúde, clínicas particulares que oferecem consultas a preços populares ou buscam atendimento em centros sociais mantidos por vereadores da região. Os serviços públicos são em sua maioria deficitários, representando meses de espera por consulta agendada, profissionais que faltam, especialidades que não têm. A deficiência de uma política de gestão de pessoas para os serviços de saúde com condições adequadas de trabalho, a baixa provisão de medicamentos, insumos e equipamentos; a ausência de fluxos, referenciamento nos diferentes níveis de complexidade, hospitais e unidades básicas de saúde loteadas por políticos locais tem seu reflexo na qualidade de vida de seus moradores que vivem essa realidade em seu cotidiano, afetando-os em todas as dimensões (capacidades).

Na atenção básica a lógica é do atendimento e não de uma atenção integral concentrando-se na consulta, nesse sentido, a demanda nos consultórios é sempre superior à capacidade, como resultado, ações de promoção à saúde e de educação são postergadas em função do resultado político esperado: diminuir a fila por meio do atendimento médico.

Recentemente o Ministério da Saúde criou a Rede Cegonha por Portaria Ministerial nº 1.459 (BRASIL, 2011). A rede faz parte da política de atenção à saúde da mulher e da criança no âmbito da assistência à gestação e nascimento estendendo-se até o segundo ano de vida da criança, o que inclui a promoção da amamentação.

São objetivos da Rede Cegonha fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à mulher e à criança; organizar a rede de atenção com garantia de acesso, acolhimento e resolutividade; implantar gestão participativa nas maternidades; implementar boas práticas de atenção ao parto e nascimento a partir das evidências científicas e reduzir a mortalidade materna e infantil.

As ações de implantação da Rede Cegonha são regionalizadas e acompanhadas por um Grupo Condutor Regional composto por representantes dos municípios que em

sua maioria são técnicos das áreas de atenção básica, saúde da mulher, da criança e da área de planejamento sendo a coordenação estadual. Assim o Grupo Condutor Regional atua como um indutor de boas práticas na assistência obstétrica e pediátrica, reorganização dos fluxos; reestruturação da capacidade instalada dos serviços; ampliação da oferta de atendimento, leitos, rede laboratorial; formulação e pactuação de redes de referência e contrarreferência por meio de sistema de regulação unificada dos serviços.

É nesse contexto que estão inseridas as participantes do estudo, suas falas contam muito sobre o lugar que embora em processo de desenvolvimento econômico e ampliação dos equipamentos sociais, suas instituições ainda não podem ser definidas como serviços sociais capacitantes.

Os diálogos são claros ao mostrar a precariedade no contexto em que vivem. No GF1 evidencia-se a dependência de equipamentos sociais coletivos, que são por sua vez, de pouca qualidade em suas estruturas e capacidade em ser resolutivos e impessoais em suas relações.

Na fala de Bruna (GF1), percebe-se a dificuldade enfrentada no que se refere ao transporte público, o que irá refletir no acesso aos serviços de saúde, como é o caso dela que, mesmo acordando muito cedo, ainda não pode contar com a regularidade do ônibus, ao ponto de ir à pé à unidade de saúde para não perder o agendamento.

(...) eu tenho 3 filhos pra poder cuidar, eu tenho que acordar, fazer mingau para a outra, levar lá na menina que olha, no dia eu esperei tanto o ônibus que eu não aguentei ficar no ponto esperando que eu vim a pé, andando. **Bruna, GF1**

A questão do transporte é um problema que atinge não apenas a vida cotidiana, mas também as situações emergenciais como o momento do parto. Muitas das complicações desse momento são decorrentes da demora na chegada à maternidade e podem levar até mesmo ao óbito materno e neonatal que acontece devido à *via crucis* a que centenas de gestantes têm que enfrentar para acessar uma maternidade, um problema que conjuga a falta de transporte público de qualidade com a falta de referenciamento para a assistência ao parto. Reverter essa situação é um desafio constante que requer mudanças na estrutura dos serviços de saúde e na efetivação de

políticas que privilegiem tais mudanças em suas bases como são o caso do Programa de Humanização do Parto e Nascimento e da Rede Cegonha (BRASIL, 2002; BRASIL, 2014).

(...) a mesma dor que eu estava sentindo no domingo que fui ao hospital, era a dor que eu estava sentindo, (...) aí começou a dor uma atrás da outra, não deu tempo de chamar nenhum vizinho e nem SAMU chegar porque se tivesse que esperar pelo SAMU estaria até hoje esperando por ele (BRUNA: quando for assim você chama a polícia). **Débora, GF1**

Até mesmo no trabalho formal, a mulher encontra-se em situação desfavorecida, numa relação de forças que impõe sofrimento e insegurança. Helena tem 22 anos, tem uma filha de cinco meses e mora com seus pais e irmãos, ao todo são oito que dependem da sua renda e de seus pais que são feirantes. Helena acabou de retornar ao trabalho após a licença-maternidade de 120 dias e pelo relato, percebe-se o assédio na relação trabalhista:

Falei assim “olha, vocês vão me mandar embora, problema é de vocês”. Aí eu fico falando e eles assim “Ah, você não precisa não?” “precisar, eu preciso. **Mas trabalhar igual a uma escrava aqui dentro, eu não vou trabalhar não**”. Aí me botaram na máquina, estou até hoje na máquina. Acabo meu serviço, faço meu serviço todinho, pego meus (inaudível) e vou embora. **E saio escondida, senão eles me seguram pra eu fazer 12h**. Ontem, o cara falou assim “a partir da semana que vem você vai ter que fazer as 12h”. **Helena, GF5**
Esse horário meu é de 6h às 14h20, então até o sábado eu trabalho (...) Ontem eu saí eram quase 16h, porque eu fiquei batendo de frente com ele. **Meu peito tava desse tamanho**, perante Deus! Tô botando absorvente. **Helena, GF5**

De acordo com a CLT a jornada de trabalho é de 8 horas diárias, a mesma legislação garante à trabalhadora nutriz uma redução de uma hora, que é referente às duas pausas de meia hora. O medo de perder o emprego coloca muitas mulheres em situação de não cobrar seus direitos; embora Helena tenha uma postura de enfrentamento, acaba trabalhando além da jornada contratada, situação que leva a outro problema, a tensão nas mamas (estase láctea) provocada pelo aumento na produção de leite e na impossibilidade da ordenha, tão necessária para evitar o ingurgitamento

mamário. Situações como essa exemplificam o conceito de inclusão injusta, tão comum em nossas sociedades e que Bobbio reforça a necessidade de efetivar os direitos já existentes.

A fala de Tamara, mostrada a seguir, aponta um histórico de desigualdade caracterizada pela pobreza intergeracional ao longo dos anos. A ausência de estruturas que possibilitem a permanência da criança na escola, e que, portanto, imputa à criança a necessidade de participar do sustento familiar representa um modelo perverso de sociedade que não protege seus meninos e meninas e, pior ainda, destrói seus sonhos, como vemos na fala a seguir:

*E o meu sonho era ser técnica de enfermagem e eu fico triste quando meus filhos chegam com a matéria em casa eu não posso ensinar eles, eu não sei. Eu tenho que ir para o vizinho, mando procurar os colegas deles, trabalhos de escola tem que pedir aos colegas deles, porque eu não tenho estudos...**nem eu nem meu esposo temos estudos**, então eles que ensinam a gente ainda.*

*Eu não tive a minha juventude, assim quando eu era criança tive que **trabalhar para poder comer**, se não trabalhasse eu não comia, eu ficava na casa dos outros, já dormi com cachorro. Já sofri muito, colega, entendeu; aí conheci o pai deles, engravidei cedo, para vocês verem, aos 16 anos eu estava na primeira série [2º ano fundamental], com 16 anos... Nem registro eu tinha, nem registro eu tinha! **Tamara (GF2)***

Embora romper esse ciclo pareça ser uma responsabilidade pessoal-familiar, não é, antes se constitui como uma função do Estado democrático universalista que é o caso do Brasil atuar na proteção dos sujeitos vulnerados, entendendo, conforme Schramm define, vulneráveis somos todos, mas há os vulnerados e estes necessitam de políticas sociais de proteção (SCHRAMM, 2008).

O aumento no número de vagas nas escolas, seguido da oferta da alimentação, material escolar e transporte tem sido um importante mecanismo de fixação de crianças e adolescentes nesse ambiente, possibilitando assim, uma quebra nesse ciclo de analfabetismo e pobreza intergeracional. Somado a isso, pode-se dizer que o Programa Bolsa Família, se bem administrado pelos órgãos públicos tem sido um instrumento importante para que a necessidade da família não faça das crianças e adolescentes mão de obra precoce, afastando-os da escola.

Para Sen a pobreza é uma situação de privação de capacidades básicas e não apenas de renda; havendo, a necessidade de que haja serviços sociais capacitantes

(como saúde e educação – importantes para a manutenção e o aumento das capacidades humanas) e não apenas políticas de transferência de renda. Pinheiro (2012, p.35) irá reforçar essa posição afirmando que “as políticas de crescimento e de ampliação das capacidades individuais devem se interconectar e se complementar mutuamente”.

Ao relacionar os temas pobreza e mulheres, Sen utiliza o conceito de “condição de agente” que é a capacidade de atuar com autonomia, liberdade e exercer os funcionamentos valorados, contudo, destaca algumas condições necessárias para a consecução da agência (*agency*) que são o potencial feminino em auferir renda independente, trabalhar fora de casa, receber instrução, adquirir bens. Para Sen, a condição de agente não é apenas algo que traga benefícios para o bem-estar feminino, mas algo que traz influências cruciais na redução da mortalidade infantil e na redução da taxa de natalidade.

Tal condição não é adquirida por esforço pessoal, exclusivamente, são necessárias políticas de proteção que busquem reduzir as enormes desigualdades a que milhares de famílias estão sujeitas. Está em questão a justiça no sentido que Sen apresenta que é ampliando as liberdades substantivas (a capacidade de evitar a fome, desnutrição, as doenças e a morte prematura, a possibilidade real de ser alfabetizado, de participar politicamente das decisões públicas, de dizer o que se pensa e não ser censurado). Nesse sentido, as liberdades instrumentais são as ferramentas necessárias para o alcance das liberdades substantivas (SEN, 2010).

Tamara (GF2) é um exemplo de esforço pessoal aliado à política de transferência de renda (PBF), condição que foi alcançada pela associação com serviços sociais capacitantes, no caso, vagas na escola pública para os filhos (uniforme, material escolar e transporte gratuito) e acesso ao serviço de saúde e a inscrição em programas de transferência de renda.

(...) Minha casa, consegui fazer a minha casa, sabe com o quê? Com meu Bolsa Família, tô pagando o cartão até hoje, da minha colega, ela tira o material para mim, de construção e eu pago todo mês. Tamara, GF2

A fala de Tamara (GF2) mostra que o investimento no bem-estar traz resultados positivos, entretanto, é na condição de agente que devem se concentrar as políticas públicas para que o bem-estar seja igualitário, duradouro e acompanhe as gerações.

6.2 Categoria 1 – Instituições e desigualdades: a experiência de quem amamenta

Na categoria 1 são apontadas o modo como a sociedade está estruturada se opondo ao exercício dos funcionamentos valorados pela mulher, o que inclui a amamentação; dessa forma, se verifica o desconhecimento das leis de proteção e de igual modo a observação de que muitas das leis não são cumpridas (o direito como se apresenta); ausência de estruturas sociais que possibilitem o exercício dos direitos; o conflito entre direito e ajuda e a pobreza intergeracional afetando a condição de agente da mulher-nutriz.

Contudo, nessa categoria foram mostradas também a resiliência e as estratégias de superação, que embora se apresentem mais acentuadas na dinâmica das experiências vividas pode ser considerada um ponto forte na qual seja possível explorar sua amplificação.

O tema sociedade de direito se apresenta nos diálogos dos GF permeando todas as discussões de forma explícita ou não a partir dos relatos de situações vivenciadas por elas. Destacou-se a precariedade das condições sociais; o direito como se apresenta no cotidiano do trabalho, da escola, da relação com o profissional de saúde e com o próprio serviço.

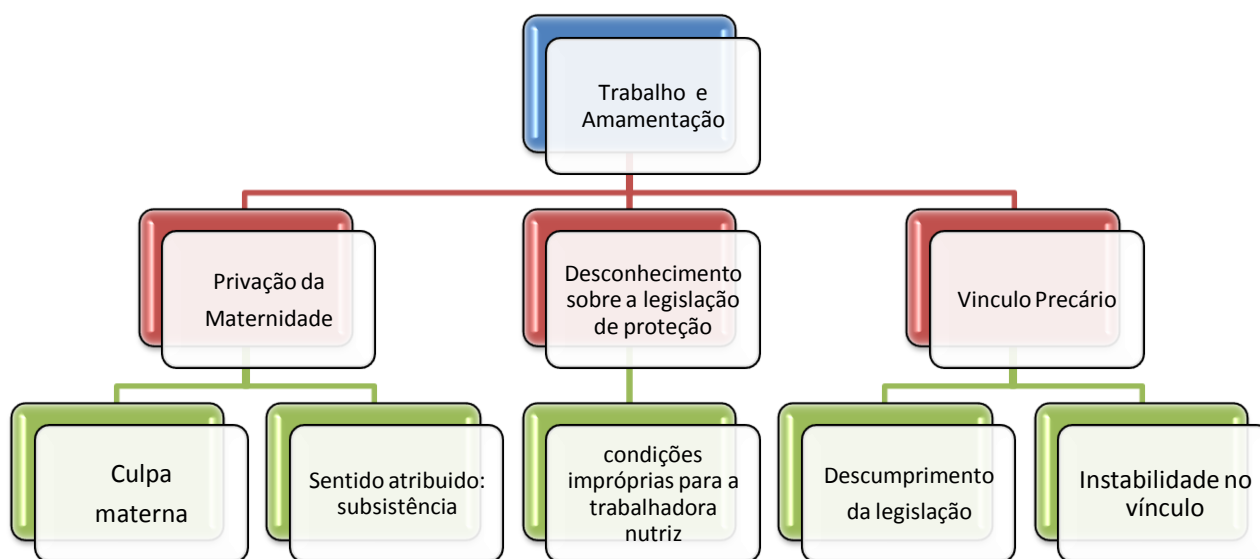
6.2.1 Trabalho formal ou informal: a inclusão injusta da mulher que amamenta

O trabalho é uma questão importante ao se analisar sua correlação com a amamentação. Sua influência pode ser tanto positiva, quanto negativa, sobretudo em relação à amamentação exclusiva. Os GF que mais apontaram o trabalho como fator da amamentação foram os GF4 e GF5, embora em todos eles o trabalho tenha sido citado.

Em uma revisão sistemática realizada por Peres e Pegoraro (2014) em que se analisaram as condições desiguais como causa do desmame, evidenciou-se que de 37 artigos que compuseram o *corpus* da análise, 30 relacionavam-se às condições desiguais, destas, 14 referiam-se ao trabalho como causa para a não amamentação.

Pode-se apontar pela análise as seguintes correlações com o trabalho:

Figura 2 – Diagrama apresentando a relação entre trabalho e amamentação



Fonte: A autora, 2015.

Ao analisarmos a correlação existente entre trabalho e amamentação encontramos posições divergentes **entre as participantes dos grupos**, mas, que se vista por outro prisma, o da maternidade apresenta convergência, pois ambas têm como motivação o bem-estar da criança. Enquanto Débora (GF2) aponta o trabalho como **privação materna**, Bruna (GF1) diverge desse ponto de vista. Nos diálogos abaixo é possível perceber essa dicotomia:

*(...) depois que eu tive ele eu fiquei mais 3 meses de resguardo e depois eu saí do trabalho, eu quis ser mãe eu queria me dedicar a ele então eu pedi minhas contas, pedi para dar baixa na minha carteira e fui ser mãe, preferi ser mãe e esposa entendeu. **Débora, GF2***

*Eu faço, mas eu nunca, filho meu nunca... atrapalhou em nada, porque fazia faxina em Copacabana, Ipanema, no Leblon, tirava o peito dentro do trem (...) Dentro do trem, minha filha! Não tinha lugar para me sentar, com fome ele não ficava, pendurado e às vezes, mamava. E eu trabalhava, esse daqui (refere-se ao filho que está com ela) quando eu parei de trabalhar lá em baixo ele estava com quatro anos, aliás, ia fazer 4 anos, foi ano passado. (...) Pra mim isso nunca foi problema, pois aonde vai a corda, vai a caçamba, eu levo. **Bruna, GF1***

*No meu caso, aconteceu o inverso (...) tive minha licença-maternidade, só que depois dos quatro meses [120 dias] por opção minha, eu não tive coragem de deixar ela com outra pessoa. E eu tava amamentando, ia ter que tirar o seio dela, ia ter que cortar o vínculo. **Queila, GF5***

Atitudes como a de Bruna representam o esforço pessoal para a garantia da amamentação. Algumas mulheres conseguem sozinhas ou com apoio da família, contudo há aquelas que não encontram oportunidades como uma patroa que permita levar o filho para o trabalho ou uma criança que fique quieta em um trem lotado, as experiências diferem de pessoa a pessoa. Sobre isso, Sen considera que as características individuais não podem ser postas de lado quando se analisa as oportunidades e o modo como estas irão repercutir na vida das pessoas.

A **culpa materna** também é apresentada nos diálogos dos GF demonstrando o pesar da mulher que necessita afastar-se do filho para trabalhar.

***Ruth:** É muito difícil, sim... é tanto para a mãe quanto para a criança por que a gente acaba sentindo que aquela criança quer mamar, você não pode estar do lado dela para dar, entendeu, então sendo difícil tanto para mãe quanto para o filho, então por isso que eu optei em ficar em casa.*

MOD.: Tem um pouco de culpa aí, nessa fala...

***Lourdes:** Ah, eu tenho, como mãe eu tenho... Porque pra gente assim, optasse, optasse, eu não queria (fala em relação a ter que trabalhar e deixar o filho). Eu se pudesse deixava de trabalhar, mas eu não podia deixar de trabalhar.*

*MOD.: **Mariana,** o que você acha disso?*

***Mariana:** (...) pra nós que temos que deixar longe e só ver quando chega à noite para ter contato com o filho, às vezes tem mãe que chega o filho já está até dormindo, não pode nem ver mais, pra descer no outro dia de madrugada que o filho nem viu [não teve contato nem com a mãe nem com o pai].*

GF2

Silva (2005) ao abordar a separação entre mãe e filho pelo retorno ao trabalho, refere como sendo uma situação angustiante e dolorosa, acrescenta ainda a culpa materna como mais um ingrediente desse conflito vivido pela mulher que amamenta.

O sentimento de culpa pela separação; por insegurança em relação a quem vai cuidar da criança pode estar presente desde a gestação até os meses que se seguem. A licença-maternidade tende a reduzir esse desconforto, contudo, quando ocorre o retorno muitas mulheres vivenciam o que Queila (GF5) menciona em termos de sentimentos e manter-se ou não no trabalho pode não ser uma decisão tão fácil. A licença-maternidade associada à creche, às duas pausas para amamentar ou ainda a extensão de dois meses (180 dias) e a instalação na empresa da sala de apoio à amamentação da mulher trabalhadora são instrumentos capacitantes e que têm impacto positivo no aumento de confiança e redução da culpa materna.

No GF4 há o consenso de que embora a amamentação seja um benefício extraordinário para a criança, quando colocado em relação ao trabalho a decisão irá pesar ao seu favor por se constituir a própria possibilidade de **subsistência**. Nota-se que o trabalho não é mais importante que a amamentação, mas é o que, em curto prazo, garante a própria vida.

Muitas mulheres que trabalham fora, em casas de famílias, não dispõem de nenhum sistema de proteção, muitas vezes não há o registro em carteira²⁶ e o período de afastamento se limita ao primeiro mês. Embora em alguns casos, haja um familiar que se disponha a cuidar da criança muitas não têm esse suporte; além disso, a ausência da licença gerando o retorno precoce ao trabalho leva a mãe a introduzir outro alimento ou mesmo interromper a amamentação.

Mod– [Pergunta sobre trabalho] Nenhuma de vocês estava trabalhando?

Ana: Não.

Sônia: Não.

Vilma: Eu trabalho fora, comecei... Ela ficou pequenininha com a minha irmã, até hoje ela fica com a minha irmã, eu só dou peito a ela quando eu chego do serviço; eu dou um pulo em casa para poder dar peito a ela porque ela sente falta do peito (...). Às vezes não quer comer nada, mas ela come comida de panela.

Mod: Ela está com que idade?

Vilma: 10 meses.

Mod: Mas no início como foi?

Vilma: Ah, eu comecei a trabalhar porque eu tinha que trabalhar para dar as coisas aos meus filhos, (...) Aí eu tinha que trabalhar pra dar as coisas a ela, entendeu? Aí esse aqui (...) eu pago a minha irmã para poder ficar com ele, é o jeito, para eu poder ir trabalhar. Se não for assim(...)

Mod: Quando ele era pequeno (primeiros seis meses), como você fazia para amamentar?

²⁶A Lei nº 12.964, de 9 abril de 2014, prevê multa aos patrões que não registrarem seus empregados domésticos.

Vilma: *Eu vinha em casa, eu largava lá um minutinho para dar de mamar e ver como é que tá, se tá tudo bem com ele; é assim que eu fazia, e até hoje eu faço isso.*

Mod: *Você trabalhava com o quê?*

Vilma: *Casa de família. Dois dias porque todo dia eu não posso por causa dele, e tenho meus outros filhos também.*

Mod: *Mais alguém passou por isso?*

Carla: *Eu também, eu também já trabalhei em casa de família assim(...) e babá [trabalhou durante a gestação, a filha nasceu prematura] (...), aí foi ganhando um mês... minha mãe falou assim “Carla, tem que trabalhar”, porque só tinha eu e a minha mãe, né.*

(...)

Carla: *Se não trabalha a gente passa fome. Tem que trabalhar.*

Mod: *E carteira assinada?*

Vilma: *Não.*

Carla: *Não.*

Marta: *Não.*

GF4

A amamentação surge como um funcionamento valorado, entretanto, é um limitador ao trabalho que por sua vez, é o que garante a subsistência; novamente nos deparamos com a incomensurabilidade. Do ponto de vista legal (jurídico) a amamentação é uma prática protegida, já do ponto de vista social ela ainda é vista como algo circunscrito à esfera privada, e, portanto, de responsabilidade exclusiva à mulher e família.

As participantes do GF4 são mulheres de baixa renda, dependem de ajuda de instituições sociais, embora não sejam todas beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF), são atendidas pela Pastoral da Criança que, além de acompanhar o crescimento e o desenvolvimento de seus filhos, ainda procura incentivar a autoestima e faz a ligação entre elas e as instituições de serviços sociais e de saúde. São mulheres que estão na luta, tentando sobreviver, umas sustentam a casa, outras cuidam de familiares doentes, não sobra tempo para elas mesmas.

Novamente o trabalho é apontado unicamente como meio de renda, não há satisfação, por isso, quando é possível não trabalhar, é o que elas fazem, até porque não há muitas ofertas de vagas e o estar trabalhando representa também não ter com quem deixar os filhos.

Mod: *Por exemplo, quando vocês trabalham sem carteira assinada, será que têm o direito da licença maternidade? Dos quatro meses?*

Rita: *Não.*

Ana: *Eu acho que não, só com carteira assinada.*

Vilma: *Eu quando fiquei em casa, minha patroa já ficava em cima “Cê vai voltar, Vilma?” “Vou voltar, mas não posso voltar agora, pelo amor de*

Deus.” Bebezinho ficar em casa, vai deixar com quem? Novinha ainda... tinha como não. Ela (patroa) ficava em cima de mim.

Vilma: (...) Minha vida é assim, eu tenho que trabalhar mesmo, se eu não dependesse desse serviço, né? Mas eu dependo dele para dar as coisas para os meus filhos.

GF4

Desde o ano de 2013 o Legislativo brasileiro discute a proposta de emenda constitucional²⁷ que torna obrigatório a formalização do trabalhador (a) doméstico (a) por meio de carteira assinada e todos os direitos trabalhistas advindos da formalidade. Ainda se discute o FGTS, a forma de tributação para o empregador, porém, a obrigatoriedade do registro em carteira já é lei e, portanto, benefícios como a licença-maternidade de 120 dias, férias, décimo terceiro já devem ser cumpridos. Apesar da lei, muitas pessoas deixam de contratar substituindo por faxinas esporádicas, fugindo assim da caracterização do vínculo empregatício. A informalidade ainda é a maior prática, embora haja um piso salarial, muitas vezes se negocia o registro em carteira por alguns reais a mais no salário.

Para muitas trabalhadoras os descontos previstos por lei não são associados aos benefícios trabalhistas, como por exemplo, a licença médica, licença-maternidade e auxílio desemprego. Situações como a de Vilma (GF4) são muito comuns e na ausência da formalidade há o constrangimento como se os 120 dias fosse uma concessão e não um direito.

Mod: Aí você entrou com mamadeira desde cedo porque você voltou a trabalhar?!

Carla: É, trabalhar fora, sozinha.

Mod: E era como babá?

Carla: Não, eu trabalhei de babá e casa de família... e deixava com a minha mãe, minha irmã ficava com ela. Se eu não trabalhasse, ia morrer de fome.

Mod: Vocês acham que ela agiu certo, parar de amamentar para trabalhar?

Sônia: Ué, se ela tinha que trabalhar, acho que foi certo.

Mod: Foi certo? Mas isso não prejudica a criança?

Sônia: Prejudica.

Mod: Mas e aí?

Ana: Mas é melhor trabalhar e não faltar nada para elas duas do que mamar só o peito e ficar faltando as coisas dentro de casa.

Carla: Ao menos assim eu chegava em casa e dava o peito também.

Mod: Mas foi trabalhar?

Carla: Para ajudar dentro de casa. Vai comer o quê?

Mod: Fiz essas perguntas só para ver se elas falam.

²⁷ Proposta de Emenda à Constituição (PEC) nº 66/2012 que ficou conhecida como a PEC das domésticas.

[Todas sorriem]

Mod: Essa foi a escolha que você achou melhor. Você procurou o melhor, mas alguém está errando porque trabalhar não pode impedir a gente de tomar conta do nosso filho...

Carla: Agora que eu conheci o pai dessa estamos juntos agora, ele falou: “Carla, trabalha agora”. Então eu vou trabalhar, vou deixar na casa da minha mãe e vou trabalhar de babá ou de faxineira, sei lá. Ele quer que eu trabalhe, vou trabalhar. Porque sozinho não dá, não.

GF4

Na fala de Carla (GF4) a amamentação tem um valor reconhecido, porém, sua prática é uma questão de escolha, em que de um lado está a amamentação exclusiva reconhecida como o melhor alimento e, de outro, a sobrevivência resguardada pelo trabalho que gera a renda mantendo assim, a alimentação da família, o aluguel, enfim, a própria subsistência.

Nota-se pelas falas que o trabalho informal é fonte de renda, ainda que pouca e incerta, mas também é o impedimento para o desenvolvimento adequado e pautado no recebimento do alimento mais seguro para a criança. Na sequência a seguir ao diálogo do GF4, após uma provocação, elas defenderam com veemência que embora a escolha seja difícil, o que a caracteriza como um conflito ético, não vislumbra outra escolha a fazer. É o trabalho que precisa ser garantido e não a amamentação, reforçando a opção pela subsistência (sobrevivência).

Sen afirma que pessoas que vivem privadas de direitos elementares tendem a não perceber a violação. O GF4 demonstra esse efeito, na medida em que seus membros se veem como únicos responsáveis para superar as dificuldades; não se dão conta de que é dever do Estado garantir as condições necessárias para uma vida digna. Desconhecem a legislação, faltando, com isso a base informacional para até mesmo reconhecer sua violação.

Contraditoriamente, o conflito não está presente apenas entre trabalhadoras informais; entre as que possuem vínculo celetista muitas também se veem fragilizadas. O medo de perder o emprego é o instrumento do empregador para exigir o cumprimento de tarefas que não estão previstas no contrato, seu interesse se restringe à eficiência e resultado desconsiderando as particularidades femininas. Entretanto a gestação não é um limitador da eficiência no trabalho, 85% a 90% das mulheres têm gravidezes de risco habitual (baixo risco). As condições de trabalho a que homens e mulheres são submetidos, tais como ambientes insalubres, exposição a riscos físicos, biológicos e

químicos, muitas das vezes sem o uso de equipamentos de proteção individual (EPI), além de extensas jornadas de trabalho devem ser o ponto de questão.

