UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

NAYARA GIRARDI BARALDI

A vivência do aleitamento materno em um contexto de situação de violência por parceiro íntimo e a rede de suporte social

RIBEIRÃO PRETO
2017

NAYARA GIRARDI BARALDI

A vivência do aleitamento materno em um contexto de situação de violência por parceiro íntimo e a rede de suporte social

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de Pesquisa: Assistência à saúde da mulher no ciclo vital

Orientador(a): Profª Drª Juliana Stefanello

RIBEIRÃO PRETO

2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Baraldi, Nayara
pppA vivência do aleitamento materno em um contexto de situação de violência por parceiro íntimo e a rede de suporte social. Ribeirão Preto, 2017.
ppp196 p. : il. ; 30 cm

pppTese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Saúde Pública.
pppOrientador: Juliana Stefanello
p

1. Violência por parceiro íntimo. 2. Aleitamento materno. 3.Rede Social. 4.Pesquisa qualitativa.

BARALDI, Nayara Girardi

A vivência do aleitamento materno em um contexto de situação de violência por parceiro íntimo e a rede de suporte social.

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovada em: _____ / _____ /_____

Comissão Julgadora

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

À Ana Márcia Spanó Nakano (in memoriam), querida mestra, pela incansável luta em prol do aleitamento materno e das mulheres em situação de violência. Toda honra e gratidão por todo ensinamento e humanidade deixado a mim e aos seus. Saudades!

À Lucia Helena Girardi (in memoriam), amada tia, pela incansável luta contra o câncer e contra as situações de violência. Todo amor e gratidão, pelo cuidado, incentivo e carinho a mim e, sobretudo, à realização desse estudo. Saudade eterna!

Às mulheres que vivenciam situações de violência pelo parceiro, junto de seus filhos, as quais mesmo enfraquecidas pelas agressões buscam motivações para romper com a dominação masculina em busca de um amor libertário.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela sabedoria concedida a cada dia, pela Sua constante proteção e pela realização deste trabalho. E, a Nossa Senhora Aparecida, que com teu manto azul de mãe esteve me protegendo e intercedendo por esse estudo.

À minha família, minha base, em especial, meus pais Rosangela e João pelas infinitas orações. À minha irmã que além da ajuda na leitura do trabalho, me concedeu o título de tia com a vinda de Luiza. À minha amada avó, que por sua fortaleza me fez seguir em frente. Aos meus tios, minha prima e todos familiares que de alguma forma estiveram juntos nessa jornada.

Ao meu namorado, Serginho, que sempre foi companheiro e exímio incentivador deste estudo. Assim como seus familiares.

À minha orientadora, Profª Drª Juliana Stefanello, pela exímia dedicação em um momento tão particular de perda e escuridão. Agradeço o acolhimento, o respeito e a companhia no delineamento deste projeto. Assim como agradeço as orientações nas atividades do Programa de aperfeiçoamento do ensino (PAE), colaborando para meu crescimento profissional.

Aos professores Dr. Manoel Antônio dos Santos e Drª Juliana Stefanello, pela disponibilidade, pelo carinho e pelas valorosas contribuições no Exame de Qualificação.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior (CAPES), que me concedeu auxílio financeiro por meio da bolsa de doutorado, que, além de valorizar meu trabalho, me auxiliou a realização deste projeto.

Às participantes deste estudo, pelo respeito com qual me concederam relatar um período de suas vidas, compartilhar suas feridas e o que viabilizou diretamente a construção deste projeto.

À equipe do Centro Estadual de Referência em Saúde da Mulher, MATER, pela ajuda, pelo respeito e pela companhia, os quais culminaram nos laços de amizade, além da feitura do projeto.

Às equipes das Unidades Básicas de Saúde, que acolheram o projeto, e cedeu estrutura física para a gravação das entrevistas com privacidade.

Aos docentes e às funcionárias da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em especial, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, no papel da Shirley Figueiredo, que sempre se apresentaram disponíveis em ajudar-me frente às necessidades da vida acadêmica.

À Angelina Lettiere por toda amizade, sabedoria e companheirismo nessa jornada.

À Daniela Taysa Rodrigues Pimentel, à Amanda, à Bianca e à Aila pela amizade e pela colaboração na coleta de dados do Projeto maior que deu origem a esse estudo.

À Kelly Cristina Tannihão, professora de português, por toda atenção e responsabilidade com a revisão final deste trabalho.

À Juliana Gazzotti, que colaborou na tradução e na correção dos resumos estrangeiros.

À Paula Quirino, querida biblioteconomista, que além da sensibilidade em auxiliar-me, foi responsável junto a mim pela adequação das referências bibliográficas desse trabalho.

À Graciela Mauad Ávila por ser companheira e incentivadora desta jornada, e, além disso, me possibilitar rever nascimentos tão humanos e propagar minha formação obstétrica.

À Dulce Siviero Franco, coordenadora do curso de pós-graduação em saúde da mulher da Fundação Hermínio Ometto, que incentivou e vibrou por essa titulação, e que me possibilitou crescer academicamente por meio de palestras, seminários e coorientações acadêmicas.

Às irmãs da Ordem de São Camilo, na figura da irmã Sirmonia, que além de rezar pela feitura desse trabalho, me possibilitou presenciar nascimentos respeitosos e persistir na mudança de paradigmas hospitalares.

E aos amigos e conhecidos que dê alguma forma torceram e incentivaram a realização deste estudo.

Muito obrigada!

"… sempre vi na dominação masculina, e no modo como é imposta e vivenciada, o exemplo por excelência desta submissão paradoxal, resultante daquilo que eu chamo de violência simbólica, violência suave, insensível, invisível a suas próprias vítimas, que se exerce essencialmente pelas vias puramente simbólicas da comunicação e do conhecimento, ou, mais precisamente, do desconhecimento, do reconhecimento ou, em última instância, do sentimento. Essa relação social extraordinariamente ordinária oferece também uma ocasião única de apreender a lógica da dominação..."

Pierre Bourdieu

RESUMO

BARALDI, N. G. **A vivência do aleitamento materno em um contexto de situação de violência por parceiro íntimo e a rede de suporte social.** 2017. 196f. Tese (doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

Este estudo teve como objetivo compreender o significado que mulheres em situação de VPI atribuem à sua experiência de amamentar e à rede de suporte social. Trata-se de estudo qualitativo, que teve como referenciais teóricos a Dominação Masculina e o Poder Simbólico, de Pierre Bourdieu, e a Rede de Suporte Social, de Sluzki; em relação à metodologia, os dados foram tratados por meio do Método da Interpretação dos Sentidos. Participaram do estudo 21 puérperas, que se encontravam em situação de VPI em uma das fases do ciclo gravídico-puerperal e que tinham, no mínimo, 180 dias de pós-parto. Foi obtida, por meio de entrevista, a condição sociodemográfica, econômica, familiar e da VPI. E as questões norteadoras sobre a experiência de amamentar e da VPI deram origem aos dados qualitativos. Pautou-se a estruturação da rede através da construção do Diagrama de Escolta Social. As participantes tinham entre 17 e 23 anos, apresentavam tempo de estudo médio de 9.9 anos, e 12 participantes consideraram que o companheiro controlava sua vida. Quanto à VPI na gestação, 9 participantes sofreram algum tipo de violência, enquanto que, no período puerperal, esse número subiu para 19. Sobre o AM, apenas uma seguiu em AM exclusivo até o sexto mês. Em relação à estrutura da rede, a menor contou com 3 membros, e a maior, com 10. Os relatos obtidos originaram três categorias temáticas: "Percepção da violência no contexto de vida da mulher", "A violência por parceiro íntimo e as repercussões no aleitamento materno e na criança" e a "A estrutura e o contexto da rede de suporte social interpessoal e institucional frente à amamentação e a violência por parceiro íntimo". Na primeira categoria, visualizou-se o ciclo da violência, a qual repercutia em sentimentos de vergonha e inferioridade, assim como em transtornos psicológicos nessas participantes. Houve manutenção da violência simbólica e a expectativa da transformação do parceiro. Os enfrentamentos frente à VPI estiveram atrelados à vontade de afastar o filho desta violência, à busca de melhores condições econômicas, assim como à denúncia do agressor. Na segunda categoria, evidenciou-se a desmotivação em amamentar devido às brigas. Relataram-se reflexos sobre a criança, como choro, dificuldades no sono e afastamento do pai. Frente ao manejo do AM, perceberam-se as dificuldades iniciais e a falta de compreensão por parte do parceiro. Na última categoria, observou-se que a rede de suporte interpessoal era composta mais por elementos femininos e que já tinham experiência com o ciclo gravídico puerperal, enquanto o companheiro foi pouco citado. Percebeu-se que a rede interpessoal era mais acessada pela participante do que a institucional, e isso ocorreu devido à falta de vinculação e à fragmentação do cuidado, que exigia da participante uma peregrinação entre os serviços institucionais, causada pela ausência de uma rede fortalecida. Diante dos achados, propõe-se maior visualização da temática no meio acadêmico, no âmbito da saúde e também no meio relacional dessas mulheres, a fim de auxiliar, fortalecer e agir para um cuidado integral, possibilitando-lhes que rompam o ciclo da VPI e consigam estabelecer melhores índices de AM.

Palavras-chave: Violência por parceiro íntimo. Aleitamento Materno. Rede social. Pesquisa qualitativa.

ABSTRACT

BARALDI, N. G. **The experience of breastfeeding in a context of intimate partner violence (IPV) and the social support network**. 2017. 196p. Dissertation (Doctoral Degree). Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

This study aimed to understand the meaning that women in IPV situation attribute to their experience of breastfeeding and to the social support network. It is a qualitative study, whose theoretical references were Male Dominance and Symbolic Power, by Pierre Bourdieu, and the Social Support Network, by Sluzki. Regarding to the methodology, data were worked using the Method of Sense Interpretation. The participants of the study were twenty-one postpartum women in IPV situation during one of the phases of the pregnancy-puerperal cycle and who had at least 180 days postpartum. The sociodemographic, economic, family and IPV conditions were obtained through interviews. The qualitative data emerged from the guiding questions about the experience of breastfeeding and the IPV. The structuring of the network was guided by the construction of the Social Escort Diagram. Participants were between 17 and 23 years old with 9.9 years of study on average; 12 participants considered that the partner controlled their life. Regarding IPV during pregnancy, 9 participants suffered some type of violence while, in the puerperal period, this number increased to 19. About breastfeeding, only one had exclusive breastfeeding for six months. Regarding the structure of the network, the smallest had three members and the biggest had ten. The reports obtained originated three thematic categories: "Perception of violence in the context of the woman's life", "Intimate partner violence and the repercussions on breastfeeding and on the child", and "The structure and context of the interpersonal and institutional social support network in the face of breastfeeding and intimate partner violence." In the first category the cycle of violence was visualized, which had repercussions on feelings of shame and inferiority as well as psychological disorders. Symbolic violence was maintained and there was expectation of partner's change. The confrontation related to IPV was linked to the desire to remove the child from this violence, the search for better economic conditions as well as the accusation of the aggressor. In the second category, the lack of motivation in breastfeeding due to fights was evidenced. Reactions of the child such as crying, difficulties in sleep and estrangement from the father were reported. Considering the management of breastfeeding, it was noticed the initial difficulties and the lack of understanding from the partner. In the last category, it was observed that the interpersonal support network was more composed of female elements that had experience with the puerperal gravid cycle, while the partner was less mentioned. It was also noticed that the interpersonal network was more accessed by the participant than the institutional network, and this was due to the lack of connection and fragmentation of the care, which required the participant to go to different institutional services caused by the lack of a strong network. In view of the findings, it is proposed a greater focus on this theme in the academic environment and in the relational environment of these women, in order to assist, strengthen and act for a comprehensive care, enabling them to break the cycle of IPV and achieve better breastfeeding rates.