Nessas condições apresentar algum mal-estar ou se estressar ou ainda, exibir perda do rendimento em algum momento da atividade laboral é possível a qualquer trabalhador não sendo necessário estar com uma gestação em curso. No caso da gestante, cujo corpo está em franco processo de transformação e adaptação para o desenvolvimento de outro ser, tais condições são mais claramente percebidas. Porém, essa maior fragilidade é transitória e em se tratando da nossa constituição o período gravídico (maternidade) deve ser protegido. Tanto a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) quanto o regime estatutário proíbem a demissão sem justa causa da mulher desde a concepção até o 5º mês pós-parto. Garantem ainda, que em face à atividade que resulte em risco à mulher e/ou ao conceito, a mudança de função ou de setor é um direito da mulher sem prejuízo de salários, resguardado o direito de retornar à função posteriormente.

Noeli: Eu tenho minha segunda filha, e ela tem 6 anos, quando eu descobri a gravidez dela eu comecei a trabalhar tinha 20 dias, aí eu fui comecei a passar mal, comecei a falar com o encarregado, achava que era por causa do cheiro, porque mexe com o redutor, muita química no ambiente (muita química para o bebê, não faz bem ao corpo) aí eu tinha feito o exame para entrar, não deu nada, com 20 dias lá dentro, aí comecei a passar mal, já [o encarregado] começou a achar estranho... pedir para ir embora, aí quando eu descobri a gravidez, uns três, quatro dias lá no máximo, eles mesmo verificaram. “Oh, está grávida, vai ficar faltando, não, porque tem muitos que engravidam aqui e ficam enrolando.” Até conversando com meu médico [ele] falou assim: “Olha, quando tá no começo, é melhor até que você saia da firma até mesmo para não prejudicar a gravidez, pois está no início, formação” [e eu mexia com redutor]

Mod: Mas assim, a firma só tinha essa função pra...

Noeli: Não, tinha outras...

Mod: A lei diz o seguinte: que você tem estabilidade no emprego, não pode ser mandada embora e, se a função implica em correr algum risco à saúde da mulher ou do bebê [a funcionária] deve ser desviada da função.

Noeli: Mas aí assim, como meu médico tinha passado isso, aí eles não quiseram mesmo me mandar embora por causa disso aí mesmo. Seria um risco se eles me mandassem embora, porque isso podia... (re)voltar contra eles. Aí eu fui e assinei um acordo, eu mesma saindo, até pelo fato da formação do bebê. E acabei saindo.

Mod: Mas aí ficou sem o emprego?

Noeli: Fiquei sem o emprego.

Mod.: E conseguiu outro emprego...?

Noeli: Fica mais difícil ainda, aí eu fiquei em casa e assim eu estou, até hoje.

Várias irregularidades podem ser identificadas nesse diálogo, a existência de teste de gravidez como exame pré-admissional; o assédio do “encarregado” que atua como um *capataz de escravos* ao perceber o mal-estar da trabalhadora, sugerindo que se demita; a conduta do médico que não orienta conforme o preconizado na lei.

Pode-se ver no profissional de saúde uma perspectiva e uma conduta estritamente biologicista, centrada no útero e no conceito e deixando de lado a dimensão social dessa mulher que necessita do trabalho para o seu bem-estar e da própria família. Uma vez empregada e gestante, o legislador já previu a estabilidade como mecanismo de proteção da maternidade. Ao recomendar a demissão o profissional deixa de olhar para a mulher holisticamente e demonstra um atraso de mais de 50 anos de proteção.

Um problema comum às grandes metrópoles é que seu crescimento não foi acompanhado de infraestrutura suficiente tornando o trabalho e a maternidade incompatíveis. À exceção das grandes empresas (em geral estatais), a maioria não dispõe de creches em seu ambiente e se concentram em áreas comerciais e/ou industriais, não havendo creches de qualquer natureza. As duas pausas de meia hora (para amamentar) perdem o sentido para o qual a lei se propôs, entretanto, se fossem cumpridas representariam uma hora a mais com a criança.

O diálogo a seguir aponta para essa questão:

Laura: (...) você quer amamentar só que trabalha então não tem aquele tempo para dar de mamar ao bebê (...) tem mulher que não consegue, estar no trabalho e não tem como sair do trabalho para ir lá para casa correndo para dar de mamar ao bebê.

Queila: Muitas empresas não permitem.

(...)

Helena: (...) Eu saio de casa com [para o trabalho] meu filho já chorando, já. Vou pro trabalho 5 horas da manhã, eu pego às 6 horas e largo 14h20, já desço lá em cima já entregando pra minha mãe e chorando. Aí quando chego do serviço (...) meu peito já inchadão vazando assim, com o absorvente já. Eu não sei o que acontece!

Queila: É um direito seu, então de justiça! Eu não sei exatamente quanto tempo, não sei se é uma hora, mas é um direito de justiça você sair do seu trabalho e ir até o seu filho para amamentar é um direito! Eu não sei exatamente como funciona.

Mod: Meia hora, duas pausas de meia hora.

Queila: Então... meia hora, né... são duas pausas de meia hora garantido por justiça que você tem, de parar para amamentar seu filho, é um direito.

As duas pausas para amamentar ainda são bastante desconhecidas da maioria da população. Entre os que conhecem, há os que questionam sua validade, de fato, nas grandes metrópoles, predominam situações em que a creche ou o cuidador da criança está a uma distância maior do local do trabalho, duas pausas podem não fazer uma diferença substancial no processo de amamentar, contudo, esse dado é um motivo para se avançar no direito e não abandoná-lo. A própria legislação prevê arranjos (dissídio coletivo) como agregar as duas pausas, podendo a nutriz chegar uma hora mais tarde ou saindo uma hora mais cedo.

A fala de Helena (GF5) sinaliza para a necessidade de além das duas pausas, o local de trabalho dispor também de um local para que a mulher possa realizar a ordenha (esvaziamento) da mama, não é concebível que trabalhadoras tenham que recorrer abanheiros para promover o esvaziamento ou ainda, ao uso de absorventes higiênicos pela inexistência do local; sem contar o desconforto e dor que uma mama cheia promove. Não há como tomar conhecimento dessa situação e não associá-lo a uma condição injusta.

Percebe-se pela fala de Queila (GF5) que há conhecimento da lei, necessitando, entretanto, que alguém lhe explique como operacionalizar. A realização de grupos educativos em unidades de saúde ou em espaços públicos tem um enorme potencial para discutir questões como essas e oferecer esclarecimentos acerca da legislação trabalhista e outros direitos relacionados que raramente são lembrados durante uma consulta. No diálogo supramencionado Érica e Helena vivenciam a situação, mas é Queila quem aponta o mecanismo de proteção legal e embora não tenha o conhecimento aprofundado sobre o direito, não se intimida em fazê-lo.

Entre o saber e o usufruir pode haver um grande hiato. As leis trabalhistas foram bastante flexibilizadas após a Constituição de 88, principalmente durante o governo do presidente Fernando Henrique Cardoso, período que ficou marcado pela política neoliberal caracterizada pelo Estado mínimo e a livre negociação trabalhista. Francisco Dornelles, então ministro do Trabalho conduziu esse processo que embora não eliminasse as leis protetivas, colocava a “decisão de escolha” entre dois atores que se encontravam e se encontram em permanente relação assimétrica.

Como negociar direitos com uma fila de desempregados batendo à porta da empresa? Muitas das reivindicações trabalhistas só são auferidas em acordos coletivos mediados pelos sindicatos. Entretanto, a ausência feminina nessas instituições coloca em segundo plano tais necessidades. Mesmo em áreas eminentemente femininas como

na educação, saúde e assistência, pouco se avançou em termos de medidas protetivas às mulheres gestantes e nutrizas. Ainda há o pensamento que o benefício é um incentivo para se engravidar. Dessa forma, questões como creche, pausa para amamentar, ampliação da licença-maternidade são deixadas ao largo.

Queila (GF5) faz menção aos direitos referentes à nutriz trabalhadora demonstrando conhecer a legislação, ainda que não em profundidade, embora no conjunto dos GF o que tenha prevalecido seja o **desconhecimento acerca da legislação de proteção**. O GF5 foi o grupo em que predominou o trabalho formal, talvez por esse motivo as participantes demonstram algum conhecimento sobre as leis trabalhistas. A condição de agente é mais fortemente percebida nesse grupo, embora, também estejam em condição de inclusão injusta, pois mesmo com vínculos formais a legislação não é cumprida.

O **retorno ao trabalho** pode ser outro problema na vida da mulher e criança. Muitas são as angústias, o medo de não conseguir deixar leite suficiente, o medo da criança não aceitar outro alimento; sofrer com a separação, adoecer. Em geral, a mulher inicia a licença apenas no momento do parto para usufruir os quatro meses com a criança, somam-se a isso os 30 dias de férias e quando a dificuldade se confirma, acrescentam-se 14 dias de prorrogação para adaptação. Nesse arranjo tem-se 165 dias, algo bem próximo do ideal de 180 dias ou seis meses, mas entremeados de incertezas.

Não obstante, é sob um contexto de inseguranças de que só poderá usufruir desse alargamento do período se conseguir marcar as férias; se conseguir prorrogar os 14 dias; se não for mandada embora, visto que a estabilidade no emprego é garantida do momento da confirmação da gravidez até o quinto mês após o nascimento da criança somente.

Mod.: Você teve a licença? Você trabalha de carteira assinada?

Helena: Tive, tive... [trabalho de carteira assinada] já vai fazer três anos que eu trabalho lá, aí me deram 120 dias, quatro meses aí eu fui ao pediatra (...) me deu mais 15 dias de amamentação. (...) Dr. (...) ela não está comendo, não está pegando a mamadeira, como eu vou fazer para trabalhar, ele disse: Volta aqui, eu vou te dar mais 15 dias para tu ficar em casa - eu disse ai meu Deus! Ele me deu mais 15 dias. Cheguei à firma, eles não aceitaram os 15 dias e ela não pegava mamadeira de jeito nenhum, eu falei, mãe o que é que vai acontecer? (...) Ele [encarregado] disse “eu não posso fazer nada por você, se ela tiver chorando”, eu disse: tá bom. [Fala em tom de decepção] Deu dez horas eu liguei para a minha mãe, ela disse a Ana Clara está tomando mamadeira muito bem, (...) aí depois deu duas e vinte e o meu peito começou a encher (...) estou indo embora essa é a hora que ele me liberou um dia (...)

Mod: Mas isso está no seu contrato?

Helena: Não está no meu contrato, aí eles ameaçam de me mandar embora.

Mod: O que vcs acham disso?

Queila: Um absurdo, 12 horas de trabalho. Porque o certo é você ter oito horas de trabalho e uma de descanso, nove horas, né. Mas 12 horas é um absurdo.

Mod: Por que a gente fica nessa situação?

Luíza: Fica acuada, né? Ela está sendo ameaçada de ser mandada embora, ela precisa trabalhar, tem criança pequena, aí é difícil, né?

Helena: Eles ameaçaram de me mandar embora, não consigo ficar com minha boca quieta, tenho que debater com eles e eles ficam assim: “Ih, para!”

Mod: A Luíza tinha falado que a gente fica acuada... e aí será que é por isso que acabamos não cobrando nossos direitos?

Noeli: Nós dependemos, né? Do nosso trabalho para sobreviver, do salário, então acho que no meu caso sim.

Helena: No meu caso eu fico com medo deles me mandarem embora, porque eu preciso, sou eu sozinha.

GF5

A indignação de Queila é emblemática e as falas de Luíza e Noeli demonstram não somente o entendimento do problema vivenciado por Helena, mas também mostram o potencial que o grupo tem para se perceber no problema e pensar alternativas para seu enfrentamento.

Nesse caso, Helena tinha de fato o direito aos 14 dias de prorrogação da licença-maternidade, conforme podemos ver no art. 392 Seção V da CLT, transcrito abaixo:

Art. 392. A empregada gestante tem direito à licença-maternidade de 120 (cento e vinte) dias, sem prejuízo do emprego e do salário.

§2º Os períodos de repouso, antes e depois do parto, poderão ser aumentados de 2 (duas) semanas cada um, mediante atestado médico.

Além disso, as duas pausas definidas em lei poderiam ser convertidas em uma hora a menos na jornada de trabalho de Helena o que evitaria o sofrimento de mãe e filho não só pela necessidade da mamada, mas também pelo ingurgitamento mamário causando desconforto e risco de complicações, inclusive redução na produção de leite provocado pela ausência de estímulo (sucção) e pela estase láctea.

Na medida em que a sociedade se complexifica novas necessidades vão surgindo, isso pode apontar para duas possibilidades, a primeira é que para as demandas é preciso que se criem leis de proteção; e a segunda é a necessidade de mudança no paradigma do modelo atual de proteção; para isso é preciso uma reflexão profunda sobre que sociedade queremos para nós e para as gerações futuras; uma sociedade

individualista que só protege se houver uma lei que ordene e puna ou uma sociedade que cuida dos seus cuidadores, como afirma o professor Mário Sergio Cortella em documentário²⁸ que trata da licença maternidade, ainda em fase de produção.

Não apenas a empresa precisa cumprir a lei, mas possuir um programa de capacitação no qual seus gerentes (executivos) estejam preparados para atuar na proteção às pessoas, usando a linguagem empresarial, proteção aos seus colaboradores.

Hans Jonas traz uma contribuição importante ao defender a responsabilidade como princípio ético, em face de uma sociedade que caminha para uma civilização tecnológica. Para Jonas somos responsáveis não só pela situação presente, mas também pelas gerações futuras, por isso, o autor estabeleceu um imperativo ecológico ao afirmar “Age de tal maneira que os efeitos de tua ação sejam compatíveis com a permanência de uma vida humana autêntica” (SIQUEIRA, 2005, p.57). J. Rawls, por sua vez, perseguirá uma justiça como equidade por considerar que vivemos em uma sociedade de egoístas. Sen (2010, p.359) acrescenta que “como pessoas que vivem juntas, não podemos escapar à noção de que os acontecimentos terríveis que vemos à nossa volta são essencialmente problemas nossos”.

A experiência que Helena (GF5) tem em seu ambiente de trabalho, reforça o que J. Rawls toma como ponto de partida (sociedade de egoístas) demonstrando a necessidade de uma equidade nas relações sociais e humanas, também confirma a premissa de Sen de que somos todos responsáveis, independente da responsabilidade ser de mais alguém. A maternidade é vista pelo encarregado e logicamente pela empresa como uma responsabilidade apenas da mulher; é preciso transcender essa visão diminuta ou não teremos num futuro bem próximo uma comunidade de humanos.

A defesa por direitos tem um potencial para combater a insegurança gerada pela informalidade dos acordos. Como visto nas discussões do GF5 o trabalho, na maioria das vezes, representa uma necessidade na vida das mulheres; em nenhum dos cinco grupos se observou a relação do trabalho como realização profissional. A ausência de estabilidade somada ao fato da oferta de vagas ser sempre menor que a demanda de trabalhadoras necessitadas leva o mercado (patrão) a se utilizar dessa realidade para oferecer benefícios mínimos; um investimento em formação e fiscalização das leis trabalhistas são alguns instrumentos necessários para mudança nessa realidade, papel do

²⁸Com *Licença* é um documentário que está em fase de produção e que retrata a questão da licença-maternidade, o trabalho materno e como a sociedade precisa avançar na consolidação desse direito.

Estado e das Delegacias Regionais do Trabalho, demonstrando com isso, o caráter interdisciplinar da promoção ao aleitamento materno.

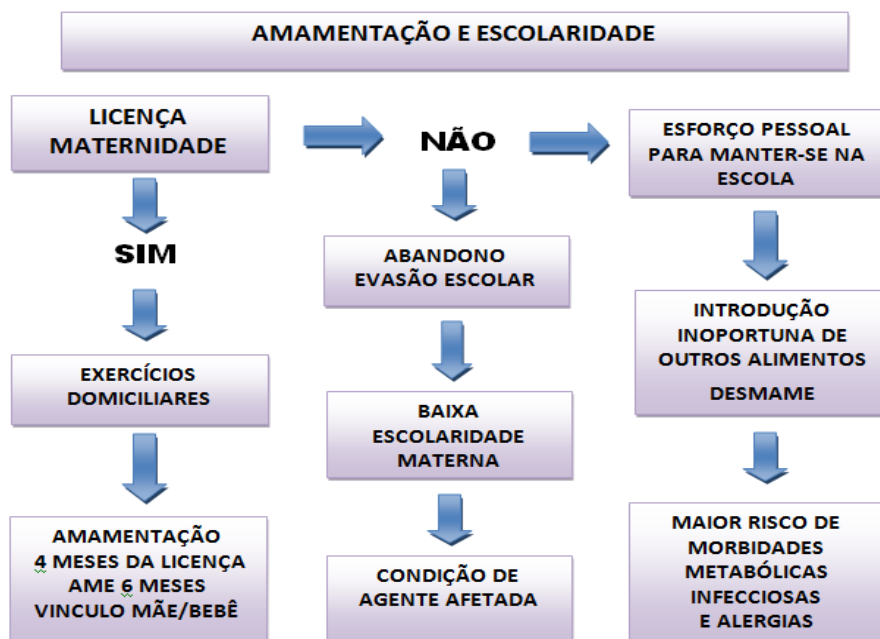
Sen ao trazer para a discussão sobre justiça a ideia de funcionamento/capacidade e capacitações na perspectiva do alargamento das liberdades nos possibilita pensar em como uma sociedade injusta é aquela em que seus membros são alijados de exercerem livremente aquilo que com razão valoram. Esse cerceamento se apresenta de forma velada através de equipamentos sociais que não funcionam, leis que não são cumpridas, responsabilização dos sujeitos por sua ascensão.

No caso da amamentação as mulheres muitas vezes se encontram isoladas, como se, por causa da maternidade, elas fossem retiradas de cena. Deixaram de ser produtoras, daí tanto no trabalho quanto na escola sua inclusão trará transtornos ao sistema produtor. Engendra-se então toda uma conformação no cenário para que tanto a mulher quanto a própria sociedade se conformem com a ideia de que a mulher fez uma escolha e é responsável por ela.

6.2.2 Escolarização e amamentação: incomensurabilidade ou violação de direitos?

A licença-maternidade para a trabalhadora já é um dispositivo consagrado de direito entre a sociedade; já a mesma licença para a mulher estudante não só é desconhecida por grande parte da sociedade, como é vista como uma benesse e incentivo à gravidez. Neste caso, a responsabilização é toda da mulher que tem que escolher entre a) parar de estudar; b) interromper os estudos e retornar quando o cuidado à criança não for mais um impedimento; e c) continuar a estudar (interrompendo a amamentação), deixando a criança com familiares ou terceiros de modo que os funcionamentos pertinentes à maternidade não atrapalhem o planejamento pedagógico da instituição, conforme apresentado na figura 3.

Figura 3 – Diagrama representando a relação amamentação e escolarização



Fonte: A autora, 2015.

Interessante é que qualquer que seja a opção acima escolhida, tanto estudante quanto família e instituição (escola) parecem acreditar que o ônus deva mesmo recair sobre a estudante. A instituição, diferente do mercado (trabalhadora), caracteriza-se, nesses casos, pela rigidez no planejamento pedagógico e na inflexibilidade em lidar com situações que não foram planejadas por ela, sendo a gestação e amamentação exemplos disso.

Aline: Tava trabalhando (paro agora, segunda-feira) e estudando, eu também parei, mas eu vou voltar em julho (o grupo foi realizado em março).

Mod: Parou, como assim?

Aline: Porque eu já estou perto de ganhar. Então eles trancam a matrícula. Trancam e depois eu volto.

Mod: Trancam? Perde o ano e volta na mesma série?

Aline: Vou voltar na sexta série (quinto ano) ainda, no meu caso eu faço duas séries (sexta e sétima). No caso vou voltar na sexta ainda, ainda, aí quando voltar, volto nas duas.

Mod: Vocês sabem que existe uma lei que protege a estudante durante a gravidez e amamentação?

Marina: Isso aí nunca explicaram.

Mod: Explica a lei. Essa lei é muito importante, pois se a gente não estudar a gente vai ter um bom emprego? Um bom salário? Falem a verdade?

Todas: Não.

Joice: Ah, é. Tem muita gente que deixa de estudar.

Joana: E eu fui lá, eu fui lá na escola para trancar a matrícula dela e pedi “olha, a Barbara já não está mais aguentando, já está se arrastando” (...) Ela falou assim: “vai pegar todos os papéis possíveis do médico, quando ela ganhar neném porque vai ficar assim, que ela deu como desistente da escola e a vaga vai ficar garantida porque ela foi ganhar neném”. É o que estará escrito lá no documento. Então ela vai estar como desistente e aí ela vai renovar a matrícula dela quando ela voltar a estudar. É assim que vai funcionar.

Mod: No ano que ela parou?

Joana: Exato. Na mesma série que ela parou.

GF3

A educação constitui-se em um direito fundamental, contudo a gestação é uma das grandes causas da evasão e do abandono escolar²⁹ devendo a permanência na escola ser assegurada pelo Estado. O diálogo apresentado acima aponta para o modo como a licença-maternidade³⁰ da estudante ainda é pouco aplicada. No caso da Aline, a explicação dada pela secretaria da escola, segundo a própria mãe, é que sua matrícula seria “cancelada, dada como desistente”, ao retornar a estudante reiniciaria do mesmo ponto em que parou.

Desconhecer a Lei nº 6.202/75 não é por si só justificativa para não se reconhecer o direito e as implicações dessa violação, a lei regulamenta os exercícios domiciliares, entretanto, a essência do direito como benefício à estudante nutriz está presente em muitas outras legislações do nosso arcabouço jurídico e também em tratados e convenções internacionais.

O objeto da lei é a proteção à maternidade considerando a necessidade de recuperação do processo de parturição, a importância do vínculo mãe-bebê e o estabelecimento do aleitamento materno (ECA, artigo 9º). Nesse sentido, independente da lei, todos os esforços devem ser envidados para se propiciar a continuidade da mulher em seu processo de formação educacional e à criança o acesso ao melhor e insubstituível alimento que é o leite materno. A lei é a concretização do desejo social, do entendimento que se tem acerca dos valores sobre o convívio social.

Joice (GF3) inicia o diálogo a seguir destacando a desigualdade na garantia de direitos relacionados a um mesmo objeto “a maternidade”. O fato narrado causa admiração nas participantes do GF, em particular, porque nada foi feito pelo sistema

²⁹ A evasão ocorre quando o aluno matriculado em determinada série, em determinado ano letivo, não se matricula na escola no ano seguinte, independentemente de ter sido aprovado ou reprovado; o abandono ocorre quando o aluno deixa de frequentar a escola durante o andamento de determinado ano letivo.

³⁰ Também chamado de regime de exceção.

escolar para impedir o dano às estudantes, sob a alegação de que “a professora tem problemas”, já no caso da estudante, a escola é um equipamento social que se estrutura como se a maternidade fosse sempre um acidente de percurso e que devesse ser punida.

Joice: Esses colégios de hoje, tão uma burocracia porque só eles (refere-se aos professores) têm direito. A escola onde ela foi trancar a matrícula dela é onde eu estudava. Todo mundo tinha direito, só os alunos que não podem. *“Ah, tá grávida? Continua vindo para a escola. Ninguém mandou vocês engravidar?”* Você tem que estudar primeiro.” Teve uma vez, antes de eu terminar (...) aí a professora engravidou, ficou um bom tempo sem dar aula para a gente, quando chegou no final do ano, ela não lançou a nota, também não abonou as faltas dela. Aí eu falei, “engraçado, a professora pode? Eu, os alunos, ninguém pode? É só professor? A gente vai ficar prejudicada por causa da professora?” A diretora, “ah, é porque ela tem problema” (essas coisas todas). Todo mundo tem problema! (fala com indignação) A gravidez não é um problema de falar, morte! Não. Mas é um problema sim, como no caso dela (aponta para Aline), já está se arrastando, daqui a uns dias ela, se Deus quiser, ela vai parir, igual a professora. A professora ficou o ano todo sem dar aula para a gente e quando chegou o final do ano fomos prejudicados por causa dela. Ela não passou a gente. Ela não passou!!! Ficamos prejudicados, ficamos na dependência para poder fazer. Eu falei “se eu tiver que fazer a dependência eu vou jogar na justiça”. O colégio do estado está uma burocracia. Eu não aceito isso, não.

Marina: E nem substituíram a professora? Tinham que ter substituído.

Aline: lá eles não fazem mais isso.

Marina: Eles têm direitos e deveres, é o dever deles fazer isso.

Joice: Eu acho que igualdade é para todos, se ela pode?!

Marina: Você concluiu o ensino médio?

Joice: Concluí sim, graças a Deus.

GF3

Rodrigues e Ferreira (2008) analisam juridicamente a licença-maternidade para estudantes e reforçam a constitucionalidade da licença:

Restaram claramente demonstradas as finalidades da licença-maternidade, quais sejam: possibilitar a recuperação da genitora com o desgaste do parto; incentivar o convívio materno nos primeiros dias de vida do bebê; estimular o aleitamento materno, dentre outras. Ora, não há razão para se dizer que uma gestante prescindir de tais cuidados simplesmente porque é estudante. Também deve ser ressaltada a finalidade da licença-maternidade como um direito da criança, que necessita da companhia da genitora.

A Constituição Federal de 1988 em seu artigo 227 e o Estatuto da Criança e do Adolescente em seu artigo 4º colocam a criança como sujeito de direitos, destinatária de absoluta prioridade. A educação (para a mãe) e a alimentação (para a criança) são considerados direitos fundamentais e a prestação em se efetivar esses direitos tem

urgência, pois interferem no desenvolvimento pessoal e na integridade sob pena de danos irreparáveis. O Estado por meio de políticas públicas tem o dever de assegurar a licença-maternidade a qualquer estudante independente de sua idade ou nível de escolaridade.

Os arranjos são também muito comuns para que a estudante não tenha prejuízos, são as redes de solidariedade que se articulam de diferentes formas a fim de proteger a maternidade. Flávia ao contrário de Joice (ambas do GF4) encontrou apoio com a professora a fim de que não perca o ano letivo, tampouco o recurso federal (Projovem), conforme vemos no diálogo a seguir:

Mod: Nanci, o que você acha disso?

Flávia: No meu colégio a professora falou para eu estudar 2 vezes por semana, porque eu moro longe, moro aqui no Engenho e meu colégio é lá na Areia Branca. Então fica uma dificuldade para eu me locomover, aí eu pego os trabalhos, faço em casa e entrego e vou lá 2 vezes por semana porque é Projovem, você tem que ter presença, se não tiver presença, você não... tem que ter 75% (da frequência).

Mod: Mas tratem sempre com a secretaria da escola.

Flávia: Mas a minha professora falou para quando eu ganhar eu levar lá. Eles lá me explicaram que era para eu levar tudo (documentação comprobatória) e depois eu ia voltar e levar os trabalhos. Lá eles já me explicaram isso, lá minha professora já me explicou.

Mod: E aí quando nascer, você nem precisa ir os 2 dias da semana, você vai fazer os exercícios em casa (...)

Flávia: É. Faço em casa, ela vai passar, meus (parentes) vão buscar e eu vou fazer tudo em casa.

GF3

A escola sempre teve, em nossa história, um duplo papel, alfabetizar e instruir moralmente seus alunos. O termo aluno é proveniente do latim *alumnus* e quer dizer criança de peito, lactente; como substantivo, deriva-se do verbo *alere* cujo significado é alimentar, nutrir, fazer aumentar, sustentar, produzir, nesse sentido, a escola teria a função delegada pelas famílias de alimentar, sustentar, produzir homens e mulheres. A essa dupla função *alfabetizar* + *moralizar* chamou-se de educar. Ao contrário dessa concepção de educar, Paulo Freire nos ajuda a pensar a educação como um processo dialógico, uma prática libertária. Para Freire (2007, p.59) “o respeito à autonomia e à dignidade de cada um é um imperativo ético e não um favor que podemos conceder uns aos outros”.