Keywords: Intimate partner violence. Breastfeeding. Social network. Qualitative research.

RESUMEN

BARALDI, N. G. **La vivencia de la lactancia materna en un contexto de situación de violencia de pareja (VP) y la red de soporte social.** 2017. 196h. Tesis (Doctorado). Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

Este estudio objetivó comprender el significado que mujeres en situación de VP atribuyen a su experiencia de lactancia y a la red de soporte social. Se trata de un estudio cualitativo, que tuvo como referenciales teóricos la Dominación Masculina y el Poder Simbólico, de Pierre Bourdieu, y la Red de Apoyo Social, de Sluzki. En relación a la metodología, los datos fueron tratados por medio del Método de Interpretación de los Sentidos. Participaron del estudio 21 puérperas, que se encontraban en situación de VP en una de las fases del ciclo gravídico-puerperal y que tenían por lo menos 180 días de posparto. Las características sociodemográfica, económica, familiar y de VP fueron obtenidas por medio de entrevista. Los datos cualitativos se originaron por medio de las cuestiones orientadoras sobre la experiencia de lactancia y de la VP. La estructuración de la red fue a través de la construcción del Diagrama de Escolta Social. Las participantes tenían entre 17 y 23 años, presentaban 9.9 años de estudio en promedio; 12 participantes consideraron que la pareja controlaba sus vidas. En relación a la VP durante la gestación, 9 participantes sufrieron algún tipo de violencia, mientras que en el período puerperal, ese número subió a 19. Sobre la lactancia, sólo una practicó la lactancia exclusiva hasta el sexto mes. En cuanto a la estructura de la red, la menor contó con 3 miembros y la mayor con 10. Los relatos obtenidos originaron tres categorías temáticas: "Percepción de la violencia en el contexto de la vida de la mujer", "La violencia de pareja y las repercusiones en la lactancia materna y en el niño" y "La estructura y el contexto de red de apoyo social interpersonal e institucional frente a la lactancia y la violencia de pareja". En la primera categoría se visualizó el ciclo de la violencia, la cual repercutió en sentimientos de vergüenza e inferioridad así como trastornos psicológicos. Se mantuvo la violencia simbólica y la expectativa de la transformación de la pareja. Los enfrentamientos frente a la VP estuvieron atados a la voluntad de proteger al hijo de esta violencia, a la búsqueda de mejores condiciones económicas así como a la denuncia del agresor. En la segunda categoría, se evidenció la desmotivación por la lactancia debido a las peleas. Reflejos sobre el niño como llanto, dificultades en el sueño y alejamiento del padre fueron reportados. En cuanto a la lactancia, se percibió dificultades iniciales y la falta de comprensión por la pareja. En la última categoría, se observó que la red de soporte interpersonal estaba compuesta más por mujeres que ya tenían experiencia con el ciclo gravídico puerperal, mientras que la pareja fue poco citada. Se percibió que la red interpersonal era más accedida por la participante que la institucional, y eso ocurrió debido a la falta de vinculación y a la fragmentación del cuidado, que exigía de la participante una peregrinación entre los servicios institucionales causada por la ausencia de una red fortalecida. A partir de los resultados, se propone un mayor enfoque en este tema en el medio académico y también en el medio relacional de esas mujeres, a fin de auxiliar, fortalecer y actuar para un cuidado integral, posibilitando que rompan el ciclo de la VP y consigan establecer mejores índices de lactancia.

Palabras clave: Violencia por pareja. Lactancia materna. Red social. Investigación cualitativa.

LISTA DE SIGLAS

AM	Aleitamento materno
AME	Aleitamento materno exclusivo
AMP	Aleitamento materno predominante
BA	Bahia
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CRSM	Centro Estadual de Referência em Saúde da Mulher
DRS	Departamento Regional de Saúde
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização não governamental
PAE	Programa de Aperfeiçoamento do Ensino
PB	Paraíba
PNIAM	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
SES-SP	Sistema Único de Saúde
SUS	Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade Saúde da Família
UNESP	Universidade Estadual Paulista
UNICEF	Fundo das Nações Humanas para a Infância
VCM	Violência contra a mulher
VPI	Violência por parceiro íntimo
WHO	World Health Organization

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Comparativo descritivo dos hábitos maternos que eram mantidos antes e na vigência da gestação 68

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Estruturação da rede de suporte social da participante 11 por meio do Diagrama de Escolta Social 102

Figura 2 - Estruturação da rede de suporte social da participante um por meio do Diagrama de Escolta Social 102

Figura 3 - Estruturação da rede de suporte social da participante dois por meio do Diagrama de Escolta Social 103

Figura 4 - Estruturação da rede de suporte social da participante três por meio do Diagrama de Escolta Social 105

Figura 5 - Estruturação da rede de suporte social da participante 17 por meio do Diagrama de Escolta Social 105

Figura 6 - Estruturação da rede de suporte social da participante 20 por meio do Diagrama de Escolta Social 110

Figura 7 - Estruturação da rede de suporte social da participante 13 por meio do Diagrama de Escolta Social 110

Figura 8 - Estruturação da rede de suporte social da participante cinco por meio do Diagrama de Escolta Social 116

Figura 9 - Estruturação da rede de suporte social da participante 19 por meio do Diagrama de Escolta Social 116

Figura 10 - Estruturação da rede de suporte social da participante 18 por meio do Diagrama de Escolta Social 120

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 17

1 INTRODUÇÃO 21

2 DELINEAMENTO DO OBJETO DE ESTUDO 27

2.1 Considerações sobre a prática do Aleitamento materno: implicações do contexto social . 27

2.2 Mulheres em situação de violência: questões conceituais e incidência 30

2.3 Contexto político e de ação protetiva no enfrentamento à violência por parceiro íntimo .. 34

2.4 O contexto sociocultural e a rede de suporte social para enfrentamento da situação de violência contra a mulher 37

3 JUSTIFICATIVA 41

4 PRESSUPOSTO 43

5 OBJETIVOS 45

5.1 Objetivo geral 45

5.2 Objetivos específicos 45

6 REFERENCIAIS TEÓRICOS 47

6.1 A dominação masculina e o poder simbólico segundo a visão de Bourdieu 47

6.2 Rede de suporte social segundo Sluzki 50

7 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA 55

7.1 Cenário da pesquisa 55

7.2 Universo empírico 57

7.3 Coleta de dados 58

7.4 Análise dos dados 61

7.5 Estudo piloto 62

7.6 Considerações éticas 63

8 RESULTADOS E DISCUSSÃO 65

8.1 Descrição das participantes 65

8.2 Análise qualitativa 72
8.2.1 Percepção da violência por parceiro íntimo no contexto de vida da mulher 73
8.2.2 A violência por parceiro íntimo e as repercussões no aleitamento materno e na criança 81
8.2.2.1 "...Se não tivesse as brigas, o M. (filho) mamaria mais..." 82
8.2.2.2 "...eu me arrependo muito de ter brigado na frente do meu filho porque ele viu tudo, tinha vez que ficava nervoso e chorando de noite [enquanto estava] dormindo..." 90
8.2.2.3 Vivência do aleitamento materno 95
8.2.3 A estrutura e o contexto da rede de suporte social frente à amamentação e a violência por parceiro íntimo 100
8.2.3.1 A estrutura e a funcionalidade da rede de suporte social interpessoal e institucional 101
8.2.3.2 As ações da rede de suporte social frente à violência por parceiro íntimo 122
8.2.3.3 As ações da rede de suporte social frente à amamentação 132

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS 145

REFERÊNCIAS 154

APÊNDICES 174

ANEXOS 195

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Durante a graduação em Obstetrícia pela Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo, deparei-me, nos estágios em Unidades Saúde da Família (USF), em salas privativas de coleta de colpocitologia oncótica, com mulheres, nas mais diversas idades, com sinais ou falas sobre agressão física, além de relatos de violência sexual, uma vez que mencionaram não ter desejo de realizar o ato; assim como era comentado também violência psicológica em relação às desigualdades de gênero. Recordo-me que a atenção que se dava a elas era de procurar sensibilizá-las quanto à sua condição e informá-las das medidas protetivas às mulheres que se encontram em situação de violência. Para isso, era explicado sobre a Lei 11.340/2006, também conhecida como Lei Maria da Penha, e também eram indicados os procedimentos de como realizar um boletim de ocorrência na Delegacia da Mulher; em alguns casos, havia necessidade do exame de corpo de delito e instauração de processo. Além disso, procurava-se encaminhá-las para os centros de convivência da mulher, que eram locais com profissionais habilitados a prestar todo o cuidado com a mulher em situação de violência. Neste contexto, vivenciei a dificuldade dos profissionais de saúde ligados às USF em realizar as notificações compulsórias, em particular, devido ao receio de represália por parte dos agressores e, até mesmo, de alguns familiares.

Diante de tal realidade, pude constatar o quão carente estão algumas mulheres de uma atenção que lhes possibilite quebrar o ciclo da violência e ajudá-las a resgatar a saúde e a sair dessa situação de vulnerabilidade. Como a violência contra a mulher envolve questões de saúde pública, é preciso ação política e social para coibi-la nas suas diferentes formas de manifestação, assim como é necessário o comprometimento de profissionais de saúde mais sensibilizados com esta questão, que afeta a saúde das mulheres e de sua prole. Quando a violência se manifesta em períodos como o ciclo gravídico-puerperal, pude observar, nos mesmos estágios, no setor de pré-natal, que a situação de violência contribuía para o início de um pré-natal tardio, que quase sempre era marcado por queixas, como dores, ansiedade, medo; que podem atingir também os outros membros familiares, em especial, as crianças que cresciam vendo a agressividade na relação dos pais.

Além dos reflexos da violência em outras fases do ciclo gravídico-puerperal, outra temática que passa a ser evidente no período pós-parto é a amamentação, que se apresentou como uma experiência instigante pela amplitude de aspectos que envolvem tal prática. Era muito comum presenciar as dificuldades frente à amamentação, seja pelo desconforto mamilar inicial, seja por outras intercorrências relacionadas com a mulher ou com o bebê. Um fato

marcante, que deve ser descrito, é a influência do meio relacional e familiar sobre a prática de aleitar da mulher. Evidenciei, junto de professores, situações de conflitos geracionais e de gênero sob o quadro do aleitamento materno (AM).

Mesmo não tendo como foco a análise destas vivências sob a perspectiva da desigualdade de gênero, no mestrado, buscamos compreender as vivências das mulheres no período puerperal e as práticas de cuidados relativas ao período pós-natal. Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, na dissertação, os resultados foram dispostos por meio de discursos, os quais demonstram que o período pós-parto é permeado por práticas de cuidado mistas, que podem advir tanto dos familiares como dos profissionais da saúde (BARALDI, 2012).