Por outro lado, a questão da sexualidade feminina sempre foi algo que se quis reprimir e a escola, uma instituição para a sua repressão. Esta define não só a normalidade como também a prioridade: ou se estuda ou se engravida, ou se estuda ou se amamenta.

Ester: Olha eu acho que tem que ter direito, até porque eu não sabia disso, eu estudei até o ano passado, até o final do ano, meu filho nasceu em abril e eu estudando, a diretora falou para mim: Você tem um mês de resguardo, aí quando ele fez um mês, eu tive que ir fazer as provas de recuperação. Como eu ia fazer a prova de recuperação sem matéria?

Mod: Escola pública.

Ester: Escola pública.

Mod: Estadual?

Ester: Estadual [confirma]. É só um mês, eu não sabia, Assim, eu acho que a gente às vezes quer amamentar? Quer. Mas se você não correr atrás do seu direito, não dá! **Você tem que escolher: ou você trabalha para sustentar o seu filho e você estuda para ter uma condição melhor lá na frente ou você fica em casa amamentando exclusivo (fala com desânimo) então eu acho que tem que ter aí um meio-termo.**

GF1

Ester em seu relato retrata a realidade de inúmeras mulheres, não apenas adolescentes, que vivenciam a maternidade em meio ao processo de escolarização, além de lhe ser negado o direito previsto em lei, nenhuma medida foi tomada para garantir seu retorno à sala de aula.

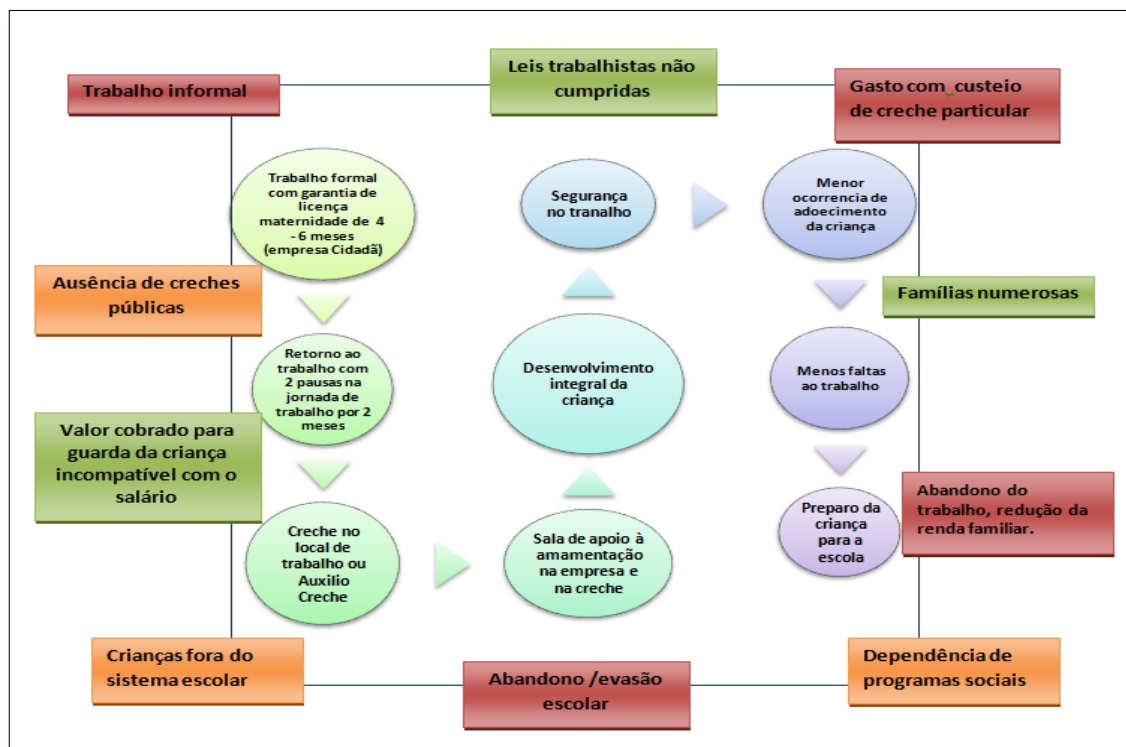
A questão trazida por Ester é de fundamental importância em face de toda a discussão apresentada neste estudo, Ester situa a amamentação como uma questão bioética ao afirmar duas coisas importantes: que é preciso fazer uma escolha; e que é uma escolha entre dois valores incomensuráveis, configurando-se em um conflito. Se trabalha, não estuda, se estuda não se consegue, no futuro, dar uma condição (de vida) melhor aos filhos. Ester situa a amamentação como uma prática antagônica a essa condição melhor de vida. Entretanto, apesar de apresentar essa incomensurabilidade, ela evoca a justiça como uma virtude coletiva ao afirmar “*eu acho que tem que ter aí um meio-termo*”.

Nessa perspectiva, a creche se enquadra em termos de liberdades instrumentais ao que Sen chama de oportunidades sociais, uma vez que sua relação com o aleitamento materno não é direta, ela tem o potencial de capacitar a mulher a exercer os

funcionamentos por ela valorados na medida em que garante a segurança para o exercício dos demais funcionamentos.

6.2.3 Creches e amamentação: congruência de privações

Figura 4 – Mecanismo de proteção à mulher/criança em situação de amamentação e os fatores externos que interferem



Fonte: A autora, 2015.

A creche também foi referida pelos GF sendo apontada como um equipamento social necessário, porém inexistente do ponto de vista do acesso. Três dos cinco GF aprofundaram a discussão sobre a creche.

Entre as medidas protetivas da maternidade está o tripé licença-maternidade/sala de apoio/creche. Historicamente as creches foram criadas para dar conta da necessidade da mulher trabalhadora e para suprir necessidades de nutrição contribuindo para a redução da mortalidade infantil em famílias das classes populares. No Brasil as creches foram incorporadas na legislação brasileira pelo então presidente da República Getúlio Vargas por meio da CLT (Decreto-lei nº 5.452, de 1 de maio de 1943) e dentro de um conjunto de dispositivos legais de proteção à maternidade.

Essa lei previa a estabilidade no emprego até cinco meses após o parto; licença-maternidade de 120 dias; duas pausas de meia hora, uma a cada turno de 4 horas trabalhadas (jornada de 8 horas); obrigatoriedade de creche no local de trabalho, próximo a ele, podendo ser conferida por meio de convênios com instituições públicas ou privadas, neste caso, a lei refere-se a empresas que tenham contratadas 30 ou mais mulheres acima de 16 anos.

Nas décadas de 70 e 80 (século XX) o número de creches comunitárias se ampliou sobremaneira, por algumas razões tais como: a) crescente inserção da mulher no mercado de trabalho; b) as empresas não cumpriam o que determinava a lei em relação às creches; c) o número de trabalhadoras no mercado informal; e, d) os postos de trabalho empregavam menos que 30 mulheres em seu quadro funcional.

Os movimentos sociais femininos que cobravam do Estado o direito à creche ganharam força com a Constituição em seus artigos 7º, 208, 226, 227, e com o Estatuto da Criança e do Adolescente que reforçava a Constituição Federal por meio dos artigos 3º, 4º, 9º, 54. Entretanto, com a LDB a creche se tornou uma escola e como tal o caráter do cuidado e da assistência também previstos na legislação foi-se perdendo e uma maior rigidez, característica do modelo de educação, foi sendo incorporada gerando conflito ao invés de equilíbrio entre a missão de prover o desenvolvimento integral adequado à criança e a proteção da criança durante a jornada de trabalho da mãe.

Uma questão que foi sendo lembrada pelas participantes dos GF foi o direito à creche como um espaço de qualidade, seguro e acessível devendo atender às necessidades tanto da mãe quanto da criança. Contudo os diálogos foram demonstrando que a oferta desse equipamento está muito aquém do necessário e em alguns lugares a faixa etária atendida não soluciona o problema do retorno da licença-maternidade, nesse sentido, o que vamos observar é o predomínio dos arranjos familiares.

O primeiro diálogo apresentado a seguir, mostra a contradição na oferta de creches sem levar em conta a necessidade da trabalhadora que só tem 120 dias de licença:

Mod: Quando os dois estão trabalhando, qual é o ônus para a família; o filho vai ficar pra quem? Então às vezes temos que fazer escolhas, abrir mão de trabalhar e ganhar mais um pouquinho, para ficar com o filho, mas também se existisse creche, de qualidade, para todo mundo...

Rita: (não) Tem uma creche de criancinhas pequenas, assim, por exemplo, a mãe desse neném está passando o maior sufoco para arrumar pessoa para

ficar com ele, quer dizer, no caso assim (...) lá embaixo (refere-se à capital), eu trabalhava lá embaixo, há 20 e poucos anos, eu sei que tem creches, assim do tipo de 0 a 2 anos, de 0 a 4 anos e aqui em cima, teria que ter esse tipo de creche, não tem. Aí no caso ela tá, coitada, no sufoco, sem ter ninguém para ficar com esse garoto, e tendo que trabalhar, pois é só ela para dar comida a 2 crianças e não tem quem fique com os filhos. E aí?!

Maria: Mas é só ele? Só o(...)

Rita: É, no caso é só o menino. No caso só no sábado e no domingo que fica com a menina, porque ela trabalha 1 domingo. Ela folga de 15 em 15 dias e trabalha de segunda a sábado e de 15 em 15 dias ela tem um domingo de folga.

Maria: Por que você não arrumou pra mim?

Rita: Ah, eu não sabia que você cuidava de criança.

Maria: Entendeu né? Eu parada sem fazer nada (todos sorriem).

Rita: Quer dizer, no caso, teria que ter uma creche de zero, não de zero que de zero não deixa (a mãe), de três meses, que acaba a licença-maternidade. De três meses a dois anos, vou botar até chegar na outra creche, que é de dois anos a quatro anos, por aí. Eu acho que teria que ser aqui, aqui na Baixada, não só aqui em Capivari, mas na Baixada inteira teria que ter uma creche assim.

Mod: O que vocês acham do que a Rita falou?

Sônia: Ué, tinha que ter, né?!

Mod: Por que não tem?

Sônia: Aqui, a creche daqui só pega com 2 anos. Aí até 2 anos você tem que estar presa!!

Rita: Até 2 anos. Ou ficar dependente dos outros, no caso da mãe (avó) dele.

Mod: E por que não tem?

Rita: Porque ninguém se interessa, eu acho, me desculpa, mas os governantes não se interessam que esses bairros da Baixada Fluminense vão para frente, porque no momento em que você trabalha, no caso, você trabalha e ajuda teu marido, a tendência é só vocês irem pra frente, né?!

Rita: E a sociedade também, e o país também, pois no momento em que você acha que está ganhando, você está gastando, então é falta de interesse.

GF4

No GF4 as disparidades sociais são apontadas quando citam a oferta de creches na capital do estado em comparação com asda região que só aceitam crianças a partir dos 2 anos, sem contar que a oferta é muito inferior à necessidade.

Rita e Maria expressam uma necessidade ao mesmo tempo em que tecem críticas ao modo como são exploradas, pois ao tempo em que precisam trabalhar para o sustento, e também para ganhar mais para pagar outra pessoa que irá cuidar do seu filho. Nem sempre esse cuidador é alguém da família o que torna a situação ainda mais difícil, às vezes é uma vizinha ou apenas uma conhecida e, da mesma forma, a creche que possui uma relação criança/cuidador desproporcional é um motivo de preocupação e insegurança, e em alguns casos é até um impeditivo para o trabalho materno.

Essa relação de exploração da fragilidade é nitidamente representada pela fala de Maria quando fica desapontada por não ser lembrada como alguém que poderia cuidar

de crianças, não que esta tenha o cuidado como ofício, mas por estar desempregada, precisando trabalhar. No GF5 as participantes realçam o valor que se cobra para tomar conta de crianças, uma espécie de mercado informal. Diante do salário mínimo³¹ atual, nos casos de mães de dois filhos ou mais, nem vale a pena trabalhar fora.

Um arranjo que se vê é pagar a um familiar, nesses casos, representa uma alternativa para se evitar situações de maus-tratos tão denunciadas na mídia e de conhecimento das próprias participantes. Acredita-se que o familiar (uma prima, sobrinha ou irmã) tenha maior cuidado além de ter maior flexibilidade no horário e vínculo afetivo. A preocupação com maus-tratos na creche é destacada pelas participantes que veem o problema na perspectiva do não investimento, baixa qualidade e não na índole dos trabalhadores.

A falta de oportunidades, acesso e condições de sobrevivência colocam essas mulheres em condições de vulnerabilidade e, portanto, mais expostas à exploração. A falta de investimento na região que gere postos de trabalho leva a população a buscar serviço na capital e conseqüentemente gastam mais com mobilidade urbana.³² Por se tratar de transporte entre municípios o valor da passagem tem um incremento superior a 100%; os vínculos precários e informais de trabalho são fatores para a ausência de linha de crédito, por isso, consomem produtos vendidos acima do preço médio, há uma especulação sobre a condição de violação.

A falta de creche, porém, não trouxe a mobilização para a obtenção de uma creche comunitária ou a luta por uma creche pública, ao contrário disso, mulheres em condições semelhantes veem nisso uma oportunidade para obter renda ainda que seja sobre uma violação de direito, ainda que num tempo bem próximo tenham estado também nessa condição.

A constante referência ao município do Rio de Janeiro (“lá embaixo”) é apresentada como uma questão de poder e distanciamento. A qualidade e a oferta do serviço estão para quem mora no município do Rio, que longe de ser apenas mais um município da região metropolitana, é, na verdade, considerado uma das grandes metrópoles mundiais, retratado em prosa, verso e na sétima arte. No Brasil, o município

³¹ Optou-se por usar como referência o salário mínimo federal no ano de 2014 (ano da coleta de dados) que é de R\$ 724. O estado do Rio de Janeiro adota nove faixas de pisos salariais diferentes para grupos de categorias profissionais que não o tenham definido em lei federal, convenção ou acordo coletivo de trabalho, conforme Lei nº 6.702, de 11.03.2014, dificultando estabelecer um referencial.

³² O estado do Rio de Janeiro dispõe de Riocard que é um benefício do trabalhador garantido pela Lei nº 7.418 com integração em todos os modais de transporte, sob a forma de sistema de bilhetagem eletrônica.

do Rio de Janeiro ocupa a 2^a posição em termos populacionais e de produto interno bruto (PIB). Foi capital do país do período de 1763 a 1960, quando a capital foi transferida para Brasília (GEIGER, s/d; AMARAL, 2006).

Em seu território ainda se concentram hospitais federais, universidades e uma série de instituições públicas como o Banco Nacional de Desenvolvimento Social (BNDES), a Petrobras, a Academia Brasileira de Letras (ABL), a Associação Brasileira de Imprensa (ABI). Sobre isso, Geiger (s/d) acrescenta que “Os setores governo, profissões liberais, serviços qualificados e atividades culturais tiveram o papel de canalizar a chamada ‘imigração de notáveis’”. Dessa forma, a região recebe maior volume de investimentos públicos e privados e, por conseguinte, apresenta capacidade instalada de equipamentos sociais muito superior à dos municípios vizinhos que compõem a região metropolitana do estado do Rio de Janeiro.

O cuidado com a criança, cuja mãe necessita trabalhar, na visão da Maria nos remete às décadas de 70 e 80 (século XX) no qual a creche era apenas um local de guarda da criança durante a jornada de trabalho materno. Nesse sentido, a escassez desse equipamento público, levou muitas famílias a tomarem conta de crianças sem nenhuma habilidade específica, com o propósito de compor renda. Por outro lado, para as mães trabalhadoras, essa solução, embora não fosse a melhor, era a mais viável principalmente quando a ajuda vinha de alguém conhecido ou de um familiar.

Com a Constituição Cidadã em 1988 os direitos da criança são reafirmados e a creche deixa de ser um local de guarda e assistencialismo e passa a integrar o processo de formação do desenvolvimento integral, a educação infantil.

Neste sentido, a pergunta de Maria evidencia a ausência de uma política pública voltada para o sujeito que embora não se constitua civilmente um cidadão, é um ser humano, digno dos direitos declarados em 1959 e do qual o Brasil é signatário, direitos estes, legitimados por meio da Constituição de 1988 e do ECA; além disso, não só pela garantia dos direitos da criança, mas ainda pela garantia dos direitos da mulher e desta por sua condição de trabalhadora consagrada pelo Brasil e por centenas de países na Organização Internacional do Trabalho (OIT).

Ruth: O meu esposo tem um bom emprego, então se ele pode nos sustentar e nos manter em casa eu vou optar por ficar em casa, sim, mas se não houvesse nenhuma condição, se eu tivesse que trabalhar como ela falou, é ruim, é difícil você ter que largar... Minha sobrinha, ela larga a filha com uma pessoa, a tia ou prima, acho (que a tia) tomando conta porque ela precisa. Eu

acho ruim essa situação, eu acho que realmente deveria haver mais creche mais condições para que a gente pudesse largar o nosso bebê e que fosse ao lado do nosso trabalho seria uma boa alternativa até mesmo para as mães, para as crianças, entendeu? Para os patrões da gente também...

Mod: Mariana, o que você acha disso?

Mariana: Seria muito bom, não é? Para ajudar (inaudível) vai demorar um pouco para isso acontecer com todo mundo, porque as empresas geralmente não têm esse hábito, mesmo de fazer essas coisas... pra nós temos que deixar longe e só ver quando chega a noite para ter contato com o filho, às vezes tem mãe que chega o filho já está até dormindo, não pode nem ver mais, pra descer no outro dia de madrugada que o filho nem viu [não teve contato nem com a mãe nem com o pai].

Mod: Você trabalhava? (Pergunta para Lílian)

Mariana: Não, trabalhava não. Eu comecei a trabalhar agora que eles estão grandes: ela tá com 12 e ele tá com 10 [anos] aí eu sempre acompanhei, desde pequenininho, só meu esposo que trabalhava mesmo, agora que eu comecei a trabalhar mesmo, entendeu?

Mod: Entendi. Explica a lei que fala sobre creche para filhos de trabalhadoras.

Ruth: Eu sempre tive muito medo eu sempre via alguns casos na televisão de crianças maltratadas na creche, até tentei colocar uma vez, as creches são muito cheias, as creches públicas e eu observando de fora, não é que eu vi maus-tratos, mas eu vi assim que as crianças não eram cuidadas direitinho e eu sempre tive muito medo, aí eu sempre falei: ah, não vou colocar não, eu tinha medo de cair, quebrar uma perna. Na verdade são poucas monitoras para muita criança, se a gente com os nossos filhos às vezes tem um descuido e ele se machuca imagina na creche? Mas aí vai a gente pensa assim “*poxa com a gente machuca, mas é com a gente*”, às vezes a gente não quer acusar elas porque crianças infelizmente aprontam mesmo, mas aí você quer um culpado e vai culpar aquelas pessoas.

Fulana: Fechou os olhos a criança já aprontou.

GF2

A região enfrenta dois problemas que são: 1) ampliar ofertas de vagas em creches (educação infantil) em locais acessíveis à população e em quantidade suficiente para que toda criança seja protegida e para que toda mãe trabalhadora seja contemplada; e 2) conferir qualidade no funcionamento desses equipamentos especializados tanto no campo da educação quanto no da saúde. Para as participantes do GF não bastam leis que garantam equipamentos sociais como a creche é preciso que haja qualidade nesses equipamentos, nota-se no diálogo, uma preocupação com a justiça, dar a cada um o que lhe pertence que é a dignidade intrínseca ao ser humano. Destacam, portanto, a melhoria no cuidado, na relação cuidador-aluno e a atuação de profissionais especializados.

Outro grupo que discutiu a questão da creche foi o GF5, o diálogo a seguir retrata o modo como a creche é vista pelas participantes, como uma necessidade e também um direito:

Queila: Eu gostaria de levantar outra pauta dentro desse assunto, a questão que acontece com muitas mães, às vezes, de ter que sair do trabalho; tem o seu neném, tem uma licença-maternidade de 4 meses, mas às vezes não tem com quem deixar, e nem tem condições de pagar uma pessoa para tomar conta do seu bebê. Não tem aqui, em Santa Cruz da Serra, uma creche que possa a mãe deixar, gratuitamente, a criança nessa creche pra poder ir trabalhar. Porque às vezes a empresa, tem muitas empresas aqui por perto, mas o salário é pouco. E o que ela recebe às vezes não compensa ela pagar uma pessoa para tomar conta do seu filho, que tem 4 meses, depois que ela saiu da licença porque a licença-maternidade são quatro meses, ela ter que pagar essa pessoa para depois voltar a trabalhar. E ela vê que não compensa o que ela ganha e o que tem que pagar. Ela vê que no final das contas o dinheiro vai ser muito pouco. E se tiver acesso à creche, aqui, seria uma maravilha pra ela, para poder deixar o seu filho e ter que ir trabalhar.

(...)

Érica: uma coisa que eu acho interessante, você vai ganhar 700 e pouco/800 reais pra você conseguir trabalhar a jornada normal de trabalho, aí você vai pagar a pessoa, a pessoa tá cobrando R\$ 250, 300 reais por criança; eu tenho 2 [todas falam ao mesmo tempo]

Érica: Imagina. Chega numa situação que é mais fácil você tomar conta de criança do que [todas falam ao mesmo tempo]

Érica: Chega lá, aí a pessoa fala “vou cuidar muito bem do seu bebê”, aí você vira as costas e a criança é maltratada?! Vocês já viram em televisão criança que é maltratada nas creches?

Queila: Desculpa, Érica, posso te interromper só um pouquinho?

Érica: Eu não vou colocar meu filho na creche, não.

Queila: Desculpa. Mas tanto na creche, quanto às vezes você confia: “ah, porque eu tô pagando, aquela pessoa vai tomar conta direitinho”. Nem pagando, às vezes, você confia...

Érica: Nem pagando bem (...) ter a oportunidade de eu mesma cuidar (...) colocar na creche, ou com alguém que eu não confio, para cuidar, não confio não.

Queila: A cuidadora do seu filho vai tratar muito bem, na sua frente. Mas depois você vira as costas...

Érica: Ao mesmo tempo não tem creche.

Noeli: Mas é igual às babás também, que às vezes a gente vê pela televisão, que fazem coisas absurdas.

[Alguém: exatamente].

Noeli: Mas eu discordo um pouco assim em questão disso, porque eu cresci numa creche.

[Depende da creche, né?!]

Noeli: Então, depende da creche. Lá, assim, no bairro, era um bairro bem... precária a situação das famílias, então todo mundo depende de trabalhar, né. Minha mãe, por exemplo, teve seis filhos. Nós todos fomos criados na creche (...) eu fui criada na creche e, poxa, se aqui tivesse uma creche, né, perto de casa, igual lá na minha mãe, que era como daqui a ali na esquina. Às vezes na minha casa não tinha o alimento (...) e lá tinha de tudo.

[Você deu sorte nessa creche, porque tem criança que não tem a mesma sorte que você, não.]

GF5

Creches são instituições de educação infantil, destinadas a prestar atendimento à criança menor de três anos de forma integral que possibilite seu crescimento e desenvolvimento físico, cognitivo e social. Nessa perspectiva, a creche é um

equipamento social necessário ao desenvolvimento infantil, sendo, portanto, no Brasil um direito da criança, um dever do Estado e uma possibilidade (escolha) para a família.

Do ponto de vista da mulher, a creche não é somente um espaço com vantagens para a criança, é, também, uma instituição que protege a criança durante a jornada de trabalho materno. Uma vez que o cuidado com a prole é tomado como uma responsabilidade sua, colocar a criança na creche representa um misto de culpa e necessidade. A creche é, na análise de Pinheiro (2012), uma instituição capacitante visto que ao liberar em parte a mulher do cuidado da criança, permite auferir renda e participar do sustento familiar.

De igual modo a creche como equipamento social possibilita maior inserção da mulher como sujeito político, não apenas no mundo do trabalho, mas, sobretudo no mundo social, na vida pública. Ter um lugar para cuidar dos filhos sem desconhecer sua própria condição de sujeito político, seus direitos sociais, seu papel na sociedade requer um aporte, a creche é um desses aportes tão necessários.

Com um mês ela teve que voltar a trabalhar, então a filha foi pra mamadeira, tem emprego mesmo que não dá. Às vezes o direito é só no papel mesmo, e também a população não corre atrás de nada. “Não tá me prejudicando, então, tá bom assim mesmo.” Eu acho que só corre atrás depois que começa a prejudicar, Brasil é assim. **Ester, GF1**

(...)com certeza, muitas coisas que acontecem aqui no Brasil são porque ninguém corre atrás. Porque você viu, e a gente vê a manifestação que teve em 2013, isso vai ficar pra história porque a gente nunca tinha visto coisa parecida, entendeu? Eu vou poder contar pros meus netos “a passagem foi a 20 centavos” [fala com admiração]. **Bruna, GF1**

Bruna concorda com Ester em relação ao comodismo da sociedade, mas avança em sua análise ao reconhecer que a sociedade tem potencial para a mobilização coletiva. Enquanto Ester é descrente desse potencial “*a população não corre atrás de nada*” destacando o individualismo “*Não tá me prejudicando, então, tá bom assim mesmo*”, Bruna relembra o movimento “vem para a rua” ocorrido em junho/2013 que a partir da mobilização de estudantes, inúmeros problemas sociais foram denunciados.

Vê nesse episódio a possibilidade de transformação das estruturas sociais ressaltando o resultado positivo que houve no movimento popular “a passagem foi a 20 centavos”, referindo ao recuo do governo municipal no aumento da passagem em 20 centavos. Pelas falas acredita-se que muita coisa poderia ser mudada por meio da

mobilização das pessoas. Contudo também consideram que falta interesse quando o benefício não é para si próprio, independente do que seja.

Sen (2011, p.147) nos ajuda a pensar a favor do bem coletivo ao afirmar que “a justiça, por sua própria natureza, tem de ter um alcance universal em vez de ser aplicável aos problemas e dificuldades de algumas pessoas, mas não de outras”. Pegoraro (1995) também acrescenta que a justiça é a virtude que me relaciona com o outro, não há ética de um só.

Apesar de toda a argumentação em favor da creche como um equipamento social para liberar a mulher para o trabalho, essa perspectiva não deixa de ser centrada no capital, e por isso preocupante. Não estamos defendendo a permanência da criança na creche apenas pelo benefício do trabalho materno ou para o desenvolvimento econômico considerando a força do trabalho feminino. Antes, como bem afirma Sen, são as pessoas o fim de todas as coisas, sendo assim, a creche, como educação infantil, é antes de mais nada a primeira etapa do processo de educação extraluar da formação do indivíduo para o seu desenvolvimento físico, cognitivo, mental, social e cultural de forma integrada à aquisição de conhecimento e habilidades que se aperfeiçoarão no decorrer da vida.

A creche é esse primeiro espaço social extraluar com potencialidades para o desenvolvimento humano através da formação social, política e histórica. Dessa forma, a creche deveria ser a primeira instituição capacitante na vida de um indivíduo independente do trabalho materno. Outrossim, não se nega a enorme contribuição que esse equipamento tem para a condição de agente da mulher trabalhadora ou estudante, uma vez que libera a mulher para o trabalho ou para investimento em sua formação.

Em ambas as situações (trabalho/estudo) a consequência beneficia a condição de agente da mulher que é auferir renda fora de casa ampliando a participação financeira na família e portanto, adquirindo autonomia e reconhecimento (visto que o trabalho doméstico, não remunerado não tem em nossa sociedade o mesmo valor); e, ampliando a formação (escolaridade) o que redundará em melhor participação social e política (liberdades instrumentais), melhores oportunidades no mercado de trabalho formal, redução de assimetrias nas relações trabalhistas. A elevação da escolaridade da mulher tem impactos positivos na redução da mortalidade infantil, na taxa de fecundidade e nos cuidados com as crianças.

Pensar a inclusão da criança na creche exclusivamente para liberar a mulher para o trabalho é instrumentalizar a criança para o fim (finalidade) da mulher que

representaria uma incoerência, visto que do ponto de vista ético, o ser humano, seja adulto ou criança é sempre um fim e nunca um meio para se alcançar algo.