Uma releitura desta pesquisa me remeteu à questão da submissão feminina frente à dominação masculina, pois, por meio dos discursos, identificamos que algumas mulheres, sujeitos do estudo, ao relatarem o resguardo sexual, cediam ao desejo sexual do parceiro como forma de "acalmá-lo", mesmo estando sem vontade de praticar o ato, para seguir o resguardo, como disposto no trecho a seguir do discurso coletivo intitulado "Rompendo com os paradigmas sobre as práticas de cuidado no pós-parto":

> "Quanto ao resguardo sexual, mesmo tentando manter, eu continuei tomando (anticoncepcional), usando a camisinha porque homem não aguenta, portanto, até os trinta dias, eu segui certinho!" (BARALDI, 2012, p.87).

Pude evidenciar que, para as puérperas participantes, restava-lhes ceder ao apelo de seus companheiros: mesmo sem vontade de realizar o ato sexual , cediam a fim de que pudessem deixar de ser incomodadas, e até mesmo, para cessarem o mau humor dos maridos. No discurso coletivo intitulado "O cuidado determinado pelo profissional de saúde", muitas relatavam uma angústia relacionada com a quebra do resguardo puerperal, uma vez que tinham a crença e a valorização de que, por 40 dias após o parto, não deveriam manter relações sexuais, até mesmo por conta do discurso médico e dos profissionais de saúde que lhe assistiram, como se pode verificar no trecho a seguir:

> "[...] eu até tô tentando falar pro médico, com medo de dar alguma coisa por causa disso (ter mantido relação sexual antes dos 40 dias), né! Porque eu ainda não sei o motivo que a gente não pode, eu não sei..." (BARALDI, 2012, p.85).

Diante destes discursos, e sensibilizados com a realidade de mulheres em situação de violência, seja ela psicológica, física, sexual ou patrimonial, propomo-nos a desenvolver o

presente estudo, a fim de compreender a relação de poder do companheiro sobre os processos da fase puerperal, particularmente frente à amamentação.

Por fim, cabe destacar que nosso interesse por esta fase se justifica, também, pela minha participação no "Grupo Interdisciplinar em Educação e Saúde", da Universidade Estadual Paulista (UNESP), no câmpus de Rio Claro, participação que me possibilitou presenciar mais de perto a amamentação no município de Rio Claro, local de minha residência. Esta experiência resultou na elaboração de dois trabalhos sobre as vivências das mulheres dessa região frente à amamentação e a influência sociocultural no período lactacional (BARALDI; ANARUMA, 2011). Tal participação colaborou para aguçar a busca pelo conhecimento de contextos e situações que podem refletir, de alguma forma, na prática do aleitamento materno.

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Muitas mulheres sentem-se em processo de recuperação no puerpério ou pós-parto[1], mesmo vivendo a normalidade de um período de transição. Por conta disso, tanto puérpera como recém-nascido são considerados vulneráveis, uma vez que, ao retornar da maternidade para o seio familiar, levando o filho recém-nascido, a nova mãe se vê diante de situações que sofrem interferência de seu ambiente social e cultural (HEH, 2004; CANAVAL et al., 2007; PIPERATA, 2008; STEFANELLO; NAKANO; GOMES, 2008; BARALDI, 2012).

No período pós-parto, as mulheres convivem com oscilação de sentimentos marcada pela euforia, medo, alívio, ansiedade; os quais são desencadeados pela regressão gravídica - a fase de regressão do corpo às condições pré-gravídicas - pelas novas demandas geradas pelo recém-nascido, bem como pelo aleitamento materno, que se constitui de um evento intrínseco da fase puerperal (MERIGHI et al., 2006; BARALDI, 2012).

Em relação ao AM, foco deste estudo, a literatura científica contemporânea tem evidenciado que o ato de amamentar não é meramente instintivo, como nos demais mamíferos, sendo assim, tanto mãe quanto bebê precisam aprender seus papéis frente ao processo do aleitamento, e isso envolverá sentimentos, sensações, emoções, percepções e vivências (JUNGES et al., 2010).

Segundo Monteiro et al. (2011), a experiência da amamentação ultrapassa os aspectos físicos e biológicos do ato de aleitar, ele também se relaciona ao tempo histórico e às raízes culturais, psicológicas e sociais; assim, os déficits ou alterações nestes substratos podem conduzir ao desmame precoce, ou seja, antes dos seis meses de vida do bebê.

Nesta direção, é importante compreender as situações que podem gerar desgaste físico, emocional e social às mulheres frente ao AM. Assim sendo, dentro desse campo de investigação, pode-se encontrar a violência por parceiro íntimo (VPI), a qual poderia ocasionar repercussões no organismo materno e, por consequência, estender-se inclusive ao bebê e até à lactação. Ao se aproximar desta temática, buscou-se realizar uma revisão da literatura sobre a prática da amamentação e as influências do companheiro e da rede de suporte social para a mulher, assim como tentou-se conhecer os reflexos de um contexto violento para o período lactacional.

[1] Biologicamente, o puerpério, ou pós-parto, corresponde à finalização do parto. É o momento que o organismo da puérpera se recupera das transformações da gravidez e do parto. Inicia-se com a dequitação placentária e tem fim pouco exato, mas estabelecido em torno de seis a oito semanas, quando o organismo materno retorna às condições pré-gravídicas (CUNNINGHAM et al., 2000; NEME, 2000; COSTA, 2001).

Hasselmann et al. (2008), em seu estudo sobre sintomas depressivos no pós-parto e interrupção do aleitamento materno exclusivo (AME), demonstram que o estado marital interfere na prática do aleitamento materno. Ainda no mesmo estudo, a relação entre morar com o companheiro e ter depressão pós-parto aumenta em 40% o risco do desmame precoce. Entretanto, a atitude de companheirismo por parte do parceiro, quando percebida pela mulher mãe, tende ser um fator protetivo e incentivador para o início da amamentação mais do que outros fatores biológicos e sociais (SCOTT et al., 2006). A concorde, Falceto et al. (2004) encontram em seu estudo que a presença do companheiro, por meio de atos como incentivar o aleitamento e facilitar o ato da amamentação, tendem a prolongar o tempo de lactação.

Ainda, no caso da prática de amamentação entre mulheres em situação de violência por parceiro íntimo (VPI), Lourenço e Deslandes (2008) desenvolveram um estudo qualitativo envolvendo 11 mulheres do município do Rio de Janeiro em situação de VPI e identificaram que a violência estava presente também no puerpério. Como reflexo da violência nesta fase, as mulheres relataram ter que quebrar o resguardo, além de terem que se manter afastadas de seus familiares por conta do agressor não permitir envolvimento. As mulheres consideram que o recém-nascido resgatou-lhes a felicidade, entretanto, diante da violência, acabavam desmamando os filhos, como forma de mantê-los afastados de si e não serem agredidos por seus parceiros.

Dentre os objetivos do estudo de Lourenço e Deslandes (2008), incluía-se investigar a amamentação e o cuidado materno. Nesta direção, identificaram a presença de labilidade emocional das mulheres, uma vez que muitas foram agredidas durante todo o ciclo gravídico-puerperal e se mostravam esgotadas fisicamente, psicologicamente e mentalmente para o cuidado com o recém-nascido e os demais afazeres domésticos.

Sobre a sua participação no cuidado da criança, algumas relataram que, por não terem realizado pré-natal, tinham a sensação de que cuidaram menos desse bebê dentro do ventre, sendo assim, o desejo de amamentar, posto em prática, no puerpério, mesmo que violento, permitia-lhes se redimir dessa "falta" de atenção dada ao concepto. Outro fator que lhes redimia dessa culpabilização era o fato de oferecerem uma boa higiene ao recém-nascido, mesmo em meio da violência, fato que demonstrou uma positividade para a prática do aleitamento e para continuar a viver (LOURENÇO; DESLANDES, 2008).

A hipogalactia e a parada de produção láctea foram relacionadas por elas ao transtorno mental e físico que a violência lhes causava. O estudo aponta ainda que o desmame precoce esteve associado, segundo o relato das participantes, a várias outras dificuldades além da violência, como a ausência de rede de suporte e apoio, assim como a dupla jornada de

trabalho. Algumas ainda destacaram que o uso de medicação por conta da violência sofrida e o medo de que isso pudesse afetar a saúde do filho levaram à interrupção da amamentação. Apontam os autores que tanto a falta de uma rede de suporte e apoio, como o parceiro violento se apresentam como entraves para a prática do aleitamento materno, fato que contribuiu para desmame precoce (LOURENÇO; DESLANDES, 2008).

Um estudo populacional realizado por Silverman et al. (2006) sobre o efeito da VPI antes ou imediatamente após a gestação na prática do aleitamento pôde verificar que 71% das puérperas que praticavam o aleitamento materno, 18,3% desmamaram seus bebês antes do primeiro mês. Além disso, foi possível evidenciar que a VPI, independentemente do período em que ocorre, antes ou após a gestação, diminuía sutilmente o início do aleitamento e contribuía para cessá-lo mais rapidamente. Entretanto, ao associar a VPI a marcadores socioeconômicos e estilo de vida, como o fumo, os reflexos da violência sobre a prática do AM se intensificaram. Sobre tal impacto, os autores referem que quanto menor o nível socioeconômico da puérpera, maior a necessidade de proteção para elas e para seus filhos contra a agressão.

Averbuch e Spatz (2009) referendaram que mulheres que passaram por abuso sexual pelo parceiro íntimo se sentiam intimidadas psicologicamente para amamentar, uma vez que o ato de o bebê sugar o seio materno lhes trazia à mente as sensações da violência cometida contra elas. Nesta vertente, Kendall-Tackett (2008) relata que o abuso sexual na infância pode interferir e dificultar o período pós-parto; em especial, a autora destaca a chance aumentada para transtornos mentais, como depressão e ansiedade, que podem ser intensificadas em puérperas que estão submetidas ainda ao abuso.

Ainda segundo Kendall-Tackett (1998, 2008), a depressão e a ansiedade, no período pós-parto de mulheres em situação de violência, podem levar ao desmame precoce, além de associar um estilo de vida prejudicial, tal como: abuso do tabaco e álcool, transtornos alimentares, comportamento de risco para a sexualidade, distúrbios do sono, além da baixa autoestima e baixa eficácia. Tal condição se traduz no fato de essas mulheres sentirem-se menos confiantes para aleitar, sendo assim, tendem a descontinuar o processo do aleitamento frente às dificuldades na lactação, principalmente por conta da falta de suporte emocional e psicológico interno.

Como podemos observar com base nos estudos apresentados, a violência conjugal, ou a violência perpetuada pelo parceiro íntimo, pode ser abrandada em termos de reflexos na prática da amamentação se as mulheres obtiverem uma rede de suporte social que se configure como fator de proteção. Nesta direção, autores consideram que, se as mulheres em

situação de violência tivessem uma rede de suporte, o curso do desmame precoce poderia ser evitado, assim como os impactos na saúde da mulher tenderiam a se reduzir (PUCCIA; MAMEDE, 2012).

Os reflexos das condições sociais sobre a amamentação se sustentam no fato de que o processo de amamentar se dá na experiência do social, centrado também no cotidiano das famílias, que pode se deflagrar de maneira pacifica ou conflituosa, conforme a rede social e cultural ao qual essa puérpera nutriz está inserida (ENKIN, 2005). Nesta direção, Morgado et al. (2013), em sua pesquisa sobre hábitos alimentares em infantes e rede social, verificaram que, quanto menor o apoio social oferecido à mulher-mãe, as chances de complementação com leite artificial nas primeiras 24 horas de vida do recém-nascido triplicavam, independente de fatores como: condições ambientes, constituição da rede, idade materna, via de parto e condições de trabalho materno. Portanto, os cuidados demandados pela maternidade não dependem apenas dos prestados pelos profissionais, mas também dos oriundos da rede de contato sociocultural da mulher (MEDINA; MAYCA, 2006; BARALDI, 2012).