6.2.4 Amamentação e serviços de saúde: iniquidades reproduzidas

A quarta subcategoria aproxima-nos do setor saúde visto que busca analisar a justiça no âmbito do Sistema Único de Saúde. Aqui a pretensão não é construir modelos de como o profissional deve atuar, mas analisar a estrutura “sistema de saúde” como um microsistema de um sistema maior que é a estrutura social e que portanto, reflete as injustiças e desigualdades construídas historicamente nessa região. A figura 5 aponta essa relação entre as ações estratégicas da política de aleitamento materno e o contexto social vivenciado.

Figura 5 – Relação dos serviços de saúde face às desigualdades sociais



Fonte: A autora, 2015.

A retomada da promoção do aleitamento materno como uma política pública, no Brasil, teve o seu marco na década de 1980-90 e foi representada por mudanças nas práticas assistenciais. Diversos documentos foram elaborados com a finalidade de criar condições estruturais para que o aleitamento materno fosse de fato e não apenas de

direito uma prática acessível e factível às milhares de mães e bebês em todo o território nacional.

Nesse sentido, o alojamento conjunto nas 24 horas (1986), a não recomendação do berçário como espaço de permanência do bebê, a amamentação na sala de parto, a não complementação com fórmulas lácteas como rotina possibilitaram ganhos com impactos reais na prevalência do aleitamento materno. Rea (2003) em um artigo que objetivou rever a trajetória dos programas de promoção do aleitamento materno a partir da análise da influência de políticas internacionais pró-aleitamento materno, descreve o percurso feito pelo Ministério da Saúde para elevar a prevalência do aleitamento materno de dois a três meses em 1975 para dez meses em 1999.

O estudo realizado pela autora demonstrou que a elevação na prevalência, deveu-se a um esforço de organismos nacionais e internacionais para a criação de estratégias voltadas à propaganda indiscriminada de fórmulas, bicos e mamadeiras voltadas para profissionais de saúde; ações direcionadas a grupos de mães e comunidades; legislação de proteção à mulher trabalhadora; o investimento na capacitação dos profissionais de saúde e, sobretudo, a reorientação nas práticas assistenciais e institucionais, todas elas culminando com a Declaração de Inocenti em 1990, importante marco para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Oliveira, Camacho e Souza (2005) consideram que a elevação da prevalência do AME se deve ao PNIAM que conjugou ações multissetoriais, em particular nas áreas de comunicação social, assistência à saúde e legislação.

Fica claro que a prevalência do aleitamento materno está relacionada à concentração de esforços no âmbito das políticas públicas, considerando o nível de organização da sociedade, seu sistema político e econômico. As práticas assistenciais, estão diretamente relacionadas à implantação de uma política de promoção, proteção e apoio e sua ausência repercutirá no modo como as mulheres irão alimentar seus bebês. Práticas como o aleitamento materno cruzado, a introdução inoportuna de outros alimentos, a própria crença em leite fraco, pouco leite acarretando o uso de fórmulas lácteas sofrem influência da qualidade da assistência prestada institucionalmente (figura 5), como pode ser visto no diálogo a seguir:

Débora: A minha filha mais nova ela mamava e continuava chorando, aí na maternidade mesmo (...) cheguei e falei com ele que eu amamentava dia e noite e ela não dormia e chorando, sugando, sugando aí a médica pegou e

passou o complemento (que eles falam que é complemento) pra ela, e ela ali tomava e ela dormia, no caso meu peito não estava sustentando. Eles (refere-se aos profissionais de saúde) falam que peito sustenta; mas nem todas as crianças.

Mod: O que vocês acham?

Úrsula: Verdade, porque minha sobrinha tá tomando (cita uma fórmula láctea) ela tava mamando direto, só que com dois meses e pouco, o peito não tava mais sustentando mais ela, aí foi quando nós compramos (cita a fórmula) aí é onde que ela dorme a noite tranquila, porque todo dia de madrugada ela acordava querendo peito, o tempo todinho, agora ela quase não vai no peito, não é Débora? Ela mama um pouco, fica tranquila e à noite minha cunhada dorme tranquila.

Ester: Eu acho que também depende muito da mãe, tem mãe que não dá muito leite, já tem mãe que o peito enche, de vazar assim, às vezes também é o vício da criança de ficar o tempo todo no peito, nem é fome, já acostumou a ficar o tempo todo no peito.

Nelita: Que o leite não sustenta, eu não acredito, leite sustenta, sim. Minha filha ficou sem comer nada, só no peito durante 2 anos. Ela não queria comer nada salgado, não queria nada, só queria peito e durante 2 anos foi o peito que sustentou ela, depende do que, é o horário que a mãe dispõe para o filho, se a meta é de 3/3 horas, não pode passar daquele horário, se passa daquele horário você vai sentir a diferença.

GF1

O relato da Débora demonstra uma assistência distanciada dos sujeitos do cuidado. Problemas com a amamentação ocorrem sem o envolvimento do profissional e na ausência desse cuidado de apoio à mulher que amamenta ainda no alojamento conjunto, surgem oportunidades para outros saberes, construídos sobre crenças e mitos que nem se aproximam dos saberes construídos nas vivências das gerações de mulheres, nem dos saberes produzidos pela ciência; são, portanto, saberes mediados por interesses mercadológicos, influenciados fortemente pela indústria, cujo interesse maior é auferir lucro pela venda de seus produtos.

A crença em leite fraco surge no diálogo do GF1 de maneira persistente, Débora, Ester e Úrsula ainda concordam com a ocorrência de leite fraco; tal fato decorre da observação do “*bebê mamar dia e noite e não parar de chorar*”, aliado a isso está o fato de ainda na maternidade o profissional ter como conduta a complementação com a fórmula láctea.

O leite materno é mais bem absorvido e tem maior digestibilidade se comparado aos leites de vaca e leite de vaca modificado (fórmulas lácteas), por suas inúmeras propriedades é considerado um alimento espécie-específico. Além disso, é no período noturno que ocorre a maior produção da prolactina, hormônio responsável pela produção do leite, e sua liberação depende principalmente da sucção da mama pelo bebê. Quando, porém, essa sucção não ocorre, por substituição pela mamadeira, pode

ocorre uma baixa produção do leite, situação essa que o profissional deve esclarecer ao colher a história da amamentação.

A diferença na digestibilidade do leite é um dos fatores causais para que a criança durma prolongadamente. Associado a isso, o não esvaziamento completo da mama pelo bebê resultando na não mamada da fração lipídica do leite, leva a criança a mamar mais vezes e de fato aparentar não estar saciada, embora esteja nutrida. Concordamos com Ester quando afirma que depende muito da mãe, de fato, é necessário atentar para a singularidade da mulher e da díade mãe-bebê. Cada experiência é única e o profissional deve, portanto, utilizar as habilidades do aconselhamento e, numa relação empática, ajudar a mãe e bebê.

Diferentemente das outras participantes, Nelita por vivência própria na prática do aleitamento materno exclusivo até dois anos, expressa uma segurança em relação a não existência do leite fraco; o que Nelita defende referindo-se à meta de 3/3 horas é na realidade manter uma rotina de mamadas, porém, em se tratando dos primeiros meses após o nascimento a criança não apresenta ainda uma regularidade nas mamadas, devendo ser oferecida sob forma livre.

Em todas as falas percebe-se a ausência da orientação profissional, quer seja no pré-natal, quer seja na assistência ao parto e nascimento (alojamento conjunto) e na puericultura (acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança), são, portanto, oportunidades perdidas para se conhecer a mulher, suas vivências e experiências com a amamentação, seu contexto social e familiar e de forma pessoal, promover e/ou apoiar o aleitamento materno.

As queixas mais comuns encontradas no manejo da amamentação são a hipossuficiência lactacional e o leite fraco. Essas são as maiores preocupações das mães, pois não mamar representa comprometimento na vitalidade da criança, nesse contexto de preocupação e insegurança a fórmula láctea é apresentada como a melhor solução para o bebê dormir saciado e a família dormir tranquila.

Queila: É, Érica me falou uma coisa muito interessante no início desse assunto aqui que me chamou a atenção. Disse que chegou certo ponto em que ela teve que tirar o leite que tava fraco e ela teve que dar a mamadeira. Desculpa, mas eu não concordo com você.

Érica: Fraco, não! Tinha pouco leite. Acho que a quantidade de leite que eu tinha não sustentava uma criança, por isso entrei com a mamadeira também.

Queila: Eu amamentei o Gustavo até 6 meses, só leite materno, só leite do peito. (...)

Érica: Queila, mas o Caio, ele mamava, nunca ficava satisfeito, sempre chorando, e mamava e continuava chorando, chorando. Ele mamava e continuava chorando. Eu falava assim: “Ele deve estar com fome ainda”, “Eu acho que meu peito não está sustentando ele”, “Ai, acho que vou fazer uma mamadeira para dar a ele”. Ai que ele ficava quietinho. Eu não deixava meu filho, com 4 meses, só mamar; mamar no peito, só no peito. Meu filho ia morrer de fome [fala em tom de indignação].

Helena: A minha tomou mamadeira e mamou no meu peito!

No diálogo apresentado, ambas têm vivências diferentes em relação à amamentação. O que leva Érica a achar que seu leite não estava sustentando foi o choro do seu filho, na sequência do diálogo, Érica se refere ao profissional de saúde que também coloca dúvida, o que pode ser visto mais adiante. O choro do bebê é algo que deve ser levado muito a sério pelo profissional de saúde ele pode indicar fome, mas também pode ser frio, calor, sono, necessidade de aconchego, umidade. Há bebês que choram muito, há os que são preguiçosos, bebês que têm mais dificuldades de fazer a pega. São muitas as situações e somente em uma escuta atenta à mãe, vendo o bebê ao seio e conhecendo o contexto é possível iniciar um processo de ajuda.

Nota-se que a preocupação de Érica em relação ao bebê chorar muito encontra eco no discurso médico:

Érica: Ai eu fui à doutora e falei assim: “Doutora, meu filho chora muito”. Ela disse: “Olha você tem pouco leite, tem que dar mamadeira e colocou...”, eu o levei no postinho (Xerém). Depois, quando eu saí do trabalho, eu perdi meu plano. Eu trabalhava, tinha o plano; ai eu perdi e passei a levar ele no postinho.

Mod: Qual postinho?

Érica: Esse aqui mesmo... Ai a doutora falou assim: “Ela chora muito, deve ser que está com fome ainda. Será que você tem pouco leite? Dá mamadeira, e não dá só leite na mamadeira não, dá também Mucilon[®]”. Com 4 meses, ela falou “Mucilon[®]”, ai eu passei a dar e o garoto parou de chorar. E o Caio chorava direto. Ela falou assim: “Você dá a ele para ver se ele vai melhorar”. Eu passei a dar e ele ficou calminho, tomava toda a mamadeira e até dormir. Falei assim: “Imagina se eu for dar só peito, peito puro! O garoto ia viver chorando o dia todo”.

Érica: Eu estou falando que tem mulher que tem pouco leite...

GF5

Estudo desenvolvido por Rea e Toma (2000) trata da influência da indústria de fórmula láctea sobre os profissionais, em particular, o pediatra. O Ministério da Saúde lançou em 2009 um guia que trata da legislação sobre *marketing* de produtos que

interferem no aleitamento materno e discute as implicações éticas da prescrição indiscriminada, isto é, sem indicação clínica. Tal conduta, além de prejuízo à saúde da criança, representa custo adicional desnecessário que poderia ser convertido para outras demandas familiares. O guia refere-se a três princípios importantes na conduta profissional: o princípio de não lesar; o princípio de fidelidade ao interesse do paciente e o princípio do dever de justiça (BRASIL, 2009c).

Na situação de Érica, percebe-se a sutileza na fala do profissional que não impõe a prescrição da fórmula, mas ao repetir a própria fala da mãe: “*ele chora muito, deve estar com fome ainda*” reforça a crença de leite fraco e imediatamente conclui, colocando em dúvida a competência materna: “*será que você tem pouco leite?*”. O desfecho já estava anunciado desde o início do diálogo entre mãe e profissional de saúde: “*Dá mamadeira, e não dá só leite na mamadeira não, dá também Mucilon[®]*”, houve aí a fusão de horizontes: mãe-profissional de saúde-Nestlé[®].

Na maioria das vezes a mulher assume o discurso do profissional sem assimilar, ressaltando a heteronomia tão presente nas relações entre o profissional e a nutriz, em todos os GF há exemplos dessa relação heterônoma.

O uso de fórmulas lácteas é de maneira implícita referendada pelo profissional. O modo como se constrói o conhecimento popular não se difere do saber formal produzido na academia. É pela observação dos fatos que, coincidentemente ou não, tendem a corroborar com a ideia, crença. Faltam espaços de diálogo, mas espaços informais, sem o foco no projetor ou no álbum seriado; são necessárias práticas educativas dialógicas, sem assimetria de saberes.

Nas últimas três décadas houve um avanço muito grande em matéria de gerar conhecimento sobre aleitamento materno e com uma abrangência tal que permite-nos uma maior compreensão do AM como fenômeno biológico, antropológico, social e existencial. Tal conhecimento tem por foco orientar formulações das políticas e na assistência prestada pelos profissionais de saúde, contudo, quanto se vê situações como as demonstradas percebe-se o quanto o profissional está ausente nesse cuidado ou ainda desatualizado, servindo-se de condutas já descritas pela literatura como ineficazes e até mesmo prejudiciais.

Manter-se atualizado quanto aos novos saberes produzidos é uma prerrogativa de todo profissional, em particular o de saúde. Embora seja atribuição da instituição propiciar a educação permanente, isso não tira a responsabilidade pessoal em buscar a sua qualificação a fim de prestar uma assistência segura, livre de riscos. Em se tratando

do aleitamento materno, há ampla literatura disponível na internet, em bibliotecas, nas secretarias municipais e estaduais de Saúde, além de cursos que são sistematicamente oferecidos, sendo a formação de recursos humanos uma ação estratégica da política nacional de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.

Embora afirmemos que há uma singularidade no ato de amamentar, seu manejo não é fortuito, antes, está ancorado nas bases biológicas (anatomia e fisiologia), nas bases da psicologia, da ética, compreendidos dentro de um contexto socioeconômico político e cultural, como bem conceituou Almeida (1999): um híbrido natureza-cultura. Nesse sentido, sem desconsiderar a singularidade do ato de amamentar, os serviços de saúde podem e devem, apoiados em evidências científicas, a exemplo dos “dez passos para o sucesso da amamentação”, criar rotinas institucionais a fim de que toda a equipe tenha uma conduta comum evitando assim práticas prejudiciais à mãe e ao bebê.

O diálogo que se segue exemplifica a falta de norma institucional para a promoção, proteção e apoio à amamentação no ambiente hospitalar:

Luíza: Eu tinha um sonho de engravidar e um sonho de ter filho; engravidei com 36 anos. Tive o Davi. Lá no hospital ele não descia de jeito nenhum, aí a doutora me ajudou.

Mod: Que hospital?

Luíza: No hospital (...) Aí mandou botar toalha quente: nada do colostro sair; mandou colocar isso, aquilo, espremer, espremia: nada do leite descer. Os 3 dias que eu passei no hospital, ele passou na seringa, mamando na seringa, aí eu vim pra casa: nada de ter leite. Aí o que eu fiz? Meu esposo comprou uma bombinha, comecei a puxar na bombinha, puxar, aí o leite veio. Saiu aquele colostro, veio o leite, só que ele não queria mamar porque ele se acostumou no hospital, na seringa. Aí o que aconteceu? Passei uma noite inteira porque ele não queria mamar no peito, aí passei uma noite de castigo com ele, aí ele pegou, mamou, (...) Aí eu dava de mamar, dava quando ele queria, depois ele não queria, eu ia fazer o quê? Ele mesmo não queria pegar o peito. Eu dei um castigo a ele a noite inteira (...) mas aí depois, com quatro meses, ele não quis mais, ele não quis.

GF5

O uso de bombas, toalhas quentes e outros artifícios cuja eficácia não têm comprovação científica são geradores de ansiedade, dificultando o próprio processo fisiológico.

Érica: O meu também, com quatro meses tava na mamadeira.

Luíza: Aí eu levei no pediatra, expliquei a situação, ele falou “então você dá o Nan[®]”. Aí eu falei “ah não, Nan[®], não”.

Érica: O meu caso é parecido com o dela (risos).

Érica: A minha primeira gravidez eu também não tive leite! Era um sacrifício; lá no hospital também não teve, lá eles ficavam dando no copinho.

Helena: A minha foi no copinho também.

Érica: Eles ficavam dando no copinho para poder dar e falou assim “ah, até você chegar em casa tem que começar a sair”. No dia que eu cheguei em casa, começou a sair uma aguinha muito longe ainda do que eles esperavam. Claro, tinha que ter saído um pouco mais e eu fiquei muito tempo tentando deixar ela sugar, sugar para ver se saía. Nossa, eu fiquei tanto tempo (fala com espanto). E ela chorava. Tinha hora que ela ficava desesperada já.

Luíza: E a gente mais ansiosa também, né.

Érica: É porque aí você tem aquele negócio: nossa, eu quero amamentar e não tenho leite; então dava aquele nervoso. Então quando sai um pouquinho de leite, que ela consegue puxar, nossa, parecia que era uma vida, que era uma coisa muito boa. Eu tive que (pausa) dar mamadeira para ela e ela ainda tomou mingau, mingau... o peito não dava (risos). Minha mãe fez de tudo também.

GF5

A assistência pré-natal é uma oportunidade para se identificar e refletir junto à mulher o seu projeto de cuidado à criança, suas experiências e vivências com a amamentação. A assistência ao parto e nascimento, por sua vez, é o momento ideal para se iniciar efetivamente a prática da amamentação o mais precocemente possível, já o acompanhamento do bebê na puericultura, nos dois primeiros anos de vida do bebê, completa o ciclo da atenção qualificada com grandes possibilidades de contribuir para a manutenção do aleitamento materno exclusivo e complementado conforme recomendações do MS e OMS.

De acordo com os modelos de atenção, além da consulta, são oportunos os grupos educativos, as salas de espera e as visitas domiciliares. Além disso, é preciso que toda a equipe seja capacitada para acolher mãe e bebê a qualquer momento da jornada de atendimento da unidade de saúde e os demais profissionais devem ser sensibilizados em relação à promoção do aleitamento materno.

Os primeiros meses após o nascimento do bebê são fundamentais para a adaptação extrauterina, a formação de vínculo mãe-bebê-família, ao estabelecimento da relação de cuidado e à efetivação da amamentação. O período de permanência na maternidade é, como foi dito anteriormente, importante do ponto de vista do início da amamentação, entretanto, no retorno para casa podem surgir algumas dificuldades em decorrência da apojadura, momento compreendido pela descida do leite e que ocorre por volta do quinto dia pós-parto. Ester narra situação vivida nos primeiros dias após o retorno da maternidade:

Ester: Meu filho mamou só o peito até um mês, aí quando ele fez 15 dias eu dormi e acordei com meu peito inchado, aí passou um dia, dois dias e aquela febre de 40°C e o povo dizendo, “não, isso é leite, está empedrado, dá que conforme ele mamar isso vai sair” só que quanto mais ele mamava piorava mais, doía mais e a febre aumentava. Resolvi ir ao médico, a médica passou antibiótico, aí eu tomei o antibiótico, e a médica disse: se não melhorar você volta aqui. Tomei 9 dias de antibiótico e nada de melhorar e eu dava peito mesmo assim (...) aí ele mamava e depois tava (o peito) cheio de novo, doendo. Eu disse para meu esposo, eu não vou aguentar 40°C de febre, estou passando muito mal, fomos para o hospital (...), chegou lá a médica disse “nossa você era para estar internada há muito tempo” aí ela perguntou: “quanto tempo tem o seu bebê?” eu falei “um mês eu continuo dando porque eu achei que fosse só empedrado” e ela falou “não, não pode pois estava com pus embaixo, você vai dar só o outro aí você só vai ficar internada para tomar o antibiótico na veia”. Aí como ele estava acostumado a mamar os dois (...)

Mod: O bico não estava (...)

Ester: Não, ele mamava um e continuava chorando, aí minha mãe ficava nervosa, ela dizia “esse menino não tá alimentando, só um”. Porque ele estava acostumado a mamar os dois ele mamava mais e continuava chorando.

Mod: Você estava com febre? E eles fizeram algum exame?

Ester: É uma mastologista enfiou uma seringa e puxou e saiu pus aí ela disse que o que podia fazer para ele era separar um copo cheio de complemento, você dá o leite (materno) depois vai lá buscar porque ele (...) não tá se alimentando só com um, aí ficou mamando o meu peito e o copo. Aí eu fiquei internada 10 dias tomando antibiótico na veia aí foi que depois de um tempo abriu um monte de “fúrinho” e saiu o pus, ela (médica) falou, “olha, depois que melhorar você pode voltar a dar o peito para ele, só que ele já tinha se acostumado só com um peito, e não quis mais o outro. (...) E eu chorava “e você está chorando por quê?” (Perguntavam) porque da minha filha eu não tive leite, dele eu tive e queria amamentar, não é? Vou deixá-lo com fome (fala desapontada). Aí fazia a mamadeira e tomava a mamadeira aí agora com 7 meses ele já não quis, não quer mais mamar fica um tempo sem mamar aí eu vou tirando na bombinha agora já não tá enchendo mais as vezes ele até bota a mão, faz cara de nojo e nunca mais.

GF1

Muitas são as oportunidades perdidas, em se tratando do acompanhamento da amamentação. Mãe e criança em geral comparecem à unidade por volta do quinto a sétimo dia para realizar o teste do pezinho; no décimo dia recomenda-se a revisão pós-parto; em torno do décimo quinto dia a primeira consulta, retornando com um mês, dois, três, quatro, cinco e seis meses para administração da vacina e consulta de puericultura. Muitas vezes, em nenhum desses momentos, pergunta-se pela amamentação.

É uma via de mão dupla, o profissional tem condições precárias de trabalho, muitos não têm estabilidade, outros só estão até encontrar opção melhor, é um círculo vicioso, pois tanto o profissional de saúde quanto o usuário não estão satisfeitos. Há uma personalidade negativa – quando o atendimento é bom foi fulana, quando não, a unidade é ruim.

Nas últimas três décadas houve um avanço muito grande em matéria de gerar conhecimento sobre aleitamento materno e com uma abrangência tal que permite-nos uma maior compreensão do AM como fenômeno biológico, antropológico, social e existencial. Tal conhecimento tem por foco orientar formulações das políticas e na assistência prestada pelos profissionais de saúde, contudo, quanto se vê situações como as demonstradas, percebe-se o quanto o profissional está ausente nesse cuidado ou ainda desatualizado, servindo-se de condutas já descritas pela literatura como ineficazes e até mesmo prejudiciais. A vivência de Mariana é um desses exemplos:

Mariana: Foi boa... ah, eu amamentei minha filha até 2 anos e o meu filho até 2 anos também (e só o peito?) porque meu filho no caso quando ele fez 6 meses, aí eu fui no pediatra para saber o que ia comer, essas coisas aí a pediatra falou para não dar nada para ele porque ele ficou acima do peso só mamando peito, quando ele fez 6 meses ele tinha 12 quilos aí a pediatra falou: “**não dá mais nada para ele, reduz a mamada dele, deixa ele ficar chorando porque senão daqui por diante ele vai virar obeso**”. Aí eu fui reduzindo o peito.

Ruth: Aí você dava só peito para ele?

Mariana: Só peito só!

Ruth: O meu ficou uma bolinha, também.

Mariana: Um dia quando meu filho passou mal, [a médica] falou: “com certeza você deu mingau de fubá para o seu menino, para o seu garoto”. Aí minha cunhada que estava irritada, disse: “não, é só peito mesmo que ela dá, o peito dela é bom mesmo!” (Risos)

GF2

A conduta profissional é descontextualizada dos conhecimentos produzidos sobre a alimentação saudável para a criança menor de dois anos e das condições sociais e econômicas da população atendida. Há um distanciamento entre a prática e a realidade concreta dos sujeitos do cuidado. Tal distanciamento traz repercussões severas na vida familiar, pois desloca uma renda que não existe; as alternativas encontradas pelas mulheres muitas vezes não são as mais adequadas; há perdas nutricionais para a criança o que pode gerar adoecimento e alteração no padrão de crescimento e desenvolvimento.

Sônia: Eu perguntei a 2 pediatras, nenhuma delas liberou pra dar outro leite. Porque o NAN[®] vai de 0 a 6 meses e de 6 meses a 1 ano. Nenhuma delas liberou porque o leite pode dar alergia.

Mod: Ela não toma nada de peito?

Sônia: Não, de peito não. No 1^o dia de vida dela, ela tomou o NAN[®]. Eu perguntei já à pediatra dela, várias vezes, outras pediatras também, nenhuma falou que poderia trocar o leite porque poderia dar alergia. Eu já até tentei

dar, ela até pegou, só que a pediatra disse que é ruim, aí ela trocou. Só que [trocou] por outro leite, mas aí ela (bebê) não gostou do leite.

Mod: Crianças que têm necessidade de leite especial devem receber do estado. Se for o caso dela, você deveria ter sido encaminhada.

Sônia: Ela falou: “de jeito nenhum, trocar o leite dela”, eu perguntei e o Ninho®, Ninho + 1® ou caixinha? Ela falou. “Não, se você for trocar (inaudível)”

Mod: É pediatra particular?

Sônia: Não, é da maternidade (...). Ela indicou outro leite (não lembra o nome) bem mais barato, mas horrível o leite, e ela (a criança) não gostou do leite.

GF4

O filho de Sônia não possui indicação clínica para o uso da fórmula láctea como substituto do leite materno, contudo o uso desde o nascimento foi o fator gerador para o desmame.

Rita: (se refere ao bebê do filho) Ela usa leite especial.

Mod: Recebe do estado?

Rita: Não. A mãe dele tem que comprar, ele toma porque tem refluxo.

Sônia: Tem o Pró-1 que custa 70 reais; o dela custa 52 reais. A grande [se referindo a lata] dura 10 dias, porque ela já come tudo, mas imagina a criança novinha?

Mod – Ela já toma esse leite desde quando?

Sônia: Desde o 1º dia, lá na maternidade já começou a tomar. E eles não falaram “olha, você vai pra casa – porque eu não fiz bico no peito; eles não falam assim – você vai pra casa que [vamos] mandar o leite tal pra ela”. Não, vim pra casa, tipo assim: se vira! Eu é que fui, comprei o leite, aí comecei a fazer o bico com a bombinha, puxei com a bombinha, aí depois de 20 dias, mais ou menos, é que eu consegui fazê-la pegar. Aí continuou o NAN e o peito; dava mais o peito que o NAN, mas aí ele largava.

Mod: Vocês acham isso normal?

Júlia: A pediatra dele também mandou, porque desde que ele era novinho que ele tomava Nestogeno. Depois que ele fez 6 meses ela mudou o leite dele, só que eu falei pra ela que eu não era rica para ficar comprando esse tipo de leite caro. E eu taquei Ninho nele. Tá tomando Ninho até hoje.

Mod: E ela?

Júlia: Nada, eu falei com ela que não era rica e que não ia comprar. Ele tá tomando Ninho. É mas não é? Eu vou comprar um leite de 70 reais?!?!

Ana: Chutou o balde!

Júlia: Ficou doida? 70 reais.

GF4

A necessidade da introdução e manutenção de fórmulas lácteas na alimentação da criança de pouca idade é construída fundamentada na figura hegemônica do médico e pela ausência de uma equipe multiprofissional que eduque para a liberdade e autonomia, o que significa fornecer as informações pertinentes em linguagem clara e acessível;

promover reflexão acerca das necessidades frente aos recursos existentes bem como as estratégias possíveis.

Há muitas lacunas na assistência prestada nos serviços de saúde, faltam uniformidades nas condutas assistenciais, faltam orientações sobre direito. Porém, é mais do que isso, há a percepção de descaso, descompromisso, há um sentimento de injustiça identificado pelo modo como se dão as relações e como se estruturam os serviços.