Segundo Braga et al. (2006), uma rede de suporte social é um conjunto relacional de vinculação entre indivíduos. Essa rede, por partilhar sensações e trocar experiências de confiança, pode interferir no andamento do aleitamento materno (TURNBULL-PLAZA et al., 2006).

Tal rede de suporte é fundamental no momento pós-parto, no qual há uma maior vulnerabilidade psicológica e emocional da puérpera (BARREIRA; MACHADO, 2004). Nesta direção, Hasselmann et al. (2008) verificaram, em seu estudo sobre depressão pós-parto e desmame, que redes de contato social, formadas por parentes de escolha materna, seriam responsáveis por auxiliar a nutriz em diversos assuntos, tendo correlação com diminuição do desmame precoce, contribuindo, portanto, como fator de proteção para a prática do aleitamento materno. Sobre os efeitos emocionais, considera Baptista et al. (2006) que as redes de suporte social têm correlação com o aumento da estima feminina, enquanto o processo de solidão traz efeitos negativos e abalos psicológicos.

O suporte social também pode colaborar na diminuição da violência familiar, uma vez que serve como apoio e blindagem contra essa, além disso, quanto mais forte as relações com os escolhidos para oferecer esse suporte, mais rápida é a recuperação frente a alguns problemas de saúde. Tal condição está a concorde com o referido por Kendall-Tackett (1998), na que as mulheres em situação de violência comumente são afastadas de sua família e redes de contato. Sem proteção, ficam mais sob controle do agressor, o que também foi demonstrado no estudo de Narvaz e Koller (2006).

Apesar de reconhecida a importância da rede de suporte social, como evidenciado nos estudos, observam Borsoi et al. (2009) que, no enfrentamento à violência contra a mulher, a rede se mostra reduzida, além de precária quanto à proteção. Como parte da rede social de apoio, os serviços de saúde se constituem como locais privilegiados para atender as necessidades das mulheres em situação de violência, visto que, ao buscarem o serviço de saúde para iniciar o pré-natal, pode-se oportunizar condições para que as mulheres se construam como protagonistas, busquem o cuidado à saúde e passem a serem vistas como sujeitos sociais, buscando minimizar as vulnerabilidades e a magnitude deste evento em suas vidas (PUCCIA; MAMEDE, 2012).

Diante da necessidade e da relevância de estudos acerca da temática VPI no ciclo gravídico-puerperal, com destaque para a fase do AM, somadas às repercussões da VPI em relação ao AM - evidenciadas na literatura consultada - e da carência de estudos sobre o assunto, tanto em âmbito nacional, como apontado por Lourenço e Deslandes (2008), quanto internacional, como mencionado por Devries et al. (2010), é que se propõe o presente estudo a fim de se conhecer e compreender as vivências maternas da amamentação no contexto de VPI. Nesse canário, considera-se importante avaliar a posição da rede de suporte social frente à prática do AM em mulheres em situação de VPI, a fim de identificar a estrutura, a funcionalidade e a ação da rede frente aos fenômenos AM e VPI.

2 DELINEAMENTO DO OBJETO DE ESTUDO

2 DELINEAMENTO DO OBJETO DE ESTUDO

2.1 Considerações sobre a prática do Aleitamento materno: implicações do contexto social

Embora o leite materno tenha sido uma das respostas da natureza à humanidade para que essa evolua, o cenário não é animador, pois ainda se encontram taxas e índices aquém do esperado pela World Health Organization (WHO) para o aleitamento materno precoce, aleitamento exclusivo - até os 6 primeiros meses - e até mesmo complementar - até 2 anos (VINAGRE; DINIZ, VAZ, 2001; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

Em detrimento desta recomendação, é baixa a adesão ao aleitamento materno na atualidade. Fundamentados no passado histórico e cultural das sociedades, estudos apontam para fatos como o advento da Revolução Industrial, em meados do século XVIII, que, ao incorporar as mulheres na frente de trabalho, estimulou o desenvolvimento de suplementos lácteos ou outras formas de nutrição, uma vez que amamentar diminuiria o tempo de trabalho das mulheres (ANDERSON; CHINN; FISHER, 1982; CAMINHA et al., 2010).

Para além da Revolução Industrial, acredita-se que a desmotivação possa ter surgido também pela miscigenação, uma vez que, no momento da descoberta das Américas, a amamentação estava em declínio em países como França e Inglaterra (VINAGRE; DINIZ, VAZ, 2001; CAMINHA et al., 2010, FURTADO; ASSIS, 2012). O decréscimo do aleitamento materno na sociedade europeia, ainda no século XVIII, aumentou vorazmente a mortalidade infantil, por conta de diarreia e moléstias infecciosas respiratórias.

Na atualidade, pode-se constatar quadro semelhante ao passado na presença de prática do aleitamento materno inadequada. Victoria et al. (2016), por meio de uma revisão epidemiológica sobre as práticas adequadas de aleitamento materno, demonstra que estas tendem a diminuir a morbimortalidade infantil por diarreia, enterocolite, morte súbita, otite média e infecções respiratórias.