Ao ser indagado sobre responsabilidade do profissional de saúde em orientar sobre direitos, o grupo coloca-se reflexivo, ao mesmo tempo em que entende que é responsabilidade, não demonstram muita convicção no que estão falando.

Ruth: Mas será que isso é cabível só para eles?

Mod: Não, só eles não, mas eles podem não falar? [No sentido de omitir]

Mariana: Não, eu acho que eles têm que orientar.

Mod: Eles orientam?

Tamara: Eu nunca fui.

Mod: No posto, na maternidade, no particular?

Ruth: Fui acompanhada por pediatra, doutora.

Mod: Mas falou sobre direito?

Ruth: Não, direito não, ela ajudou.

Mod: Ajuda na assistência, no cuidado.

Ruth: Sei que ela ganhava para isso...

Mod: Mas será que o profissional também não ganha para falar sobre direito?

Lourdes: Claro que ganha, é trabalho

Mod: Faz parte do trabalho...

Mariana: É trabalho mas aí para poder...

Ruth: Mas aí eu acho que muitas pessoas do posto, eu não estou generalizando elas deixam de cumprir as funções dela, toda área da saúde, não estou ditando regras e nem falando, eu acho que eles tinham que ser mais profissional com a população, entendeu?

(...)

Ruth: Onde eu morava, (...) tem o agente [comunitário] de saúde, eles não fazem o papel deles de ir nas casas, pelo contrário eu vejo eles sentados na praça, quando dá o horário deles [eles] vão lá e assinam o ponto e vão embora. Não teria que ter alguém que fiscalizasse o trabalho deles? E as pessoas que estão esperando por eles em casa.

Falta fiscalização para que as coisas aconteçam. Há uma crise ética na prática profissional dos serviços de saúde que se assemelha à crise ética da sociedade contemporânea. Não são apenas as leis de proteção que não são fiscalizadas, muitas outras também não o são e o não cumprimento das leis, a não adequação dos serviços reflete a certeza da impunidade. Para as mulheres do GF2 “só acontece, só se faz

alguma coisa quando surgem as campanhas, depois, durante todo o ano não se ouve falar”.

Em se tratando da promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno a política internacional tem como foco a minimização de intervenções profissionais e o maior fortalecimento da capacidade da mulher na perspectiva de que a amamentação é uma prática feminina, e não um conjunto de normas e protocolos profissionais. Nesse sentido, qualquer profissional de saúde devidamente capacitado deve estar pronto a utilizar as habilidades do aconselhamento a fim de fornecer à nutriz as informações necessárias para o sucesso na amamentação e não somente, mas deve, sobretudo, ouvir suas preocupações e anseios, mostrar formas de manter a amamentação dentro da realidade que é única para cada nutriz.

As desigualdades em saúde são reproduções das iniquidades sociais. Serviços de saúde e sociedade não são realidades distintas, antes compõem um mesmo sistema e, como tal, subordinados entre si. Entretanto, as ações de saúde muitas vezes são elaboradas sem que levem em conta o contexto social, político e econômico em que os usuários estão inseridos, contexto de congruência de violações.

O desconhecimento sobre os mecanismos de proteção à mulher e à criança, o não atendimento digno nas instituições, na vida social e política; a ausência de estruturas sociais que garantam a vida em seus direitos mais fundamentais (primeira geração) aos mais complexos (quarta geração) são fatores que interferem com a prática da amamentação.

Embora a amamentação seja influenciada por múltiplos determinantes e que propicia benefícios, sua prática ainda é promovida de modo circunscrito ao campo da saúde contradizendo sua abrangência e amplitude. Tal assertiva é percebida pelo fato da mulher que engravida ou que planeja a gravidez ter seu contato mais direto com as instituições de saúde (unidades básicas e maternidades). Dessa forma, esses espaços são privilegiados para promover o início de uma amamentação tranquila apoiando sua continuidade.

Nesse sentido, o sistema de saúde tem um importante papel a cumprir devendo estar em condições adequadas para acolher mãe e bebê oferecendo um ambiente propício e profissionais qualificados ao apoio necessário. A ausência de práticas assistenciais que promovam e apoiem a amamentação é um reflexo da ausência de uma política municipal de aleitamento materno.

A realidade observada na Baixada Fluminense somada aos diálogos apresentados no presente estudo demonstram que o sistema de saúde tal como vem sendo operado tem sido um indutor de injustiça ao invés de buscar corrigi-las. Para Barata (2009 p. 53):

O enfrentamento das desigualdades sociais em saúde depende de políticas públicas capazes de modificar os determinantes sociais, melhorar a distribuição dos benefícios ou minorar os efeitos da distribuição desigual de poder e propriedade nas sociedades modernas.

Sen, em sua teoria, não espera eliminar as injustiças, por reconhecer que a maior parte delas parte das pessoas e por defender a liberdade; antes, valoriza o papel das instituições justas em regular os comportamentos, em possibilitar o aflorar das capacidades humanas a fim de que cada indivíduo possa escolher aquilo que com razão valora.

6.3 Categoria 2 – Posicionalidade e condição de agência: amamentação como uma prática feminina

Nesta subcategoria foram relacionadas todas as ideias voltadas para o esforço que a mulher necessita fazer para amamentar, como sua relação com o trabalho, com a escola; os papéis sociais que envolvem a necessidade de conciliar múltiplas tarefas sob o risco da própria subsistência familiar; o ideal de mãe, a amamentação como uma virtude da boa mãe. Destacam-se ainda as desigualdades históricas na saúde, trabalho, renda, educação e moradia, condições estas que colocam as mulheres em situação de fazerem escolhas excludentes, incomensuráveis.

Para a análise desta categoria, Amartya Sen nos auxilia com o conceito de privação que engloba a exclusão e a inclusão injusta; liberdades substantivas; posicionalidade. Escolha real e escolha racional e condição de agente.

6.3.1 Manutenção da amamentação pela mulher: escolha racional e escolha real

Muito se sabe sobre os benefícios da amamentação, entre eles está a ausência de gastos financeiros para a sua prática, uma vez que é ofertado pela própria mãe, sem necessidade de nenhum preparo anterior, a não ser em situações especiais como em ingurgitamento mamário, situação esta que se constitui em uma alteração que pode ser prevenida. Além disso, sua produção aumenta conforme o consumo e sempre em condições adequadas para o desenvolvimento da criança por se tratar de um alimento espécie-específico, não necessitando de nenhuma suplementação alimentar para além das necessidades maternas.

No entanto, embora o leite humano como um produto único e inigualável seja totalmente gratuito, a amamentação exclusiva, como prática recomendada por seis meses e complementada por dois anos ou mais, possui um custo social e, portanto, requer, para seu pleno êxito, que haja infraestrutura, instituições promotoras e também uma base jurídica que proteja sua prática para que toda e qualquer mulher livre ou em condições de privação de liberdade que queira amamentar possa fazê-lo, à exceção dos casos de doenças materna ou infantil em que o aleitamento materno, ou o leite humano constitua

risco de vida. Além da proteção, é necessário ainda a promoção, o encorajamento para que um número crescente de mulheres e crianças sejam beneficiadas por essa prática.

Nos GF realizados a amamentação se mostrou como um funcionamento valorado pelas mulheres participantes embora na sua maioria não tenham interrompido a prática, muitas delas iniciaram o desmame, caracterizado pela introdução precoce e inoportuna de outros alimentos para além do leite materno. Entre reconhecer a importância, atribuir um valor e de fato adotar como uma prática há uma distância (ou um caminho a percorrer) que nem sempre está ao alcance da pessoa, muitas vezes o esforço pessoal, quase solitário não são suficientes para garantir o padrão ouro da amamentação.

Nos diálogos iniciais, quando se anunciou que o tema era amamentação, a frase utilizada como incentivo inicial foi “a amamentação não é assim um mar de rosas” a partir dela, a discussão das mulheres se concentrou nas dificuldades com a técnica e as lesões na mama. As vivências são diferenciadas, porém todas concordam que os problemas com as mamas são naturais e que, portanto, doer faz parte do processo.

Por falta de orientação, apoio ou alternativas, vão levando a amamentação ao máximo possível de suas possibilidades, no entendimento de que não conseguir amamentar deve ter por trás, problemas fisiológicos ou alguma patologia que impeça a sua prática e não apenas o não desejo. Em se tratando do AM para as mulheres dos grupos os benefícios superam os obstáculos à exceção de trabalho e doença. A questão da estética é vista como motivo fútil, não justificável.

Nelita: (...) Tenho a experiência com a minha filha de 3 meses e ela foi a que mais puxou mais, foi que mais feriu meu bico do peito, foi a que mais sangrou, deixou assim, muito, muito ferido, eu cheguei ao ponto de quase desistir de amamentar (...) foi a ajuda do meu esposo de estar me acompanhando, estar me ajudando, toda vez quando machucava, (...) quando feria, quando sangrava, ele tirava o leite do peito (...) *eu não desisti de amamentar a minha menina.*

Débora: Quando eu amamentei não sangrou tanto, não machucou tanto, mas eu sei acho que é a preocupação de todo mundo... se vai machucar, se vai doer

Ester: Eu acho que se a pessoa quis ter um filho é um direito (fala corrigindo) é uma obrigação, nem direito, é uma obrigação! Não sei bem, (fala referindo-se ao leite materno) é o que mais alimenta as crianças, evita muita coisa (...) eu acho o seguinte quem tem filho e não gosta de amamentar porque o peito fica caído (!) engraçado que todo mundo mete a boca e ela não pensa nisso (risos).

Nelita: Assim, eu tiro muito como exemplo as mulheres africanas, por quê? A África é um lugar que o povo passa por escassez de comida, não é um povo assim, bem alimentado e você vê que as mulheres que têm filho, elas

amamentam de uma maneira que você vê, elas não têm a alimentação delas, mas têm o leite e não seca para a criança (...) para mim tem que ser essas doenças [pausa] transmissíveis, fora isso, para mim não tem cabimento uma mãe falar: “Ah, tô nervosa, estressada e por isso o meu leite secou!” então para mim isso não tem cabimento.

GF1

Nelita concorda com Ester e vai além quando aponta o aleitamento materno como uma obrigação, e acrescenta que sua interrupção somente é justificável em situações de doenças transmissíveis e trabalho, as quais estão para além da vontade, do querer da mulher. A fala de Ester parece destoar no diálogo, no entanto, o que ocorre é o endosso fortalecendo o discurso da amamentação como obrigação materna. Nelita, por sua vez, embasa sua argumentação utilizando o exemplo de mulheres de países pobres do continente africano.

No documento *Razões médicas aceitáveis para uso de substitutos do leite materno* (OMS, 2009), doenças maternas transmissíveis estão incluídas quando a via de transmissão é o leite ou a maior proximidade com a mãe; o trabalho é apontado somente quando a mãe não consegue ordenhar quantidade suficiente para consumo da criança durante o afastamento da mãe. O não desejo da mulher em amamentar constitui-se em uma dessas razões em respeito à sua autonomia.

A amamentação é apresentada como uma virtude da mãe exemplar, que apesar do sofrimento causado, não desiste. É quase uma provação que ao final o benefício compensará. Torna-se uma experiência agradável por seus benefícios ao filho (beneficência), mas seu início, geralmente é citado como algo doloroso. Há uma satisfação na fala das participantes quando se referem à amamentação como um ato de doação. “Há a cultura de amamentar, não exclusivamente, em contrapartida, há também uma conformação da dor no ato e as boas mães passam por ela e superam.”

Um dos principais fatores que dificultam a amamentação são as lesões na mama como as fissuras que podem evoluir para as mastites que são processos infecciosos. Uma assistência adequada evita em grande parte a ocorrência dessas lesões; a correção da pega e adequação do posicionamento; a orientação sobre massagem, ordenha e o adequado esvaziamento da mama somado ao apoio emocional tanto por parte tanto da família quanto do profissional, vinculação a uma rede de apoio e o acolhimento com porta aberta nas unidades básicas de saúde são algumas das formas de prevenção que o serviço de saúde tem a oferecer.

A ideia da amamentação como obrigação é contraditória em uma sociedade em que a introdução da mamadeira é tão bem aceita, isso pode ser visto no diálogo do GF3:

Nanci: Às vezes sangra.

Joice: Da minha cunhada ficou tipo assim, como é que se fala?

Flávia: Ressecado?

Joice: Não, pendurado só na pontinha. Eu falei: se der mamar ele vai engolir. (Todas fazem cara de espanto)

Joice: Eu falei: dá mamadeira para ele (ele não vai pegar, disse a mãe) ele não pegou, agora que está *coisando* (pegando), eu falei: Agora? Depois de 3 meses que ele tá.

Aline: Eu queria muito tentar.

Joice: Na maternidade (...) Daí eu falei: você já deu mamar para ela? Aí eu fiquei olhando assim e ela falou assim “não, eu não consigo dar mamar porque o direito (mama) ele não pegou nem o esquerdo”. Aí o esquerdo estava caído e o direito tava querendo cair também (mamilo). Aí eu fiquei olhando assim, aí falei (sussurrando): “você vai ficar sem bico e essa criança vai passar fome”. E ela: “Não! Eu vou ter que dar mamar”, daqui a pouco a enfermeira chega e eu disse: “Tem que dar mamadeira a ele”. “Tenta dar o peito” (disse a enfermeira). Aí eu olhei para a enfermeira e falei: “Vem cá, o peito dela caindo? O bico do peito dela caindo desse jeito ela dar mamar?”

Mod: Na maternidade o bico já estava caindo?

Joice: Já tava caindo! Eu falei assim, “Comadre Vê isso aí, vê isso aí!” O neném botava a boca (inaudível) eu disse: “Tira isso, tira isso, logo!”

(Risos)

Joice: Eu quero saber por que o bico fica assim desse jeito.

Mod: Explica.

Joice: E ela só dá um agora, o outro fica grandão, e ele é esganado. Ela só dá um, isso quando ela deixa fórmula. Aí eu falei assim: *“olha só se um dia eu chegar aqui e ele estiver chorando porque você não quer dar mamar eu vou dar na sua cara! Porque a criança não tem culpa de ter vindo ao mundo, não”*. Aí ela dá mais eu fico com muita pena do bichinho, o bichinho fica chorando com fome aí ela dá.

Nanci: E quando já está com feridas?!

GF4

A fala de Joice é bastante interessante, pois evidencia a ambiguidade presente no discurso. Embora se compadeça da situação vivenciada pela cunhada por estar com “bico pendurado” (trauma mamilar), meses depois, desconsiderando todas as dificuldades e sofrimento da lactante bem como o próprio posicionamento tido na maternidade, assume uma postura autoritária e agressiva, explicitada por meio da ameaça *caso encontre a criança chorando sem mamar*. É a defesa da amamentação como uma reprodução da normalização social.

A dificuldade em amamentar não está presente apenas nas intercorrências clínicas, a categoria 1 evidenciou diferentes situações que requerem da mulher uma determinação em manter a amamentação.

A posicionalidade pode ser um viés importante ao analisarmos o modo como as pessoas lidam com a questão da amamentação, ora banalizando, ora valorizando e, nessa perspectiva, impondo à mulher uma obrigação que ela não tem, a despeito de todos os benefícios oriundos dessa prática. Lima, Leão e Alcântara (2014 p.74) a partir de documentos do ordenamento jurídico brasileiro irão afirmar que:

O direito de amamentar (...) não corresponde a uma obrigação da lactante, mas ao dever do Estado de, no seu espectro de ação, garantir as condições para que a mulher amamente se optar por e puder fazê-lo, e ao da sociedade respeitar o direito da mulher e da criança.

Amamentar é antes de tudo, uma decisão pessoal, que pode ser compartilhada em família, necessita de apoio dos diferentes membros, mas também, da sociedade e governos. Para Lima, Leão e Alcântara (2012; 2014) não há legislação que obrigue a mulher a amamentar, a obrigação está para os demais entes, em possibilitar condições propícias à sua prática. Muitas das dificuldades impostas à mulher que amamenta são originárias do modo como a sociedade lida com essa questão.

A situação a seguir, retratada por Tamara demonstra claramente a ausência de um profissional de saúde no apoio. Embora no diálogo do GF eu tenha trazido o profissional de saúde como elemento que deveria apoiar, na visão da participante que narra o ocorrido, o que faltou foi “*preparo para ser mãe*”:

Tamara: (...) A minha cunhada mesmo não conseguiu, ela chorava ela jogava minha sobrinha em cima de mim, a primeira filha... com 15 dias ela começou, deu mamadeira para ela. O peito desse tamanho [sinal de grandeza] não conseguiu dar o peito para menina.

Mod: E você, o que acha que aconteceu com ela?

Tamara: Não sei.

Mod: Faltou apoio de um profissional de saúde?

Tamara: Acho que faltou dela mesmo, ela é muito... assim, *pele que eu vejo ela não está preparada para ser mãe*, ela não está preparada para ser mãe, que ela é muito seca com o filho, *é um tipo de pessoa que não é assim com a gente que tenta, não*. Botou a boquinha do bebê ela, [grita] “Ai, ai, não quero não, não quero não!” viu que não deu, jogava assim; até hoje “Não, dá a mamadeira” [insistia] e aí ela foi relaxando assim e ela deixou demais, secou.

GF2

Interessante e assustador, para um profissional de saúde não ser lembrado, mais ainda, ser negado o seu papel de apoiar, manejar, prestar assistência no processo da

amamentação. A ausência de uma prática profissional que apoia e promove que esteja presente na atenção básica de forma acessível para lidar com as dúvidas, anseios, queixas, bem como com os traumas mamilares, o desconhecimento dos mecanismos de proteção, o choro do bebê e tantas ocorrências comuns nos primeiros dias.

Essa ausência profissional nos torna invisíveis. Não se sente falta do que não se conhece, do que não se tem. Isso é um reflexo da inexistência de uma assistência centrada no cuidado, consequência da falta da implantação das ações da política de aleitamento materno no interior dos serviços.

A ideia de que a amamentação é um instinto materno é muito comum ainda nos dias de hoje, antes, é preciso compreender que a própria parentalidade é um processo de construção, ninguém nasce mãe, ninguém nasce pai, torna-se mãe, torna-se pai, num *continuum* que tem início na própria infância, pelas experiências que se tem no ambiente familiar, amadurecendo com a descoberta da gravidez e a chegada da criança.

Em grande parte, ter sido maternada nos torna mais preparadas para essa vivência futura, contudo, essa equação maternidade-desejo de amamentar não é tão afinada assim, uma vez que a experiência mostra que há aquelas que desejam amamentar e não conseguem, quer seja por dificuldades no manejo quer seja por fatores externos (RIO DE JANEIRO, 2006, p.87). O diálogo do GF2 continua com Mariana trazendo questões importantes como desejo/não desejo; amamentação e estética e o respeito ao outro apesar das atitudes díspares.

Mariana: Eu assim, quando eu tive o Matheus, (...) aí eu via que tinha as mães que acho que era primeira vez, ou já tinha uma outra lá que já era mãe pela 3ª vez não queria dar peito que acho que doía, (...) “Ah, mas eu não gosto de dar, os outros não mamou”, deu mamadeira ou às vezes igual ela tá falando, muitas vezes tem mãe que não gosta de dar porque o peito “vai cair” (**Marcela:** Peito vai cair”, eu tenho muitas histórias assim) e aquela história toda, e muitas não pode dar mesmo porque o bico, sei lá e às vezes não sai leite que eu conheço pessoas que quis amamentar mas o leite não saía, fazia de tudo mas não saía, aí eu... tipo assim, *não dá para a gente entender, né?* Eu não tinha essa preocupação se o peito ia cair,

Tamara: Nem eu.

Mariana: Se ia voltar, se ia jogar para as costas (risos) eu queria era dar (tudo vai cair um dia). A gente conhece muitos casos, “ah, eu não dei porque não queria dar, que o peito ia ficar feio, aquilo outro, ou não dei porque eu não quis mesmo tinha que mamar na mamadeira”, *mas cada um com seu cada um*, com seu prazer, eu tinha muito prazer de dar mamar, ficar lá...

Tamara: Eu também.

Mariana: Aí os outros: “ah, não sei como aguenta horas e horas ficar ali com a criança amamentando”.

Tamara: Estar sabendo que está ali alimentando.

Mariana: Mas é o prazer que é ser mãe, mesmo;

Falas como “*é um tipo de pessoa que não é assim com a gente que tenta, não*” e “*mas cada um com seu cada um*” mostram uma tentativa de aproximação ao modo como o outro se posiciona, ainda que se vejam como estranhos morais, conceito utilizado por Tristan Engelhardt, Jr. para designar aqueles que têm visões e posturas morais diferentes e não utilizam uma sadia argumentação racional para a compreensão (1998; 2012).

Para algumas participantes o conhecimento de outros casos em que o início foi doloroso e que o tempo foi tratando é um estímulo para permanecerem persistindo. Há uma disposição das mulheres em manter a amamentação, contudo, muitas delas não o fazem exclusivamente, vê-se claramente que entre essas mulheres perdura a racionalidade da amamentação, mas também da complementação.

Almeida (1999) fala da influência que as grandes indústrias de fórmulas lácteas trouxeram para a vida cotidiana das mulheres que amamentavam ainda na década de 60/70, normalizando o seu uso para o bem-estar tanto da mulher quanto da criança.

Muitas mulheres ao serem interrogadas não hesitam em apontar os benefícios percebidos da amamentação, estão prontas a citar exemplos pessoais ou de familiares e amigos tanto aqueles em que o leite materno ajudou quanto aqueles em que o desfecho não se deu de maneira satisfatória, fato que elas atribuem à não oferta do leite materno. Nessas horas, nem sempre a mulher pode contar com uma rede social de apoio:

Adriana: Não, todo mundo falava... É(...) é o próprio leite do peito (...) mas nada, não adiantava nada. Falavam que era para *min* colocar casca de banana, coloquei tudo no meu peito, não adiantou nada.

Márcia: Eu fiz muito isso, nossa mãe! Meu peito, eu pensei dele cair.

Adriana: O meu também.

Márcia: O bico dele cair, horrível! Eu chorava, quando eu pensava que... Acordava para mamar, eu falava “não, é agora!”. Eu já chorava antes de tirar (o peito), ficou horrível.

Mod.: Mas teve ajuda de alguém?

Márcia: Não tive ajuda de ninguém.

GF2

A amamentação tem esse sentido que embora muitas vezes as barreiras pareçam intransponíveis há um valor que mobiliza para a sua consecução. É exatamente esse funcionamento valorado que a teoria da justiça de Sen busca dar visibilidade a partir do alargamento das liberdades.

Recentemente grupos de mães desencadearam uma série de manifestações conhecidas nas redes sociais (internet) como “mamaço”. Sempre que uma nutriz

divulgava ter sofrido alguma forma de discriminação ou constrangimento por estar amamentando em público, causado por alguma instituição, a simples divulgação nas redes mobilizava grupos de nutrizes e ativistas que agendavam o “mamaço” que consistia em ir até o local (em que ocorreu a discriminação/constrangimento) com seus bebês, munidas de cartazes e palavras de ordem a favor da amamentação livre à qualquer hora e local, e promoverem um momento em que todas essas mães amamentariam seus filhos e discutiriam acerca do “amamentar” como direito e liberdade, convocando a sociedade para repensar seus valores e concepções.

No município de São Paulo, os mamaços tiveram uma repercussão positiva, resultando na Lei Municipal nº 16.161, de 14/4/2015, que determina que:

Todo estabelecimento localizado no Município de São Paulo deve permitir o aleitamento materno em seu interior, independentemente da existência de áreas segregadas para tal fim. Para fins desta lei, estabelecimento é um local, que pode ser fechado ou aberto, destinado à atividade de comércio, cultural, recreativa ou prestação de serviço público ou privado.

O dispositivo da lei não obriga as mulheres a amamentar em público, mas alarga a liberdade de poder fazê-lo. A lei não tornou a sociedade pró-amamentação, porém, garantirá o direito e possibilitará a reflexão, possivelmente contribuirá para mudanças no paradigma atual.

Esse avanço, iniciado no município de São Paulo e mais recentemente também no município do Rio de Janeiro³³ necessita ser ampliado para todo o país, o constrangimento gerado à mulher que amamenta em público, leva muitas delas a introduzir a mamadeira quando necessitam ficar longo período fora de casa ou a deixar a criança com alguém que fará uso da mamadeira. Bruna GF1 num diálogo sobre o modo como a sociedade se coloca em face à mulher que amamenta, narra seu posicionamento quanto a isso:

³³Lei nº 5.872, de 6 de julho de 2015, que garante a amamentação em local público foi sancionada pelo prefeito do Rio de Janeiro Eduardo Paes. O documento, de autoria dos vereadores Dr. João Ricardo (SD) e Marcelo Arar (PT), dá direito à amamentação em todos os logradouros públicos, como praças, shopping centers ou qualquer outro estabelecimento comercial. <http://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/2015/07/estabelecimento-que-proibir-amamentacao-sera-multado-no-rio.html>.

Eu faço, mas eu nunca, filho meu nunca... atrapalhou em nada, porque fazia faxina em Copacabana, Ipanema, no Leblon, tirava o peito dentro do trem, a minha cunhada um dia falou comigo: “você é louca, os homens tudo olhando” “que que tem o peito, quem nunca viu um peito, todo mundo tem um peito” (Ainda mais no Rio de Janeiro, cheio de carnaval?!), quem não tem peito é aleijado, “Ah, você tem que jogar uma toalha para poder tampar”, eu falei ah, não vou tampar, não. Todo mundo mostra o peito, essas atrizes aí que tiram foto dando de mamar para os filhos com os peitos de fora, porque eu sou pobre eu não posso? Dentro do trem, minha filha, não tinha lugar para me sentar, com fome ele não ficava, pendurado e às vezes, mamava. **Bruna, GF1**

A opção de Sen pelo desenvolvimento como liberdade em sua teoria de justiça está ancorada na liberdade das pessoas em fazerem escolhas, em realizarem não apenas aquilo que é possível ou o que lhe é permitido dentro de uma estrutura social, mas principalmente aquilo que valoram, aquilo que, a partir de seus julgamentos, seja razoável.

Volta a questão da escolha racional, escolha real e a razoabilidade da escolha. É necessário investigar as razões subjacentes às escolhas realizadas (SEN, 2011). O que motiva a mulher a manter a amamentação apesar da dor e sofrimento frente a um trauma mamilar? Ou então, o que a motiva a introduzir a mamadeira (fórmula láctea) quando já se sabe dos inúmeros benefícios da amamentação para a saúde do bebê e inclusive para a economia da família?

A razoabilidade da escolha não significa dizer que os motivos que a sustentam estejam todos no plano da racionalidade, há tantas outras “excelentes razões” que justificam as escolhas como as afinidades pessoais, as crenças e até mesmo gnosiológicas.

Serviços de saúde adequados, com acolhimento e atenção qualificada à mulher e à criança agregam-se e corroboram com esse esforço feminino para dar conta da amamentação frente à deficiência e até mesmo ausência de condições dignas para viver a vida. Aqui se confirma que a questão não está restrita à conduta profissional, mas a adoção institucional de boas práticas, ou em outras palavras, de uma assistência humanizada que contemple um cuidado centrado nas necessidades da mulher e da criança.

A introdução da mamadeira é uma das evidências da injustiça a que essas mulheres estão submetidas em um contexto em que a política nacional deveria protegê-las no trabalho, na escola, no próprio cotidiano, quando, por exemplo, ela busca um

serviço de saúde com uma dificuldade na amamentação e sai com uma fórmula prescrita.

6.3.2 Amamentação: responsabilidade pessoal *versus* responsabilidade social

Uma abordagem de justiça que se concentra na liberdade não pode prescindir da condição de agente das pessoas. Uma vez que a consideração básica da abordagem de justiça em Sen é a nossa capacidade de levarmos o tipo de vida que com razão valorizamos, o papel da sociedade quer seja governos ou instituições não governamentais é criar condições para que as pessoas (adultos responsáveis) possam operar o seu próprio bem-estar a partir da escolha de como utilizar suas capacidades. Estamos tratando, portanto, de dois tipos de responsabilidades: a responsabilidade pessoal e a responsabilidade social.

Em contextos de exclusão ou de inclusão injusta (privação) não é possível falar em liberdade e de igual forma em responsabilidade pessoal sem discutir a responsabilidade social. O incentivo ao aleitamento materno, quando tratado como responsabilidade pessoal da mulher ou da família somente representa um fardo muito difícil de conduzir por razões históricas já discutidas neste estudo. As políticas públicas de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno são a garantia de que o Estado e a sociedade entendem e assumem sua responsabilidade social para que mulheres e crianças tenham condições para exercer tal funcionamento, ainda que decidam por não fazê-lo.

Nos diálogos dos diferentes grupos focais a amamentação é compreendida como uma obrigação materna e à exceção da licença-maternidade de 120 dias nenhum outro esforço social foi citado ou percebido, quer seja nos serviços de saúde, quer seja nos meios de transportes públicos, escolas, ambientes públicos. A sociedade não se percebe responsável por conferir condições e sem estas, a liberdade fica comprometida.

No diálogo que se segue (GF2) é possível identificar que essa balança entre a responsabilidade social e a responsabilidade pessoal não se encontra justa, equilibrada:

Ruth: “Ah, ninguém mandou você ser mãe aos 17 anos”, tá ele não mandou mais e aí? Eu não estou deixando de cumprir os meus deveres, os meus

estudos porque fui mãe, eu estou querendo fazer os dois papéis e ele está impedindo isso. Então eu acho que teria que ter uma lei.

Mod: A gente tem que escolher qual o papel a gente vai cumprir

Ruth: Ou estudar ou ser mãe ou trabalhar! [Fala eufórica e com indignação] para fazer os três fica difícil ou então há alguma coisa que impeça de fazer os três. É muito difícil, eu acho que para a mulher é muito difícil. [Fala com uma expressão de sofrimento].

Mod: Por que é mais difícil?

Ruth: Não sei, aí eu não sei, acho que tem um monte de regras, de limites, de imposições a toda a sociedade mesmo, até dos próprios padrões, entendeu? Que impõem essas regras. Coisas que... O homem não vai ter filho! O homem não vai ficar em casa com a mulher então, por isso, algumas regras não são ditas para ele.

Mod: E essas regras são justas?

Mariana: Não porque o homem geralmente só vai para trabalhar e vir para casa descansar.

Tamara: A mulher não. Fica diretamente o tempo inteiro mais com o filho para escolher estudar e trabalhar também e cuidar.

Ruth: De tudo.

Tamara: De tudo, trabalha mais do que o homem, o homem ainda quer falar que a mulher não faz nada! [Indignação] (inaudível) porque quando amanhece acontece tudo de novo.

Lourdes: A rotina começa tudo de novo.

Nesse grupo focal, todas, à exceção de Mariana, pararam de estudar ou porque casaram ou porque engravidaram, Mariana foi a única que concluiu o segundo grau profissionalizante, formando-se em técnico de laboratório, trabalha em um hospital no Jardim Botânico, e com isso usufrui dos direitos trabalhistas, mas sofreu com a falta de creche. Ruth optou por parar de trabalhar e de estudar, como ela mesma afirma, escolheu ser mãe, pensa em retomar agora que os filhos já estão crescidos; Tamara abandonou a escola aos 16 anos quando cursava a primeira série (atual segundo ano) do ensino fundamental, em suas palavras: “não aguentou a vergonha”. Nessa idade, nem registro de nascimento ela tinha.

No planejamento de nenhuma delas inclui a participação do Estado no sentido de prover condições para o desenvolvimento das pessoas, Ruth é bem clara ao afirmar que *há um monte de regras, de limites, de imposições a toda a sociedade mesmo, até dos próprios padrões*. Mas lembram ainda que se trata de uma desigualdade de gênero.

As condições aqui referidas não se restringem ao funcionamento *amamentar*, na abordagem de justiça de Sen, a responsabilidade social diz respeito às liberdades instrumentais e podem ser materializadas por meio de políticas econômicas que sejam orientadas a proporcionar amplas oportunidades de emprego; desenvolvimento de postos de trabalho no próprio município; políticas educacionais que propiciem

condições de permanência na escola, como educação de jovens e adultos (sobretudo para as mulheres).

Como resultado, o que se espera é que a base para o exercício da liberdade seja criada favorecendo a condição de agente, entendendo, em última análise, que de acordo com Sen (2010 p.367):

O ganho de poder das mulheres por meio de oportunidades de emprego, medidas educacionais, direitos de propriedade, etc. pode conceder a elas mais liberdade para exercer influência em várias questões, como por exemplo, em relação à divisão intrafamiliar dos cuidados com a saúde, dos alimentos e outras mercadorias, às disposições referentes ao trabalho e às taxas de fecundidade. Mas o exercício dessa liberdade ampliada compete, em última análise, à própria pessoa.

Assim, nem a responsabilidade pessoal nega a responsabilidade social, nem a responsabilidade social nega a responsabilidade pessoal, há uma interdependência entre ambas de modo de que o alcance dos fins não fique sobre a mulher e família, tão pouco seja retirada a sua participação e poder de decisão, o que resultaria em assistencialismo e heteronomia.

6.3.3 A condição de agente das mulheres que amamentam

Na visão de Sen o enfoque na perspectiva welfarista dá lugar à condição de agente, não de forma a desconsiderar o valor do bem-estar, mas em atribuir um grau de importância e abrangência maiores, visto que o enfoque somente no bem-estar tende a gerar políticas assistencialistas, já o enfoque na condição de agente preocupa-se em oferecer estruturas para que o próprio sujeito, no caso, a mulher, possa agir conforme seus valores e objetivos e gerar, com isso, mudanças para si, para a família e consequentemente para a sociedade.

A condição de agente, tal como Sen propõe é difícil de ser percebida em contextos de privação. Tanto as mulheres que vivem sob condição de inclusão injusta, e mais ainda aqueles que se encontram em exclusão têm dificuldades de exercer a condição de agente. Para muitas, são décadas sob o contexto de desigualdade em suas

necessidades mais fundamentais. A falta de “tudo” gera miopia na identificação do que lhe é necessário, do que lhe é direito, nas palavras de Sen (2010, p.89):

Os destituídos tendem a conformar-se com sua privação pela pura necessidade de sobrevivência e podem, em consequência, não ter coragem de exigir alguma mudança radical, chegando mesmo a ajustar seus desejos e expectativas aquilo que sem nenhuma ambição consideram exequível.

Entretanto, buscar criar condições capacitantes é um caminho possível para que essas pessoas exerçam a condição de agente: “educação básica, serviços elementares de saúde e emprego seguro são importantes não apenas para si mesmos, como pelo papel que podem desempenhar ao dar às pessoas a oportunidade de enfrentar o mundo com coragem e liberdade” (Sen, 2010, p.90).

Entre os grupos focais trabalhados, o GF5 foi o que mais se aproximou das características necessárias para que a mulher exerça a condição de agente: trabalho fora de casa (capacidade de auferir renda); escolaridade; participação como pessoa instruída nas decisões dentro de casa. Contudo, em todos os grupos observa-se o germe da condição de agência que é a compreensão do direito, a compreensão de sua violação, senso apurado para identificar as condições injustas a que são submetidas, e até mesmo a potencialidade para fazer escolhas que com razão valoram:

Se ela passa mal e ganha num carro da polícia, ganha no meio da rua, num carro particular, como seria? (...) Se você tem uma condição financeira melhor, aí é melhor ainda eles vão até a sua casa se você quiser. Você liga, eles falam: “você quer parto na água, quer cesárea, você quer natural?” Você escolhe o que você quer. Já no nosso caso, Entendeu? **Joana, GF3**

Às vezes o direito é só no papel. **Ester, GF1**

Ester nos desafia a olhar para além das leis que foram criadas e que consideramos abrangentes, vê-las nas diferentes situações e histórias pessoais. O que é preciso fazer para que elas saiam do papel, em outras palavras, o que fazer para que elas abranjam a todas as pessoas e não apenas àquelas que estão mais bem colocadas na escala social, como desabafa Joana. Sen é insistente em afirmar que “a condição de agente e a voz ativa das mulheres, intensificada pela instrução e pelo emprego, podem,

por sua vez, influenciar a natureza da discussão pública sobre diversos temas sociais” (Sen, 2010, p.251).

Minha casa, consegui fazer a minha casa, sabe com o quê? Com meu Bolsa Família, tô pagando o cartão até hoje, da minha colega, ela tira o material para mim, de construção e eu pago todo mês (...) não consigo dar 100% (refere-se aos filhos) mas uma comida dentro de casa não falta, dou material escolar eu compro todo ano para eles, com o Bolsa Família que eu ganho, graças a Deus, assim filho nenhum meu passa fome. **Tamara, GF2**

Tamara tem uma história de resiliência e superação. Passou fome, sofreu abuso sexual, dormiu ao relento, viu sua mãe ser expulsa da casa da própria mãe, engravidou aos 15 anos abandonando a escola, entretanto e apesar da história de pobreza intergeracional, construiu a família, cria os filhos, como ela mesma define “como rainha e príncipes”.

Tamara, é a prova viva de que a responsabilidade pessoal representada por todo o esforço e determinação necessita encontrar eco na responsabilidade social, que na visão de Sen se traduz nas liberdades instrumentais (políticas públicas de proteção social, como o Programa Bolsa Família, ampliação de vaga na escola, bilhete único escolar). Para Tamara, conseguir um emprego, comprar o terreno e construir sua casa é um objetivo para a sua independência.

Ainda na gravidez. Eu paro de trabalhar, mas assim, não é que eu trabalhe por necessidade, eu gosto de trabalhar e tudo, aí quando eu a tive peguei e parei e com ele também, mesma coisa, só voltei quando ela tinha 4 anos e com ele também (será) porque pequenininho, indefeso, tenho medo de deixar com os outros. Pois não é nada, não é nada igual a mãe. **Marina, GF3**

Marina tem diante de si o que Sen chama de escolha racional e escolha real, tanto trabalhar quanto cuidar do filho são funcionamentos valorados por ela. O modo como opera na escolha, segue uma racionalidade: estar com o filho nos primeiros quatro anos do desenvolvimento infantil. Isso deve ser uma regra? De forma alguma, tampouco deve ser censurado em nome da autonomia feminina. Antes se deve preservar sempre a liberdade da escolha para essa ou aquela mulher, contribuindo para sua condição de agente.

(...) porque no momento em que você trabalha, no caso, você trabalha e ajuda teu marido, a tendência é só vocês irem pra frente, né?! **Rita, GF4**

A participação econômica da mulher na família tem repercussões importantes, para Sen quando as mulheres conseguem auferir renda fora de casa isso melhora sua posição no ambiente familiar. “A contribuição da mulher para a prosperidade da família é mais visível quando ela trabalha fora de casa e recebe seu salário. Ela também tem mais voz ativa, pois depende menos dos outros” (Sen, 2010, p. 253).

Algumas condições colocam as mulheres em situações diferenciadas, por exemplo, uma maior escolaridade, vínculo formal, capacidade de auferir renda fora de casa, acesso à propriedade. São mulheres que buscam informações para além daquelas que estão postas nos sistemas sociais tradicionais, utilizam a internet para adquirir conhecimento, apropriando-se de um saber que reduz assimetrias tanto nas relações com o profissional de saúde como em relação às próprias informações geradas no cotidiano familiar. O GF5 é um exemplo dessa assertiva:

Bethania: Então eu (estou) estudando, pesquisando esse tipo de coisa, hoje em dia, qualquer coisinha que a pessoa já tenta falar, eu já “oh! É isso, isso e isso!” (...) Até porque pra mim, agora é assim: nossa, estou gloriosa de poder dar mamar pra ele. Pretendo ficar 2 anos dando mamar!

(...) eu estou me conhecendo cada dia mais, e tudo que eu tenho dúvida... Igual no começo: meu marido falou: (mal chegou do hospital) “Vou comprar uma lata do Nan[®]”. Eu falei: “Não, não! Só para ficar guardada?” Falei “Ra, se você comprar essa lata do Nan[®] e deixar aqui em casa, o que acontece?? Eu vou pensar ‘Ah!’ O dia que ele tiver chorando e ele estiver estressado, eu vou, ah, vou optar pelo Nan[®], porque é uma coisa mais fácil; ele vai puxar e acabou”. Aí falei com ele: “Não vai comprar, não vai comprar porque eu vou dar o peito”. Mas aí veio minha sogra: “O leite não sustenta” (fala em tom de desalento).

Queila: O leite fraco (fala com ironia).

Bethania: Fraco, e minha mãe já batendo “eu vou fazer canjica, vou fazer não sei o que...”. Aquela coisa toda.

(Risos)

Conhecimento gerando autonomia dentro do próprio ambiente familiar.

Bethania: Depois disso, eu mesma fui pesquisando as coisas na internet, igual assim: depois que a minha mãe foi embora, né, e todo dia meus [seios] ficavam cheio. “Nossa, tenho muito leite, opa!” Aí passou uns dias, eu vi aquela coisa murchinha, eu “Caraca! Que pouquinho... Meu Deus, o que está

acontecendo com o meu peito? Até nos primeiros dias estava tudo grandão!”. Aí fui pesquisar e aí fui vendo que o corpo trabalha: quanto mais ele mama, mais produz leite. Então daí eu comecei, nisso assim eu já tive uma experiência igual minha sogra falava isso, eu falei “Olha, eu fiquei super feliz, pois na consulta de um mês... Ele nasceu com 3,645 kg, aí quando pesou lá, fiquei satisfeita: 5,030 kg.

Queila: O leite está sustentando (...)

O conhecimento é como uma janela, um mundo se abre para a pessoa quando esta tem acesso à informação, ao saber, contribuindo para sua condição de sujeito autônomo, capaz de tomar suas próprias decisões e não apenas seguir a de outrem.

Bethania: Primeira coisa quando eu cheguei: “Tá vendo só?! O leite tá sustentando, porque o garoto engordou 1kg e pouco”. Cresceu 5 cm em um mês, aí estou satisfeita. A cada dia eu vou conhecendo mais, e se fiquei com uma dúvida, eu vou e pesquiso. (...) Mas depois que eu comecei a estudar, a gravidez toda eu passava pesquisando, entendeu? Aí tipo assim, é(...) Hoje em dia eu tenho conhecimento que faltaram informações, porque se hoje em dia os postos de saúde tivessem ah, momento de amamentação, tipo assim: uma palestra explicando esse tipo de coisa, eu acho que isso assim hoje em dia o pensamento das pessoas seria mais diferente porque, tipo assim, a criança quando chora, igual eu pesquisando, não é assim porque tá com fome. É porque às vezes é uma adaptação aqui fora, talvez é frio, talvez é [...] né, poxa, ele acabou de sair, ficou 9 meses aqui dentro, quentinho. (...) Entendeu? Igual meu marido fica. Às vezes ele está chorando, ele acabou de mamar: “Oh, tá chorando porque o leite está fraco; tá chorando porque não está sustentando”. “Rafael, ele é um bebê. Ele não sabe falar, então essa é a maneira dele, né”. Então eu estudando, pesquisando esse tipo de coisa, hoje em dia, qualquer coisinha que a pessoa já tenta falar, eu já “oh! É isso, isso e isso!”.

Queila: Já tem a informação.

Bethania: Até porque pra mim, agora é assim: nossa, estou gloriosa de poder dar mamar pra ele. Pretendo ficar 2 anos dando mamar!

Queila também relata uma vivência parecida, porém, não tão bem-sucedida do ponto de vista do resultado prático, mas que em nada mudou seus pressupostos, o que demonstra sua condição de agente:

Mod: Como é que vocês dão conta de fazer todas as coisas se nem o profissional lhes informa...

Queila: Pelo menos comigo, isso não funciona, não. Quando o Gustavo nasceu, a primeira vez que eu entrei no consultório, primeira consulta dele [no consultório de pediatria] eu fiz uma lista em casa do que eu teria perguntar para ela. Cheguei ao consultório com aquela lista, ela riu da minha cara (fala sorrindo), eu disse: “Precisa rir não, doutora, porque isso aqui são

as minhas dúvidas que eu vou ter que sair daqui desse consultório tiradas as minhas dúvidas com a senhora” (aí comecei a ler) ela disse: “Qual é a próxima pergunta?” Eu disse: “Espera aí que tenho que olhar no meu papelzinho aqui”.

Érica: Já fez com deboche... (todas concordam)

Queila: É, fez com deboche. Fiquei mais de meia hora e saí de lá com tantas perguntas respondidas.

Queila: Aí quando entrei (era uma mulher) depois trocaram por um pediatra homem, aí a primeira vez que eu entrei no consultório desse pediatra (...) quando eu fiz uma pergunta para ele, ele me respondeu tão grosseiramente que eu fiquei assim, paralisada e não falei mais nada para ele. (...) A primeira pediatra, eu fiz aquela lista, ela me respondeu tranquilamente, mesmo com deboche, mas ela respondeu. Mas quando trocaram veio o pediatra, e eu não aceitei, pedi para trocar e estou satisfeita até hoje.

A relação com o trabalho também se difere nos grupos focais. Para todas as participantes, o trabalho é uma situação de sobrevivência, contudo, a condição de trabalho formal, possibilita certo tensionamento no diálogo travado entre Helena (GF5) e o encarregado da empresa onde trabalha que só é possível, pelas garantias trabalhistas existentes, como pode ser visto na fala a seguir:

Helena: Eu, grávida, me colocaram no pior horário. De duas às dez da noite. Falei “nesse horário eu não vou ficar, não vou”, eu já com 8 meses, eu falei “nesse horário eu não vou ficar”. Ele falou “você tem que ficar, sim. Se não ficar, então vai ter que sair”. Falei assim “não, não vou sair não. Já que você me colocou nesse horário... tá bom me colocou no horário”. No primeiro dia eu cheguei em casa e falei “mãe, minhas pernas estão doendo muito, estou com muita dor”. Fui lá no São José (Clínica) e peguei 5 dias. E fui indo assim, até eu ganhar o neném. Fui pegando título e atestado. Ele falava “mas você não pode”, “posso! Eu falei que não quero ficar nesse horário, então vou fazer o que eu quero”. Fui tacando atestado, tacando atestado. Acabou que em dezembro – ganhei neném em fevereiro –, quando foi em dezembro, eu tava passando mal, aí minha irmã me levou pro médico. Acabou que eu tive que ficar internada. Fiquei internada quase um mês; quando foi em janeiro, eu voltei, e em fevereiro fui de novo para ganhar neném.

GF5

Percebe-se que a solução “*fui tacando atestado*” é o último recurso, que de ilícito (como pressão pela intransigência do encarregado), torna-se lícito, pois o trabalho forçado e insalubre gera o adoecimento real “*eu tava passando mal (...) eu tive que ficar internada*”.

7 TEORIA DE JUSTIÇA EM AMARTYA SEN: ALGUMAS POSSIBILIDADES DE CONTRIBUIÇÃO PARA A POLÍTICA PÚBLICA DE PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO NOS MUNICÍPIOS DA BAIXADA FLUMINENSE.

Sen utiliza três autores para fundamentar sua teoria. Em Aristóteles ele vai buscar o ingrediente *bem humano* no sentido teleológico, são as pessoas e não as riquezas a finalidade do bem. Em Kant ele alicerça que o fundamento da *justiça* é a *liberdade*, o autor não utiliza a expressão autonomia, mas faz o mesmo uso para falar de funcionamentos e condição de agente. Para a abordagem seniana uma sociedade justa é aquela em que as pessoas têm liberdade para exercer aquilo que com razão valoram. Por fim, Sen se apoia na abordagem integrada do desenvolvimento econômico e social defendida por Adam Smith, que ressalta o poder da educação em igualdade de valor para se alcançar o desenvolvimento e não secundário ao elemento econômico. Assim, Sen, (2010, p.375) irá afirmar que:

Embora a prosperidade econômica ajude as pessoas a ter opções mais amplas e a levar uma vida mais gratificante, o mesmo se pode dizer sobre educação, melhores cuidados com a saúde, melhores serviços médicos e outros fatores que influenciam casualmente as liberdades efetivas que as pessoas realmente desfrutam.

Alguns críticos de Sen se ancoram nos fundamentos de sua teoria que é a ampliação das liberdades para justamente se opor afirmando ser uma teoria liberal a exemplo do neoliberalismo (DOMINGUES, 2003). Essa refutação parece-nos não proceder visto que no neoliberalismo o que se tem é um Estado mínimo, pouco interventor e um mercado livre; na teoria seniana, ao contrário, a liberdade das pessoas é alcançada na medida em que um Estado forte está estruturado para sua garantia, inclusive com mecanismos de proteção social, a exemplo das liberdades instrumentais.

Abreu (2012) ao reforçar a ideia de Estado forte na teoria de Sen argumenta que:

(...) precisa de democracia, de uma estrutura legal justa, de oportunidades sociais e equitativas de educação, saúde, entre outras; daí a necessidade da busca de um equilíbrio entre forças de mercado e instituições sociais através

da ação política e social (políticas públicas) sem asfixiar a livre iniciativa do mercado (p. 205).

Para Sen o mercado não é ruim, os abusos é que devem ser controlados. O mercado deve sempre ser um meio, pois os fins são as pessoas, a riqueza, evidentemente não é o bem que procuramos porque ela é meramente útil para fazer bem às pessoas.³⁴

Outra argumentação contrária é a de que a teoria seniana não engloba todas as pessoas (quem são os cocernidos?) como os portadores de doenças mentais (BRUM, 2013); sendo o principal argumento de Sen o bem das pessoas, todas elas estão incluídas e independente do grau de acometimento por uma doença ou transtorno psíquico ela não deixa de ser pessoa e o atributo “racional” refere-se a uma condição inerente do ser humano e não às habilidades cognitivas que se quer que o indivíduo tenha para adequar-se ao padrão de normalidade imposto socialmente para ser considerada como ser racional.

Uma terceira crítica à teoria de Sen é a de que ela, a exemplo de Rawls, não diz o *como fazer*. Martha Nunsbaum divergiu de Sen ao propor uma lista de funcionamentos, Sen, por sua vez insistiu na não elaboração de uma lista; para ele ao fazê-lo estaria dizendo à pessoa quais os funcionamentos deveriam ser valorados. Nesse sentido, esta lista negaria sua própria teoria de que as pessoas devem ter a liberdade de realizar os funcionamentos que com razão valoram.

Pode-se considerar que a teoria de Sen não é procedimental, o que não a torna utópica, mas com uma grande base filosófica de sustentação para se envidar políticas públicas que fortaleçam o potencial de agente das pessoas; que tenham mecanismos de identificar e corrigir as pequenas violações e nessa questão Sen nos dá três caminhos: 1) melhorar a renda; 2) promover meios para ampliar a expectativa de vida (longevidade); e, 3) propiciar condições de aquisição de conhecimento por meio de aumento da escolaridade e de outros processos educativos bem-sucedidos como é o caso da educação popular, sustentada na pedagogia de Paulo Freire.

Para Sen a riqueza não é o único instrumento para se realizar o bem humano; a saúde e a educação compõem essa tríade indissociável. A tese de Sen é, nesse sentido, uma teoria humanista.

³⁴ Apontamentos de aula, disciplina Tópicos especiais – Teorias de justiça, ministrada pelo prof. Dr. Olinto Antônio Pegoraro em 9/6/2015.

Reduzir as injustiças sociais não pressupõe a existência de uma única teoria, uma vez que todas elas buscam o mesmo resultado, portanto podem e devem coexistir. Para Sen, diferentes teorias devem ser discutidas com razões e não com tolerância preguiçosa, que é negar as outras teorias por não aceitar discutir as divergências; ou ainda com paroquialismo no qual a minha teoria serve para uma determinada realidade, e não para as demais.

Ao trazer à baila a temática amamentação foi evidenciada uma política nacional de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno que busca contemplar o direito de mulheres e crianças previsto nos principais documentos nacionais e internacionais. No Brasil, tal política tem se ampliado de forma muito intensa e alcançado abrangência significativa de modo a contemplar a mulher que trabalha, a mulher que estuda, a mulher privada de liberdade e, por conseguinte a criança, filhas de mães nessas condições; a criança a termo e pré-termo.

Políticas públicas capazes de responder às demandas das populações que se encontram em situação de privação devem gerar mecanismos que incluam os excluídos e de igual modo façam valer a legislação para que os incluídos injustamente possam sair dessa condição.

No presente estudo, o trabalho se mostrou uma instituição em que injustiças têm sido praticadas, reduzindo as oportunidades para o florescimento das capacidades individuais. Da mesma forma a escola, que na abordagem seniana deveria ser uma instituição capacitante, cujo propósito maior não é a formação para o mercado, mas para a autonomia, deixa a desejar nesse quesito e atua como mero reproduzidor de normas. É, nesse sentido, excludente quando deveria ser capacitante.

A escola não se modificou ao longo dos anos, não acompanhou as transformações sociais. No que tange à amamentação, os diálogos são ricos para demonstrar esse descompasso ao requerer da mulher que amamenta a incomensurável escolha entre estudar e amamentar. Quem são os atores? Que compreensão têm da importância da amamentação para a criança e do convívio materno em seus primeiros meses?

É necessário provocar diálogos sobre essas questões na escola, não a escola composta por paredes, mas a formada por pessoas, homens e mulheres que, vivenciando realidades comuns ou não, encontram-se em um mesmo contexto, o da reflexão, da ação e transformação, da construção de possibilidades mediadas pelo processo de educar uns aos outros e transformar-se a si próprios.

Outra instituição referida no estudo pelas participantes, com marcas de desigualdade de acesso é a creche. A baixa oferta de vagas, não apenas dificulta a mulher a se inserir no mercado de trabalho, reduz as possibilidades de participação social e política. Sobretudo a baixa oferta de vagas em creche é um retrato da desigualdade a que a criança está submetida, pois nega a ela oportunidades iguais de desenvolvimento integral nos anos iniciais. Negação no presente que repercute em seu futuro.

Pareceria utópico e contraditório que ao final deste estudo chegassemos à conclusão de que bastaria um conjunto de leis para garantir as liberdades e conseqüentemente a vida justa das pessoas. Por outro lado, pareceria não termos chegado a lugar algum se a nossa argumentação se concentrasse em afirmar que uma sociedade desigual não tenha condições de reduzir as injustiças por ação das pessoas.

Assim, se a desigualdade social (injustiças) interfere negativamente na prática da amamentação, como ampliar essa prática sem reduzir as injustiças?

Aproximando essa discussão à política de aleitamento materno e trazendo a realidade socioeconômica e política da região em que as mulheres participantes do estudo estão inseridas, temos a seguinte constatação: não se observa na região efetividade em se implantar as políticas de aleitamento materno; faltam vontade política dos governantes e autonomia para os coordenadores das áreas técnicas de aleitamento materno.

Há da parte das esferas federal e estadual crescente investimento na capacitação de pessoal para a execução das ações no âmbito dos municípios, no entanto, as ações não se instituem apenas com profissionais capacitados e, portanto, sensibilizados, são necessárias mudanças nas estruturas tanto no micro quanto no macrossistema, por exemplo, rotatividade de profissionais é um problema do macrossistema político.

Entretanto, se tomarmos como base a teoria de Sen, em seu constructo de que o investimento deve ser no desenvolvimento das pessoas, é possível que o movimento de transformação se dê em algumas instâncias, no sentido inverso ao que se é comumente esperado.

O município do Rio de Janeiro é um exemplo importante para a reflexão sobre a implantação e avanço da política de aleitamento materno em um contexto também de grandes desigualdades sociais. O município investiu na mudança das práticas assistenciais a partir da capacitação dos profissionais de saúde das unidades básicas que são a porta de entrada no sistema público de saúde, com isso credenciou 28 Unidades

Básicas Amigas da Amamentação. Esse avanço deu-se em grande parte à experiência acumulada com a iniciativa Hospital Amigo da Criança e com a instalação de Bancos de Leite Humano em seus hospitais repercutindo no aumento da prevalência de aleitamento materno exclusivo em lactentes com idade entre quatro e seis meses (de 41% para 82%); em se tratando de lactentes com idade entre nove e doze meses o aleitamento materno teve elevação de 24% para 82% em sua prevalência (CARDOSO *et al.*, 2008; SAMPAIO, 2011; ALVES *et al.*, 2013).

Essas estratégias vão aos poucos modificando a prática dos profissionais, não apenas em relação ao manejo da amamentação, mas em um cuidado que valoriza o outro, que o escuta e o respeita. Também possibilita que as mulheres que amamentam rompam com o paradigma de que a amamentação é uma responsabilidade pessoal, na medida em que os profissionais de saúde dispensem atenção, utilizem as habilidades do aconselhamento e que os serviços estejam de portas abertas para acolher de forma resolutiva (SEN, 2010).

Ao passo que se avançam com algumas frentes da política, outras vão surgindo, uma vez que vão trazendo luz às demandas e necessidades, ampliando o escopo de ação e abrangência. Novos atores vão se somando, alguns talvez impensáveis porque vivemos em uma sociedade que reforça a dualidade. Assim, pouco se acreditava que as empresas poderiam se envolver e promover a amamentação de suas funcionárias a não ser por força de lei ou por alguma espécie de lucro ou incentivos fiscais.

A estratégia Mulher Trabalhadora que Amamenta (MTA) não veio por decreto e não tem financiamento público, exceto em relação à licença-maternidade estendida; é, antes de mais nada, uma forma imaginativa e já temos hoje 99 salas de apoio à amamentação em empresas em todo o território nacional sendo que no estado do Rio de Janeiro, 33 salas de apoio já foram credenciadas em empresas. O que o Ministério da Saúde oferece é o apoio por meio dos tutores e a entrega de uma placa de reconhecimento.

Obviamente não há dúvida que não se trata apenas de uma placa de metal, é o reconhecimento de ações afirmativas que distinguem a empresa entre outras que não as têm. Se considerarmos que a força de trabalho feminina é sempre crescente, ser uma empresa que se destaca por ações que valorizam a mulher trabalhadora em suas especificidades é um excelente *marketing*.

A MTA é representada por três importantes estratégias: a ampliação da licença-maternidade para seis meses (empresa cidadã); a criação e manutenção de salas de apoio

à amamentação e, a creche ou auxílio, todas distantes do âmbito dos serviços de saúde numa possibilidade de resgate à naturalização da prática feminina de amamentar. Natural no sentido de que se há uma mulher que tenha parido a amamentação é algo possível, esperado de acontecer, bastando ela querer. Para isso, as estruturas sociais precisam dar conta, não podem ser impedimentos.

A promoção, proteção e apoio à amamentação funcionam como uma engrenagem de um grande mecanismo. Uma vez dado início ao seu “funcionamento” a tendência é ganhar velocidade, potência. Absorver novas demandas, denunciar violações (como foram os mamaços), tornando a amamentação parte do cotidiano das instituições, escolas, trabalho, lazer, mobilidade urbana. Outrossim, não podemos nos distanciar do reconhecimento de que como pano de fundo temos um contexto de desigualdades e que há um longo caminho que só o completa quem se coloca na estrada.

Os diálogos trazidos nos grupos focais possibilitam aos gestores municipais da região da Baixada Fluminense, e porque não dizer de regiões semelhantes, o diagnóstico de uma realidade social, política e econômica que nos permite identificar demandas, fortalezas e fraquezas das instituições e dos serviços, potencialidades para articulações entre diferentes setores públicos e privados e de áreas distintas. Aponta para a necessidade de maior participação das mulheres nos espaços de formulação de políticas e, por essa razão, para uma nova configuração no modo de gerir política pública.

Por fim, reforçamos que o conjunto de políticas que temos atualmente tem potencial para a promoção do aleitamento materno entre os incluídos, aqueles que estão no contexto de alguma instituição que sensibilizada ou não, observa e cumpre a legislação de proteção. Aos excluídos há uma enorme lacuna que só é perceptível (nos serviços de saúde) quando a amamentação não resulta em êxito, como por exemplo, nas situações de internação da criança por desnutrição, diarreias ou infecções respiratórias decorrentes da não amamentação ou ainda nos locais de trabalho, por conta do absenteísmo feminino.

Aos incluídos injustamente, fortemente caracterizados neste estudo, cabe contar com a condição de agente exigindo seus direitos e condições para exercê-los. A política de aleitamento materno ainda encontra-se distante desse segmento que desconhecendo os mecanismos de proteção torna-se vulnerado e susceptível às prescrições de fórmula láctea e conseqüente desmame.

No âmbito dos serviços de saúde, não há justificativa razoável para 30 anos de atraso no manejo da amamentação demonstrado por condutas profissionais e

institucionais inapropriadas e desatualizadas frente aos conhecimentos gerados na produção científica e incorporadas às políticas públicas de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.

A implantação das ações e estratégias da política tais como a Rede Amamenta e Alimenta Brasil, a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação, o Método Canguru para a atenção básica, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, Banco de Leite Humano e postos de coleta, a Estratégia Mulher Trabalhadora que Amamenta, o monitoramento da NBCAL e a realização das SMAM são ações com forte impacto na melhora da prática da amamentação.

Além disso, o conjunto de ações fortalece a prática na esfera social, gerando visibilidade para uma prática feminina e criando a prerrogativa para se refletir sobre o modo como a sociedade trata as mulheres e tudo aquilo que as envolve. As políticas são em parte determinadas pelos padrões e normas da sociedade sobre justiça. Elas, portanto, avançam, na medida em que a sociedade vai ampliando sua compreensão sobre direito. Dessa forma, Sen (2010, p.349) nos alerta que:

Para a elaboração de políticas públicas é importante não apenas avaliar as exigências de justiça e o alcance dos valores ao se escolherem os objetivos e as prioridades da política pública, mas também compreender os valores do público em geral, incluindo seu senso de justiça.

Assim, uma política deve sempre refletir a sociedade que se tem e a sociedade que se busca alcançar, tendo por referencial os direitos humanos.

CONCLUSÃO

A tese aqui apresentada, de que a amamentação é um valor humano, prática feminina e direito social, se sustenta na compreensão de que os mecanismos que a viabilizam não estão circunscritos ao sistema de saúde exclusivamente.

Sendo um *valor humano*, a amamentação se mantém ao longo da história a despeito de todos os avanços científicos e tecnológicos e de todas as transformações na cultura das sociedades. A divisão da sociedade em classes sociais não afetou a valoração imputada à amamentação embora tenha trazido inúmeros fatores dificultadores no interior das relações sociais.

O valor da amamentação é demonstrado na relação eu-tu, de solidariedade, na busca do bem para a criança que está para além do autointeresse materno. Diferente de dizer que amamentar é um ato de amor, como valor humano, podemos afirmar que a amamentação é permeada por racionalidade, por virtudes morais e sentimentos de afeto, empatia e preservação da vida; assim, o sentido que lhe é atribuído estará intrinsecamente ligado à relação que se estabelece com o outro, com o mundo, consigo próprio, relação sempre ontológica.

A pesquisa de campo evidenciou o modo intenso como as mulheres que amamentam expressam esse valor; contudo, para elas amamentar é um exercício livre de nutrir a criança com o leite materno e em alguns casos com o leite humano (amamentação cruzada), de estabelecimento de vínculo mãe-bebê, proteção e cuidado; para a comunidade científica amamentar é a condição que propiciará a redução da mortalidade infantil e das morbidades por alergias, infecções e doenças crônicas como as hiperlipidemias, doenças cardiovasculares e endócrinas entre outras.

Dessa forma, são normatizados modos de se amamentar, sendo a recomendação de “exclusivo até os seis meses e complementado até dois anos ou mais” a mais importante delas. Não ofertar seguindo as recomendações não diminui o valor atribuído e para algumas dessas mulheres esse ideal chega até mesmo a ser desconhecido.

A segunda premissa dessa tese é a de que a amamentação é uma *prática feminina*. Aqui se evidencia a necessidade de compreendê-la para além da prática profissional, das normas e protocolos. No entanto, como prática feminina, ainda estamos distantes de compreendê-la como uma prática isenta, seja da ciência, seja das grandes indústrias de fórmulas lácteas. O que de fato é a prática feminina? O que

estamos buscando resgatar? Até que ponto sua não prática é uma prática feminina autônoma? Essas são algumas questões que precisam sempre ser feitas a nós mesmos a fim de não nos afastarmos de uma conduta ética centrada na autonomia do outro.

A afirmação de que a amamentação é uma prática feminina encontra razoabilidade na argumentação racional sob duas perspectivas: a biológica e de gênero. Da perspectiva biológica, pela dotação de estruturas que permitem o pleno funcionamento, pela disposição do arcabouço anatômico e capacidade funcional das glândulas na produção láctea. Da perspectiva de gênero, no decorrer da organização social foram sendo incorporadas tipificações, papéis sociais nem sempre favoráveis à condição feminina, entre eles, a casa como espaço privado de produção social feminino, o papel de boa e abnegada mãe, condições rejeitadas e combatidas devido ao caráter domesticador que nada tem a ver com a prática que deve ser feminina e livre.

A desigualdade de gênero é uma questão crucial. O custo social da amamentação tão fortemente observado nos diálogos de todos os grupos focais chama a atenção para um problema que afeta a homens e mulheres. Embora a mulher seja, sem sombra de dúvida, a mais afetada diretamente, a desigualdade de gênero gera pobreza, apatia, violência, compromete o desenvolvimento humano e social.

Por fim, a amamentação como valor humano e prática feminina nos convoca a compreendê-la como um *direito social*, entendendo este, como direitos humanos que requerem uma ação positiva do Estado no sentido de remover barreiras para sua efetivação. O aleitamento materno transita entre os direitos de primeira geração (vida, liberdade, igualdade perante a lei) e os de segunda geração (direitos sociais).

Os de primeira geração são direitos autoevidentes e estão garantidos, no Brasil, pela Constituição Federal, e no mundo, por meio da Declaração dos Direitos Humanos; já os direitos de segunda geração são resultados das lutas sociais em prol de justiça social caracterizada por mecanismos do aparelho do Estado para a redução das desigualdades sociais e de gênero.

A compreensão da amamentação como direito humano sofre enorme influência da desigualdade de gênero e, por consequência, social. Por ser uma prática inerente ao feminino, sua responsabilização recai sobre as mulheres que acumulam múltiplas funções sociais tanto no ambiente privado como no público.

Sen nos possibilita pensar a justiça a partir das injustiças impactantes, a partir da realidade concreta a que estão inseridas mulheres e crianças que não veem a

amamentação como direito, e, portanto, responsabilidade social, antes, para muitas delas, nunca deixou de ser uma responsabilidade pessoal apenas.

A imersão nos diálogos dos diferentes grupos focais confere um panorama bastante propício para a discussão que se pretende nesse estudo. A escolha de Amartya Sen como teórico para compreender a prática da amamentação de mulheres que vivenciam privações quer sejam sob a forma de exclusões de sistema de proteção social, quer seja uma inclusão injusta nesse sistema encontra identificação por se tratar de uma teoria de justiça que parte das injustiças impactantes e não de teorizações acerca da economia e dos sistemas políticos.

Não cabe afirmar que as discussões acerca da economia e dos sistemas políticos sejam menos importantes e necessárias e que portanto, devam ser colocadas à margem da análise de justiça. Não apenas são importantes, como são a base das injustiças sociais, visto que em nome do crescimento econômico os sistemas políticos têm desviado a atenção das pessoas para focar-se no capital. Nessa perspectiva, uma sociedade de excluídos é vista apenas como efeito colateral. Por essa razão, concordamos com Sen ao conduzir sua teoria para as pessoas, seu bem, sua felicidade. Economia e sistemas políticos são meios para se alcançar o desenvolvimento das pessoas e nunca o inverso.

Sendo as pessoas o foco da atenção, o ponto de partida de Sen é o sentimento de justiça; como as pessoas sentem as injustiças, assim, mais que grandes formulações teóricas, Sen está interessado na eliminação ou minimização dos efeitos das injustiças sentidas pelas pessoas e que tanto afetam seu desenvolvimento. Para Sen, o sentimento de justiça é inato, nascemos com ele. Qualquer criança é capaz de perceber uma injustiça, afirma o autor e alguns nomes da nossa história não precisaram das teorizações para agir em prol da redução das injustiças, sendo Mahatma Gandhi, Martin Luther King e Nelson Mandela alguns exemplos reais na segunda metade do século passado.

Como resultado do estudo foram construídas duas categorias. A primeira se ocupou de descrever o direito como se apresenta na realidade concreta das mulheres que amamentam. Assim, percebeu-se que a vivência da exclusão e da inclusão injusta estão para além da prática da amamentação, embora na condição de gestante ou nutriz se perceba mais fortemente essa fragilidade diante da dificuldade.

Nesta categoria, ao trazer a relação das mulheres que amamentam com as instituições como ponto de partida para a análise da liberdade, ficou evidenciada a

fragilidade nas liberdades substantivas. A inclusão injusta no trabalho, a incomensurabilidade nas escolhas entre dois funcionamentos valorados, constituindo-se um conflito ético, a congruência de violações quando o que está em questão é a vaga na creche; a reprodução das iniquidades sociais no sistema de saúde foram discutidas detalhadamente.

Não há como chegar à justiça sem falar em instituições justas, uma vez que o alargamento das liberdades como fundamento da justiça requer de igual forma a ampliação das oportunidades e, nessa questão, as políticas têm importante contribuição a dar à efetivação dos direitos e redução das desigualdades. Cabe, portanto aos diferentes atores sociais o enfrentamento das iniquidades por meio de maior participação política e social numa perspectiva de agência em que se busca transformação no coletivo e para o coletivo e não apenas na perspectiva de bem-estar, paciente das benesses dos programas sociais.

As liberdades instrumentais evocadas na abordagem seniana são as liberdades que nos constroem e com as quais construímos o mundo;³⁵ nesse sentido, o exercício da liberdade que se configura no conjunto capacitário (funcionamento, capacidade e capacitação) depende das liberdades instrumentais que ao mesmo tempo em que devem ser garantidas e propiciadas pelo Estado e sociedade, devem emergir das lutas sociais e das escolhas individuais. Essas escolhas irão depender ainda de três fatores sob os quais Sen e Mahbub Ul Haq elaboraram o IDH, a possibilidade de uma vida longa, a educação para a autonomia e a renda, esta última no sentido aristotélico em que eu sou senhor do capital e não o inverso.

A segunda categoria do estudo aponta para a posicionalidade e a capacidade de agência da mulher afetando a prática da amamentação. Nota-se que as duas categorias concentram-se em questões caras para Sen, que, como humanista, preocupa-se com as pessoas como fim, sua felicidade e seu desenvolvimento, numa aproximação a Aristóteles, o florescimento de suas capacidades. Traz uma reflexão do lugar que a mulher ocupa usando alguns conceitos de Sen para a análise. Ambas as categorias se retroalimentam, são causa e efeito nessa engrenagem, nesse contexto de injustiças.

A posicionalidade na abordagem seniana nos ajuda a compreender os diálogos, as falas para além do texto. A posição original que ocupamos diz muito sobre o nosso ser, o nosso fazer, o nosso modo de estar no mundo. Para Sen nossa compreensão de

³⁵ Apontamento de aula (16/6/2015) na disciplina Teorias de Justiça – prof. Dr. Olinto Pegoraro.

mundo está intrinsecamente relacionada com nossas experiências e por essa razão só pode ser acessada por meio destas. Somente o investimento em pessoas permitirá deslocá-las da posição original permitindo contemplar um mesmo objeto de outros pontos posicionais, uma espécie de mito da caverna.

Não se está afirmando que há a posição correta, a exemplo de deslocar o saber popular substituindo pelo saber acadêmico. Aqui a posicionalidade está relacionada às estruturas sociais injustas que influenciam fortemente na percepção do que lhe é direito, do “que não adianta, sempre foi assim”. A remoção de injustiças deve levar em conta a posicionalidade dos envolvidos, sob o risco de fracassar ou de permanecer atuando na superficialidade sem afetar as estruturas.

A condição de agente é grandemente afetada pela posicionalidade e na medida em que as liberdades instrumentais forem sendo fortalecidas, alcançadas, melhora-se a condição de agente. Percebeu-se nessa segunda categoria que a manutenção da amamentação depende das escolhas maternas, porém, vimos também que as estruturas sociais, muitas das vezes, obrigam a mulher a fazer escolhas excludentes, incomensuráveis.

Muitas das escolhas não são essencialmente racionais, do ponto de vista do autointeresse, há tantas outras motivações que determinam as escolhas mais razoáveis e, por isso, tornam-se a escolha real. Amamentar exclusivamente é uma dessas escolhas consideradas pelas mulheres como razoável. É o que é possível, naquele momento, naquela posição. Nesse sentido é necessário deslocar a amamentação desse lugar de tão somente responsabilidade pessoal.

Fortalecer a compreensão de que ao protegermos essa prática feminina, de valor humano e direito social estamos investindo nas gerações futuras, sem nos distanciarmos das atuais, é, talvez, a grande contribuição que podemos dar ao relacionarmos amamentação com justiça social numa perspectiva bioética.

Concluindo, podemos dizer que a proteção à amamentação se faz na mesma via que a proteção às pessoas. É por meio das liberdades instrumentais que mulheres que amamentam em condição de privação de direitos, poderão, na condição de agente, escolher o seu conjunto capacitário. A etapa de campo evidenciou que amamentar é um desses funcionamentos valorados e que, portanto, deve ser protegido.

Assim, na abordagem seniana a teoria de justiça deve ser prática, deve partir do cotidiano das pessoas.

REFERÊNCIAS

ABREU, Cesaltina. Amartya Sen: O autor e algumas de suas obras. **Revista Angolana de Sociologia**, 9/2012, 205-207.

ALMEIDA JAG. **Amamentação: um híbrido natureza-cultura**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1999, p.40-41.

ALMEIDA, JAG; NOVAK, FR. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 80, n. 5, Nov. 2004 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572004000700002&lng=en&nrm=iso>. access on 21 Apr. 2011. doi: 10.1590/S0021-75572004000700002.

ALVES, Ana Lúcia Naves; OLIVEIRA, Maria Inês Couto de and MORAES, José Rodrigo de. Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação e sua relação com o aleitamento materno exclusivo. **Rev. Saúde Pública [online]**. 2013, vol.47, n.6, pp. 1130-1140. ISSN 0034-8910.

ALVES, CRL; GOULART, EMC; COLOSIMO, EA; GOULART, LMHF. Fatores de risco para o desmame entre usuárias de uma unidade básica de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, entre 1980 e 2004. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(6):1355-1367, jun, 2008.

AMARAL, AA. Textos do trópico de Capricórnio – Artigos e ensaios (1980-2005) Vol. 1. Modernismo, arte moderna e o compromisso com o lugar. São Paulo: Editora 34, 2006.

AMORIM, STSP. Aleitamento materno ou artificial: práticas ao sabor do contexto. **Estudos Feministas, Florianópolis**, 16(2): 581-598, maio-agosto/2008.

Arantes CIS, Montrone AVG, Milioni DB. Concepções e conhecimento sobre amamentação de profissionais da atenção básica à saúde. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. 2008;10(4):933-44. Disponível em <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a06.htm>> Acesso em 30/06/2015.

ARAÚJO, MFM. Situação e perspectivas do aleitamento materno no Brasil. In: Carvalho MR, Tamez RN. Amamentação: bases científicas para a prática profissional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 1-10.

ARAÚJO, RMA. O aleitamento materno na pós-graduação stricto sensu em nutrição no Brasil. 2008. Xii. 159 f. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher)-Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008.

AYRES, JRCM. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro – CEPESC:UERJ/IMS:ABRASCO, 2009.

- BACCO, PAM; PROGIANTI, JM. Discursos dominantes e estratégias utilizadas na prática do aleitamento materno. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2008 abr/jun; 16(2):206-11.
- BACKES, DS; COLOMÉ, JS; ERDMANN, RH; LUNARDI, VL. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. *O Mundo da Saúde*, São Paulo: 2011;35(4):438-442.
- BAPTISTA, GH; ANDRADE, AHKG and GIOLO, SR. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças de famílias de baixa renda da região sul da cidade de Curitiba, Paraná, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2009, vol.25, n.3, pp. 596-604. ISSN 0102-311X.
- BARATA, RB. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2009.
- BARBOUR, Rosaline. Grupos Focais. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- BARROS, VO *et al* . Aleitamento materno e fatores associados ao desmame precoce em crianças atendidas no programa de saúde da família. *Nutrire Rev. Soc. Bras. Aliment. Nutr*; 34(2): 101-114, ago. 2009. graf, tab.
- BERNARDI, JLD; JORDÃO, RE and BARROS FILHO, AA. Fatores associados à duração mediana do aleitamento materno em lactentes nascidos em município do estado de São Paulo. *Rev. Nutr.*[online]. 2009, vol.22, n.6, pp. 867-878. ISSN 1415-5273.
- BOBBIO, Norberto. A era dos direitos. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.
- BRASIL. Constituição (1998). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de alimentação e nutrição. 2. ed. rev. – Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2003. 48 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de capacitação de equipes de unidades básicas de saúde na Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação -IUBAAM. Manual técnico. Brasília (DF); 2006a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Coletânea de normas para o controle social no Sistema Único de Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006b. 208p. (Série E. Legislação de Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009a. 112 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 23).
- BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. II Pesquisa de Prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf .

BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2009c.

BRASIL. Ministério da Saúde. A legislação e o marketing de produtos que interferem na amamentação: um guia para o profissional de saúde– Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010a. 92 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Pesquisa de prevalência de aleitamento materno em municípios brasileiros: Situação do aleitamento materno em 227 municípios brasileiros. Brasília - DF, 2010b.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Nota Técnica conjunta nº 01/2010 ANVISA e Ministério da Saúde. Assunto: Sala de apoio à amamentação em empresas. Brasília - DF, 2010c.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília, DF: Senado Federal, 2011.
Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Rede Amamenta Brasil: os primeiros passos (2007–2010). Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Fundação Oswaldo Cruz. Rede de bancos de Leite Humano. Disponível em <<http://www.redeblh.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?tpl=home&id=rr>> Acesso em: 14. Jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html Acesso em: 27/06/2015.

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

BRASIL. PORTARIA Nº 1.153, DE 22 DE MAIO DE 2014. Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153_22_05_2014.html Acesso em: 14. Jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. – (Cadernos HumanizaSUS ; v. 4).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. Informações de Saúde. (s/d) Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0206> . Acesso em: 11/06/2013

BRUM, H. Capabilities para quem? Uma crítica a Amartya Sen. Niteroi, RJ: Diversitates, vol.5 n.1:92-108, 2003.

CALIL, VMLT; FALCÃO, MC. Composição do leite humano *in*: FEFERBAUM, R; FALCÃO, MC. Nutrição do recém nascido. São Paulo: Ed. Atheneu, 2003
CAMAROTTI, Caroline Michele et al. **Perfil da prática da amamentação em grupo de mães adolescentes**. *Acta paul. enferm.* [online]. 2011, vol.24, n.1, pp. 55-60. ISSN 0103-2100.

CARDOSO, Leticia O. et al. Impacto da implementação da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação nas prevalências de aleitamento materno e nos motivos de consulta em uma unidade básica de saúde. *JORNAL DA PEDIATRIA*. Rio de Janeiro, v. 84, n. 2, p.147-153, 2008.

CARRASCOZA, KC; COSTA JUNIOR, AL; AMBROZANO, GMB and MORAES, ABA. Análise de variáveis biopsicossociais relacionadas ao desmame precoce. *Paidéia (Ribeirão Preto)* [online]. 2005, vol.15, n.30, pp. 93-104. ISSN 0103-863X.

CECÍLIO, LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde *in* Pinheiro, Roseni; Mattos, Rubem de Araújo (Org). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006.

CHAVES, RG; LAMOUNIER, JA; CÉSAR, CC. Medicamentos e amamentação: atualização e revisão aplicadas à clínica materno-infantil. *Rev Paul Pediatr* 2007;25(3):276-88.

CÔRTEZ, NORMA. Descaminhos do método notas sobre história e tradição em Hans-Georg Gadamer. *VARIA HISTORIA*, Belo Horizonte, vol. 22, nº 36: p.274-290, Jul/Dez 2006.

CRESWELL, John W. Projeto de pesquisa: Método qualitativo, quantitativo e misto. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CRUZ NETO, O.; MOREIRA, M. R.; SUCENA, L. F. M. Grupos focais e pesquisa social qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS. 13, ABEP, 2002, Ouro Preto. Anais. Disponível em:

<http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/Com_JUV_PO27_Neto_texto.pdf>

CRUZ, FAO. Desempenho educacional e renda domiciliar: análise do IDEB dos municípios da Baixada Fluminense. **Vivências**. Vol.8, N.14: p.92-99, Maio/2012

DA SILVA RC; ESCOBEDO JP; GIOIELLI LA; QUINTAL VS; IBIDI SM; ALBUQUERQUE EM. Composição centesimal do leite humano e caracterização das propriedades físicoquímicas de sua gordura. **Quim. Nova**, Vol. 30, No. 7, 1535-1538, 2007.

DANTAS, NJO. **Aspectos Constitucionais de Aleitamento Materno - Saúde da Criança e Liberdade Econômica**. São Paulo: RCS Editora, 2007.

DETTWYLER, Katherine. Uma visão antropológica. Disponível em: <<http://www.aleitamento.com/amamentacao/conteudo.asp?cod=120>> Acesso em: 21/11/2013.

DINIZ, Debora; GUILHEM, Dirce. O que é Bioética. São Paulo: Brasiliense, 2006.

DINIZ, D. Ética na pesquisa em ciencias humanas: Novos desafios. **Ciênc. Saúde coletiva**, 13(2): 417-426, 2008.

DOMINGUES, JM. Amartya Sen, a liberdade e o desenvolvimento. **Novos estudos CEBRAP**. N.65, março 2003 p. 57-70.

DURAND, Guy. **Introdução Geral à Bioética: História, conceitos e instrumentos**. 2ª Ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2007.

DURHAND SB. Amamentação na adolescência: utopia ou realidade? **Adolesc Saude**. 2004;1(3):12-16.

ENGELHARDT, Jr T (Org). Bioética global – o colapso do consenso. **Editora Paulinas, União Social Camiliana**. São Paulo: 2012.

ENGELHARDT, Jr T. **Fundamentos da Bioética**. Edições Loyola. São Paulo:1998.

FALEIROS, FTV; TREZZA, EMC; CARANDINA, L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. **Rev. Nutr.** [online]. 2006, vol.19, n.5, pp. 623-630. ISSN 1415-5273.

FARIAS, José Fernando de Castro. **Ética, Política e Direito**. Lumen Juris, Rio de Janeiro: 2004.

FEBRASGO. **Aleitamento Materno: Manual de orientações**. São Paulo: Ponto, 2006.

FERNANDES, MFP. A Ética e a bioética no contexto da educação em enfermagem. *In* MALAGUTTI, W. Bioética e enfermagem – controvérsias, desafios e conquistas, Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2007.

FONSECA, Alexandre Brasil; SOUZA, Thaís Salema Nogueira de; FROZI, Daniela Sanches and PEREIRA, Rosangela Alves. Modernidade alimentar e consumo de alimentos: contribuições sócio-antropológicas para a pesquisa em nutrição. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2011, vol.16, n.9, pp. 3853-3862. ISSN 1413-8123.

FROTA, DAL; MARCOPITO, LF. Amamentação entre mães adolescentes e não-adolescentes, Montes Claros, MG. *Rev Saude Publica*; 38(1): 85-92, fev. 2004. Tab.

FROTA, MA. *et al.* Fatores que interferem no aleitamento materno. *Rev. RENE*; 10(3): 61-67, jul.-set. 2009.

GATTI, BA. Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas - Série Pesquisa v.10. Brasília: Liber Livro editora: 2012.

GEIGER. P. P. **A Metrópole e Cidade do Rio de Janeiro. Disponível em:** http://portalgeo.rio.rj.gov.br/bairros Cariocas/texto_cidade.htm Acesso em 17/1/15.

GUERRIERO, Iara Coelho Zito e MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio de revisar Aspectos éticos das Pesquisas em Ciências Sociais e Humanas: uma necessidade de Diretrizes Específicas. *Physis* [online]. 2013, vol.23, n.3, pp. 763-782. ISSN 0.103-7.331.

GUERRIERO, ICZ. Síntese das reflexões da reunião sobre ética em pesquisa qualitativa em saúde. Guarujá, SP. *Ciênc. Saúde coletiva*, 13(2); 459-463, 2008.

HUNT, Lynn. A invenção dos Direitos Humanos: uma história. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

KAPPEL, DB. Índice de desenvolvimento infantil no Brasil: Uma análise regional. *Revista Brasileira de Educação* v. 12 n. 35 maio/ago 2007.

KERSTENETZKY, CL. Desigualdade e pobreza: lições de Sen. *Rev. bras. Ci. Soc.* [online]. 2000, vol.15, n.42, pp. 113-122. ISSN 0102-6909.

KIND, Luciana. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 10, n. 15, p. 124-136, jun. 2004.

LABBOK, MH. Aleitamento materno e a iniciativa hospital amigo da criança: mais importante e com mais evidências do que nunca. *J. Pediatr. (Rio J.)*, Porto Alegre, v. 83, n. 2, Apr. 2007.

LIMA, IMSO; LEÃO, TM; ALCANTARA, MAR. **A fundamentalidade do direito humano à amamentação no Brasil: o papel da família, da sociedade e do Estado.** Congresso Internacional Interdisciplinar em Sociais e Humanidades - Niterói RJ: ANINTER-SH/ PPGSD-UFF, 2012, ISSN 2316-266X

LIMA, IMSO; LEÃO, TM; ALCANTARA, MAR. Proteção legal à amamentação, na perspectiva da responsabilidade da família e do Estado no Brasil. *R. Dir. sanit.*, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 66-90, nov. 2013/ fev. 2014.

MARQUES, ES *et al.* A influência da rede social da nutriz no aleitamento materno: o papel estratégico dos familiares e dos profissionais de saúde. *Ciênc. saúde coletiva [online]*. 2010, vol.15, supl.1, pp. 1391-1400. ISSN 1413-8123.

MATTOS, AR. Integralidade, trabalho, saúde e formação profissional: algumas reflexões críticas feitas com base na defesa de alguns valores *In: MATTA, Gustavo Corrêa; LIMA, Júlio César França (org.). Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV, 2010.

MEULDERS, Danièle *et al.* Trabalho e maternidade na Europa, condições de trabalho e políticas públicas. *Cad. Pesqui. [online]*. 2007, vol.37, n.132, pp. 611-640. ISSN 0100-1574.

MINAYO, MCS (Org.) *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade*. 5ª Ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social *in: MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES Suely Ferreira. Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.

MINISTERIO DA SAUDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Área da Saúde da Criança. Programas e Projetos da Saúde da Criança: responsabilidades compartilhadas em benefício das crianças brasileiras. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [online]. 2002, vol.2, n.2 [cited 2011-04-21], pp. 193-200. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292002000200013&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1519-3829. Acesso em: 16 abr. 2013.

MONTEIRO. Linderval Augusto. A Baixada Fluminense em perspectiva. Anos 90, *Porto Alegre*, v. 12, n. 21/22, p.487-534, jan./dez. 2005

MORENO, C C GS., REA, M F; Filipe, EV. Mães HIV positivo e a não amamentação. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 6(2), 199-208. 2006.

NEVES, JL. Pesquisa qualitativa – Características, usos e possibilidades. *Cadernos de pesquisas em administração. São Paulo*, V.1, nº 3, 2ª SEM./1996.

OLIVEIRA, A; SANTOS, M. Dilemas e desafios para a cidadania da Baixada Fluminense *in* Relatório Impunidade na Baixada Fluminense. (data desconhecida). Disponível em: http://www.dhnet.org.br/dados/relatorios/a_pdf/r_jg_rj_impunidade_baixada.pdf

OLIVEIRA, LPM *et al.* Duração do aleitamento materno, regime alimentar e fatores associados segundo condições de vida em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica*; 21(5): 1519-1530, set.-out. 2005. Tab

OLIVEIRA, LPM *et al.* Duração do aleitamento materno, regime alimentar e fatores associados segundo condições de vida em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública [online]*. 2005, vol.21, n.5, pp. 1519-1530. ISSN 0102-311X.

OLIVEIRA, MIC; SOUZA, IEO; SANTOS, EM; CAMACHO, LAB. Avaliação do apoio recebido para amamentar: significados de mulheres usuárias de unidades básicas de saúde do Estado do Rio de Janeiro. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2010, vol.15, n.2, pp. 599-608. ISSN 1413-8123

ABRAMO L; TODARO, R. Custos do trabalho e reprodução social em cinco países latinoamericanos *In: ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). Questionando um mito: custos do trabalho de homens e mulheres / Laís Abramo (ed.); Organização Internacional do Trabalho - Brasília: OIT, 2005. 196 p. ISBN 92-2-817100-6*

OTENIO, CCM, *et al.* Aspectos associados à amamentação e desmame em crianças atendidas no programa bebê-clínica em Bandeirante-PR. *Salusvita, Bauru*, v. 26, n. 2, p. 45-53, 2007.

PARIZOTO, GM; ERDMANN, AL; SANTOS, EKA and ANDRADE, SR. Produção de teses e dissertação, sobre aleitamento materno, nos programas de pós-graduação em enfermagem. *Acta paul. enferm.* [online]. 2012, vol.25, n.4, pp. 632-638. ISSN 0103-2100.

PARIZOTTO, J; ZORZI, NT. Aleitamento Materno: fatores que levam ao desmame precoce no município de Passo Fundo, RS. *Mundo saúde (Impr.)* (1995); 32(4):466-474, out.-dez. 2008.

PEGORARO, AO. *Ética é justiça*. 2º ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1995.

PEGORARO, OA. O lugar da bioética na história da ética e o conceito de justiça como cuidado. *In Bioética e longevidade humana*. PESSINI, L; BARCHIFONTAINE, CP. (Org.) – São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola, 2006

PEGORARO, AO. *Ética dos maiores mestres através da história*. 4ª Ed. Rio de Janeiro, 2010.

PEGORARO, AO. *Ética e Bioética: Da subsistência à existência*. 2ª Ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

PERES, PLP; PEGORARO, OA. Condições desiguais como causas para a interrupção do aleitamento materno. *Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro*, 2014 mar/abr; 22(2):278-85

POLIT, DF; BECK, CT; HUNGLER, BP. *Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem – Métodos, avaliação e utilização*. 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RAMOS CR; ALMEIDA, JAG. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. *J Pediatr (Rio J)* 2003;79(5):385-90.

RAMOS, CV *et al.* Diagnóstico da situação do aleitamento materno no Estado do Piauí, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2008, vol.24, n.8, pp. 1753-1762. ISSN 0102-311X.

REA, MF; TOMA, TS. Proteção do leite materno e ética . *Rev. Saúde Pública [online]*. 2000, vol.34, n.4, pp. 388-395. ISSN 0034-8910.

REA, MF. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2003* . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000700005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 abr. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000700005>

RIBEIRO KV, RODRIGUES BMRD, PERES PLP. Breastfeeding Experienced By College Students: Contributions Of Nursing In Light Of The Phenomenology Of Alfred Schütz. *R. pesq.: cuid. fundam. online 2011. jul./set. 3(3):2309-19*.<http://www.seer.unirio.br/index.php/index/search/advancedResults>

RIBEIRO, K V; RODRIGUES, BMRD; PERES, PLP. O aleitamento na perspectiva da estudante universitária. *In 62º Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Pesquisa Científica, 2009*: Rio Grande do Norte Disponível em: <<http://www.sbpcnet.org.br/livro/62ra/resumos/resumos/6408.htm>> Acesso em: 21/04/2011.

RIVEMALES, MC; AZEVEDO, ACC; BASTOS, PL. Revisão sistemática da produção científica da enfermagem sobre o desmame precoce. *Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2010 jan/mar; 18(1):132-7*.

ROCHA, NB; GARBIN, AJI; GARBIN, CAS; MOIMAZ, SAS. O ato de amamentar: um estudo qualitativo. *Physis [online]*. 2010, vol.20, n.4, pp. 1293-1305. ISSN 0103-7331.

SAMPAIO, Paula Florence et al. Nascer em Hospital Amigo da Criança no Rio de Janeiro, Brasil: um fator de proteção ao aleitamento materno?. *Cad. Saúde Pública [online]*. 2011, vol.27, n.7, pp. 1349-1361. ISSN 0102-311X.

SANTOS, EC; IBRAHIM, SY; VIANA, C. Levantamento sobre a educação infantil no Estado do Rio de Janeiro. *Solidariedade França-Brasil/SFB*. Rio de Janeiro, 2011.

SECCHI, L. Disponível em: <http://www.egem.org.br/arquivosbd/basico/0.625833001286194530_prof._leonardo_at_ores_no_processo_de_políticas_publicas.ppt> Acesso em 15/04/2015.

Sem creche pública - *A falta de creches públicas é um dos fatores que agrava o problema da evasão escolar*. Disponível em: <http://rjtv.globo.com/Jornalismo/RJTV/0,MUL134683-9098,00-SEM+CRECHE+PUBLICA.html>. Acesso em 17/04/2011.

SEN, A. *Desenvolvimento como liberdade*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

SEN, A. *A ideia de Justiça*. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

SEN, A. *Desigualdade reexaminada*. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

SEN, A. *Sobre ética e economia*. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

SEN, A; KLIKSBERG, B. *As pessoas em primeiro lugar: A ética do desenvolvimento e os problemas do mundo globalizado*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

SILVA AV, *et al.* Fatores de risco para o desmame precoce na perspectiva das puérperas – resultados e discussão. *Ver. Inst Ciênc Saúde*. 2009;27(3):220-5.

SILVA, IA. A vivência de amamentar para trabalhadoras e estudantes de uma universidade pública. *Rev Bras Enferm* 2005 nov-dez; 58(6):641-6.

SILVA, JRS; ASSIS, SMB. Grupo focal e análise de conteúdo como estratégia metodológica clínica-qualitativa em pesquisas nos distúrbios do desenvolvimento. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, São Paulo, v.10, n.1, p.146-152, 2010.*

SILVA, RMR ; MARCOLINO, C. A. vivência do processo de amamentação e desmame precoce por mulheres-mãe orientadas para o aleitamento materno: estudo qualitativo. *Online braz. j. nurs. (Online)*; 8(1)2009.

SIQUEIRA, José Eduardo (ORG). *Ética, ciência e sociedade*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2005.

SOUZA, C. B. ; SANTO, L. C. E. ; GIUGLIANI, E. R. J. . Politique publique de soutien à l'allaitement maternel : l'expérience du Brésil. *La santé de l'homme, INPES, p. 34 - 36, 20 ago. 2010.*

SYDRÔNIO, K, Souza, IEO, Almeida, JAG. Amamentação e enfermagem: Análise descritiva da produção da pós-graduação. *R Enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2006 jan/mar; 14(1):107-12.*

TRAD. LB. Grupos Focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisa de saúde. *Physis*. 2009;19(3):777-96.

VELOSO, LFG.; ALMEIDA, JAG. O aleitamento materno nos programas brasileiros de pós-graduação em Pediatria: perfil das dissertações e teses elaboradas de 1971 a 2006. *Rev Paul Pediatr* 2009;27(2):154-9.

VENÂNCIO, SI *et al.* Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. *Rev. Saúde Pública [online]*. 2002, vol.36, n.3, pp. 313-318. ISSN 0034-8910.

VICTORA, Ceres Gomes. Uma ciência replicante: a ausência de uma discussão sobre o método, a ética e o discurso. *Saude soc. [online]*. 2011, vol.20, n.1, pp. 104-112. ISSN 0104-1290.

VIEIRA, GO, *et al.* Fatores associados ao aleitamento materno e desmame em Feira de Santana, Bahia. *Rev. bras. saúde matern. infant*; 4(2): 143-150, abr.-jun. 2004. Tab.

VIERA CS, MELLO DF, OLIVEIRA BRG, FURTADO MCC. Rede e apoio social familiar no seguimento do recém-nascido pré-termo e baixo peso ao nascer. *Rev. Eletr.*

Enf. [Internet]. 2010;12(1):11-9. Available
from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a02.htm>.doi: 10.5216/ree.v12i1.9487.

VOLPINI, CCA; MOURA, EC. Determinantes do desmame precoce no distrito noroeste de Campinas. *Rev. nutr; 18(3): 311-319, maio-jun. 2005. Tab.*

WHO. IBFAN-BRASIL, Instituto de Saúde. *Alimentação Infantil: Bases Fisiológicas*. São Paulo, 1997.

APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidada a participar, como voluntária do estudo intitulado Amamentação como direito social e prática humana: uma crítica para a política pública a partir do referencial de justiça de Amartya Sen, conduzido por Patrícia Lima Pereira Peres. Este estudo tem por objetivo “Compreender a prática da amamentação em mulheres residentes na região da Baixada Fluminense do estado do Rio de Janeiro que vivenciam ou vivenciaram a maternidade em seu contexto social, político e econômico a partir do conceito de privação de direitos (exclusão e inclusão injusta) de Amartya Sen”.

Você foi selecionada por apresentar vivências com a amamentação. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo. Os benefícios desta pesquisa serão para o coletivo de mulheres e crianças que vivenciam ou vivenciarão amamentação como direito social e prática humana, para o debate científico e o enfrentamento das questões relacionadas ao aleitamento materno.

Não haverá riscos para a sua integridade física, social ou moral, uma vez que o estudo não requer identificações de pessoas ou instituições e abordará a vivência da prática da amamentação. Sua participação não será remunerada nem implicará gastos para as participantes, eventuais despesas de participação como passagem serão custeadas ou ressarcidas pela pesquisa.

Sua participação nessa pesquisa consiste em integrar-se a um grupo de conversa com outras mulheres que possuem vivências semelhantes às suas no que diz respeito à amamentação (Grupo Focal) cuja duração será entre 90 a 120 minutos. As informações coletadas serão gravadas por meio de áudio e as imagens dos grupos serão filmadas, ambos serão armazenados pela pesquisadora por um período de cinco (5) anos e destruídos após esse período.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação. Como pesquisadora, comprometo-me a tornar públicos, por meios acadêmicos e científicos, os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável. Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos da pesquisadora: Patrícia Lima Pereira Peres, doutoranda do Programa de Pós-graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva. E-mail: patricia.uerj@hotmail.com Tel.: 21 8867-2455 (pessoal) / 21 2868-8236 (institucional). Comissão de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524 – sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro, CEP 20559-900, telefone (21) 2334- 0235, ramal 108. E-mail: cep-ims@ims.uerj.br.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

_____, ____, _____, 201__.

Assinatura do participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

APÊNDICE B - Roteiro para grupo focal

Questão-chave 1 – Desde a gestação ou até mesmo antes da gravidez, algumas mulheres já começam a se preocupar com a amamentação, dentro das condições que são recomendadas, exclusivo até 6 meses e complementado até 2 anos ou mais, e à vontade, quando a criança quiser. Contudo, condições como trabalho formal ou informal, escola, ausência de creche podem dificultar a amamentação. Em nossa sociedade (Baixada Fluminense), toda mulher que se propõe a amamentar, consegue fazê-lo?

- 1.1. Que tipos de preocupações vocês tiveram (ou estão tendo) que enfrentar?
- 1.2. Vocês acham que isso é um problema isolado da mulher ou diz respeito a toda a sociedade? Por quê?

Questão-chave 2 – Conhecer um direito e usufruir desse direito pode não ser a mesma coisa. Quais os direitos são conhecidos, quais já usufruíram e quais não foram garantidos?

- 2.1. Como as mulheres se sentem em relação às dificuldades para amamentar sabendo que existem inúmeras leis que as protegem?
- 2.2. Alguma de vocês já tentaram cobrar a observância da lei? Conte-nos como foi.
- 2.3. Quais são as estratégias que as mulheres utilizam para dar conta de amamentar e continuar a vida?

Questão-chave 3 – Vocês acham que os serviços de saúde estão preparados para ajudar nessa dificuldade (violação de direitos)?

- 3.1.. Essa é uma dificuldade que se compartilha com o profissional ou não é um problema que ele esteja interessado ou preparado para ajudar?
- 3.2. Alguém já teve essa experiência? Conte-nos como foi.
- 3.3. O profissional fala sobre direitos nos atendimentos? Em que momento? De que forma? Em que isso ajuda?

Questão-chave 4 – Na opinião de vocês, como a sociedade democrática, de direitos, está estruturada para que mulheres e lactentes desenvolvam suas capacidades em toda a sua potencialidade?

APÊNDICEC– Caracterização do grupo focal 1, segundo características das participantes.

Nome	Id.	Estado civil	Nº filhos	Nível instrução	Ocupação	História de amamentação
Bruna	28	Casada	5	EFI	Diarista	Amamentou os três filhos de forma prolongada (4anos/2 anos) durante a amamentação do filho mais novo, teve aborrecimento e o leite secou [<i>sic</i>]. Amamentou filho de várias mulheres na maternidade (amamentação cruzada).
Nelita	35	Solteira	3	EFI	Trab. fora	Amamentou todos porém teve dificuldade com pega (trauma mamilar), mesmo assim manteve a amamentação; no último filho teve diminuição da produção de leite por conta do uso de medicamento para tratamento de hipotireoidismo. Um dos filhos mamou exclusivamente até os 2 anos.
Úrsula	20	Casada	n/t	EF	Do lar	Tem experiência com familiares e vizinhança, é sobrinha de Denise, outra participante do grupo focal. Considera que a amamentação é uma obrigação da mãe.
Débora	Ig	Casada	5	EFI	Do lar	No primeiro fez aleitamento materno (leite materno e outro tipo de leite) por falta de apoio do companheiro e por precisar trabalhar, já no segundo conseguiu levar a amamentação exclusiva.
Ester	20	Casada	2	EMI	Do lar	No primeiro filho, por influência da sogra, introduziu mamadeira desde a chegada da maternidade por achar que tinha pouco leite. No segundo amamentou exclusivamente no primeiro mês, com boa produção de leite mas após uma mastite a criança parou de mamar.

Fonte: Quadro elaborado a partir das informações obtidas no GF pela autora.

Legenda: NE (Não estudou), EFI (Ensino fundamental incompleto); EF (Ensino fundamental completo); EMI (Ensino médio incompleto); EM (Ensino médio completo); ES (Ensino superior em curso).

APÊNDICE D – Caracterização do grupo focal 2, segundo características das participantes.

Nome	Idade	Estado civil	Nº filhos	Nível instrução	Ocupação	História de amamentação
Tamara	28	União estável	3	EFI	Do lar	Amamentou até 6 anos, uma das filhas mamou até 7 anos, com introdução de água, papa salgada e café com leite a partir dos 4 meses. Não deu mamadeira (fórmula). Foi ama de leite (aleitamento cruzado).
Marina	36	Casada	2	EM	Téc. Enfermagem	Amamentou o primeiro até os 4 meses, no segundo amamentou exclusivamente até os 5 meses quando retornou da licença, amamentou de forma prolongada, interrompeu pois estava ficando muito magra.
Ruth	40	União estável	4	EF (Cursando)	Diarista	Os primeiros filhos amamentou exclusivamente até os 4 meses e complementado dos 4 aos 7 meses. Não amamentou por mais tempo por causa da dor. O mais novo fez exclusivo até os 6 meses.
Elisa	29	Casada	2	EM	Do lar	O primeiro filho recebeu complemento desde a maternidade, por causa de cólica interrompeu a amamentação aos 3 meses; o segundo mamou até 1 ano e 8 meses e exclusivo até os 5 meses, quando retornou ao trabalho.
Marcela	45	Casada	2	EF	Diarista	Amamentou até os 2 anos.

Fonte: Quadro elaborado a partir das informações obtidas no GF pela autora.

Legenda: NE (Não estudou), EFI (Ensino fundamental incompleto); EF (Ensino fundamental completo); EMI (Ensino médio incompleto); EM (Ensino médio completo); ES (Ensino superior em curso).

APÊNDICE E– Caracterização do grupo focal 3, segundo características das participantes.

Nome	Idade	Estado civil	Nº filhos	Nível instrução	Ocupação	História de amamentação
Marina	20	Casada	2	EM	Comércio	Amamentou o primeiro até os dois anos e o segundo tem 10 meses e está em aleitamento materno complementado, pretende amamentar até 2 anos ou mais.
Joana	41	Casada	3	EFI	Não informado	Amamentou, porém, não exclusivo. Não falou sobre sua vivência com a amamentação, focou-se na situação da filha e nas questões discutidas no grupo focal.
Flávia	20	União estável	2	EF (cursando)	Estudante	Está na segunda gestação, tem um filho de 4 anos, amamentou em meio à situação de violência doméstica
Joice	21	União estável	Gestante	EM	Do lar	Gestante, pretende amamentar o tempo necessário.
Nanci	35	Casada	4	EFI	Do lar	Está na quarta gestação, a primeira filha mamou apenas dois meses, por necessidade de trabalho, os outros mamaram mais tempo.
Aline	17	Solteira	Gestante	EF (Cursando)	Estudante	Gestante pretende amamentar bastante tempo e exclusivo. Trabalha e estuda, no momento está de licença no trabalho.

Fonte: Quadro elaborado a partir das informações obtidas no GF pela autora.

Legenda: NE (Não estudou), EFI (Ensino fundamental incompleto); EF (Ensino fundamental completo); EMI (Ensino médio incompleto); EM (Ensino médio completo); ES (Ensino superior em curso).

APÊNDICE F – Caracterização do grupo focal 4, segundo características das participantes.

Nome	Idade	Estado civil	Nº filhos	Nível instrução	Ocupação	História de amamentação
Ana	Ig	União estável	3	EFI	Desempregada	Teve trauma mamilar, mas manteve a amamentação mesmo assim. Introduziu fórmula para poder trabalhar.
Maria	ig	Separada	2	EFI	Desempregada	Amamentação até os 2 anos.
Carla	25	União estável	3	EFI	Desempregada	Aleitamento materno com introdução inoportuna de outros alimentos para poder trabalhar.
Sônia	22	União estável	3	EMI	Desempregada	Foi introduzido fórmula ainda na maternidade, permanecendo desde então, por orientação de pediatra da unidade básica.
Rita	49	Separada	7	EFI	Diarista	Seus filhos já são crescidos, amamentou de forma prolongada, mas não exclusivamente nos primeiros seis meses. Sempre fez uso de mamadeira.
Vilma	43	Separada	5	EFI	Diarista	Exclusivo no primeiro mês voltou a trabalhar introduzindo a mamadeira. Filhos ficam com a irmã (remunerada).
Bianca	23	União estável	3	EFI	Do lar	Em uso de complemento desde a saída da maternidade, por orientação do pediatra da unidade básica. Substitui o tipo de fórmula devido ao preço da que é prescrita pela médica.

Fonte: Quadro elaborado a partir das informações obtidas no GF pela autora.

Legenda: NE (Não estudou), EFI (Ensino fundamental incompleto); EF (Ensino fundamental completo); EMI (Ensino médio incompleto); EM (Ensino médio completo); ES (Ensino superior em curso).

APÊNDICE G - Caracterização do grupo focal 5, segundo características das participantes

Nome	Idade	Estado civil	Nº de filhos	Nível instrução	Ocupação	História de amamentação
Luiza	41	Casada	1	EF	Do lar	Teve um filho aos 36 anos, por causa da gravidez foi demitida, não trabalha até hoje. Amamentou até os 4 meses.
Helena	22	Solteira	1	EM (Cursando)	Trab. fora	Mora com os pais e irmãos. Amamentou exclusivamente até os 4 meses, quando retornou ao trabalho. Os pais são feirantes e quando é possível o pai atua na construção civil. A mãe toma conta do bebê enquanto ela trabalha.
Queila	36	Casada	2	EM	Do lar	Amamentou o primeiro sem orientações, já o segundo seguiu a recomendação do pediatra: AME até 6 meses e complementado até os 2 anos. Marido é fiscal de ônibus, trabalha no próprio bairro.
Barbara	26	Casada	3	EMI	Do lar	Amamentou os três. Dois deles mamaram menos que 6 meses e apenas um foi prolongado (1 ano). Introduziu alimentos por conta própria. Marido trabalha como entregador de loja de eletrodomésticos.
Camila	29	Casada	2	ES (Cursando)	Do lar	A primeira filha amamentou até 3 meses e o segundo está em aleitamento materno exclusivo. O marido trabalha em um supermercado no bairro.
Laura	36	Casada	1	EM	Do lar	Amamentou até os 4 meses com complementação.

Fonte: Quadro elaborado a partir das informações obtidas no GF pela autora.

Legenda: NE (Não estudou), EFI (Ensino fundamental incompleto); EF (Ensino fundamental completo); EMI (Ensino médio incompleto); EM (Ensino médio completo); ES (Ensino superior em curso).

ANEXO – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

INSTITUTO DE MEDICINA
SOCIAL-UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Amamentação como direito social e prática humana: uma crítica para a política pública a partir do referencial de justiça de Amartya Sen

Pesquisador: Patrícia Lima Pereira Peres

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 21107113.7.0000.5260

Instituição Proponente: Instituto de Medicina Social-Universidade do Estado do Rio de Janeiro-UERJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 466.287

Data da Relatoria: 21/11/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de tese que se propõe a investigar a relação entre a prática da amamentação e a justiça social, tomando como objeto de estudo mulheres que vivenciaram a maternidade na região da Baixada Fluminense. Para isso, se apóia no referencial de justiça proposto por Amartya Sen, economista indiano, que desenvolveu uma teoria baseada nas liberdades substantivas e nos funcionamentos individuais. O método adotado é a pesquisa qualitativa e a coleta de dados se dará por meio da técnica de grupo focal, os cenários serão unidades de saúde e/ou organizações não governamentais que desenvolvam ações junto à mulheres com esse perfil.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender a prática da amamentação em mulheres que vivenciam ou vivenciaram a maternidade na região da Baixada Fluminense em seu contexto social, político e econômico a partir dos conceitos de privação de direitos de Amartya Sen.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos apresentados pela pesquisa são mínimos. Cada participante será convidada a participar de uma a duas reuniões (Grupo Focal) em dias diferentes e horário previamente estabelecido conforme o perfil das mulheres, sujeitos do estudo, sendo explicado a duração e a dinâmica da

Endereço: Rua São Francisco Xavier, 524 - Sala 7003-D
 Bairro: Maracanã CEP: 20.550-900
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2334-0235 Fax: (21)2334-2152 E-mail: cep-ims@ims.uerj.br

INSTITUTO DE MEDICINA
SOCIAL-UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-



Continuação do Parecer: 466.287

reunião e o objetivo do estudo. O grupo focal acontecerá em local previamente reservado pelo profissional de saúde de referência, podendo ainda ser realizado na comunidade, no caso de mulheres atendidas pela Pastoral da Criança com indicação do local pela líder da Pastoral. O TCLE explicita que a participação é voluntária, a qualquer momento a participante poderá solicitar que determinadas falas e ou declarações não sejam incluídas no documento oficial, o que será atendida, além disso, será preservado o anonimato de suas informações, podendo desistir de participar da pesquisa sem nenhum prejuízo. Ao assinar o termo concordando em participar da pesquisa, a participante receberá uma via assinada pela pesquisadora com os contatos para os quais poderá utilizar caso sinta necessidade em fazê-lo. Os benefícios são contribuir com o debate científico e o enfrentamento das questões relacionadas ao aleitamento materno.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não há.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo apresenta título, resumo, justificativa, objetivos, métodos, população estudada, cronograma e referências bibliográficas. A folha de rosto foi corretamente preenchida e está assinada. Foi apresentado TCLE redigido em linguagem clara e contendo as informações necessárias, segundo modelo do comitê de ética em pesquisa do IMS. Foi apresentado orçamento da pesquisa.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado confirma a aprovação do projeto.

Endereço: Rua São Francisco Xavier, 524 - Sala 7003-D
 Bairro: Maracanã CEP: 20.550-900
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2334-0235 Fax: (21)2334-2152 E-mail: cep-ims@ims.uerj.br

**INSTITUTO DE MEDICINA
SOCIAL-UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-**



Continuação do Parecer: 466.287

RIO DE JANEIRO, 25 de Novembro de 2013

Assinador por:
Maria Helena Costa Couto
(Coordenador)

Endereço: Rua São Francisco Xavier, 524 - Sala 7003-D
Bairro: Maracanã CEP: 20.550-900
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-0235 Fax: (21)2334-2152 E-mail: cep-ims@ims.uerj.br