Estão mais que constatados os benefícios do aleitamento tanto para a mulher quanto para o bebê, assim como para o meio ambiente e para a economia (ROLLINGS et al., 2016; SILVA; COSTA; GIUGLIANI, 2016; VICTORIA et al., 2016). Sabe-se que, fisiologicamente, ao sugar o seio materno, liberam-se vários hormônios, entre os quais destacam-se a gastrina e a colecistocinina, os quais aumentam a absorção de calorias para mãe, e subsequente, para o bebê. Pode-se ver também que o incentivo ao aleitamento precoce, ainda na primeira hora, faz com que o ato de amamentar tenda a se estabelecer por mais

tempo e com maior facilidade, assim como proporciona a vinculação e o afeto, devido ao contato imediato, e previne distúrbios psicológicos puerperais (SOIFER, 1986; WINNICOTT, 2013; VERNY; WEINTRAUB, 2014).

Para Caminha et al. (2010) e Verny e Weintraub (2014), mais de 100 estudos comprovam a relação de aleitamento materno e a diminuição nas chances de desenvolvimento de diabetes em crianças, assim como demonstram que a amamentação é responsável por elevar os índices de inteligência, por diminuir as chances de desenvolver asma - se comparada com complementos artificiais - e evitar alergias, patologias em ouvido, cirrose, linfoma, alergias e doenças intestinais.

Como apontado por Victora et al. (2016), nunca antes, no meio científico, soube-se tanto a respeito da complexa importância da amamentação para o binômio e sobre seus reflexos para a sociedade em geral.

Estudos atuais apontam que, mundialmente, 80% dos recém-nascidos recebem leite materno em quase todos os países, no entanto, apenas 40% deles iniciam o aleitamento precocemente, como já recomendado pela OMS há aproximadamente 25 anos. Encontra-se também que, na maior parte dos países, o AME tem índices inferiores a 50%, em países de baixa e média renda, a tendência é a interrupção do AME e baixo estabelecimento do AM precoce, enquanto que, nos países de alta renda per capita, o desafio é a manutenção do aleitamento materno (VICTORA et al., 2016).

Na busca por compreender a baixa adesão ao aleitamento materno, investigaram-se, por meio de um artigo de revisão brasileiro, os fatores que influenciam na decisão e na duração do aleitamento materno. Este artigo aponta que as causas que podem interferir no aleitamento são multifatoriais, dependendo sempre de como será a situação da amamentação, levando em consideração a criança, a mulher, a família e o ambiente, além da avaliação das condições de nascimento, do pós-parto, da rotina materna e familiar, assim como dos hábitos de vida (FALEIROS; TREZZA; CARANDINA, 2006).

Dentre as causas sugeridas, que impactam no processo de lactação para Faleiros, Trezza e Carandina (2006), destacam-se a idade materna, a situação socioeconômica, o trabalho materno, a paridade, a experiência anterior com AM, a ação dos profissionais de saúde e as rotinas hospitalares, assim como a situação conjugal e as pessoas que compõem uma rede significante para a mulher que amamenta.

Assim como Faleiros, Trezza e Carandina (2006) consideram que a relação com o marido e com a família pode ser causa para o desmame precoce, outros estudos também apontam que a participação materna como forma de incentivo frente à lactação pode

contribuir de forma positiva para a perpetuação da prática do aleitamento, além de favorecer uma melhora nas taxas de AM. Compreende-se que a sociedade é responsável também pela amamentação, dessa forma, a mulher não é a única responsável por aleitar, mas sim a rede, formada por companheiro, família e sociedade devem se juntar neste propósito (CAMINHA et al., 2010; ROLLINGS et al., 2016).

Ao pensar na amamentação, deve-se considerar para além de seu determinismo biológico, devendo observar a condição desta frente ao contexto histórico, social e cultural. Dessa forma, alguns programas e algumas ações em prol da amamentação passam a ser desenvolvidos. As políticas e programas voltados para a prática do AM passam a ser criados a partir do momento em que a mortalidade infantil se eleva, em decorrência de uma má nutrição infantil, ocorrida entre as décadas de 60 e 70 (ZUNIGA; MONTEIRO, 2000). Como resposta, dá-se início ao movimento em prol da retomada do AM mundialmente. No Brasil, a partir da Reunião entre OMS/UNICEF, em 1979, institui-se o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno, deste ponto em diante, ações voltadas para a sensibilização das esferas políticas, religiosas, sociais e midiáticas são deflagradas, culminando na criação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), em 1981, do qual, entre outras ações, destaca-se o incentivo ao aconselhamento individualizado, a produção de materiais educativos e as tentativas de estabelecimento de grupos de amamentação nas comunidades, fatos esses que passam a considerar que o ato de amamentar deixa de ser apenas instintivo (REA, 2003; SOUZA; SANTO; GIUGLIANI, 2016).

Destaca-se ainda, como programas e ações, tanto no âmbito hospitalar como da atenção básica, a difusão do alojamento conjunto, a criação da rede de banco de leite humano, a licença maternidade, a licença paternidade, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, a comemoração da Semana Mundial do AM, até mais recentemente, a configuração do projeto Rede Amamenta, o qual prioriza a promoção, proteção e apoio ao AM na rede básica (REA, 2003; BRASIL, 2009; MONTEIRO; NAKANO; GOMES, 2011). Frente a esse histórico, pode-se compreender que a amamentação, que muito era reconhecida como instintiva, sofre influências tanto do tempo histórico e social, como dos interesses políticos e dos valores transmitidos socioculturalmente. Mesmo com muitos avanços por conta dos programas e das políticas, os quais zelam pela prática do aleitamento, o modelo de saúde biologicista e biomédico ainda continua ditando saberes científicos, sem levar em consideração os reais desejos das nutrizes e seus contextos, suprimindo-lhes a chance de diálogo entre profissional e paciente. Esses fatos denotam que alguns resquícios do cientificismo ainda tornam e explicam

a amamentação biologicamente, esquecendo-se de abrir espaço para as influências do contexto sociocultural frente a essa prática (MONTEIRO; NAKANO; GOMES, 2011).

Nesse contexto e frente às complexidades de aspectos envolvidos, é necessário voltarmos nosso olhar para a mulher e para sua prática de amamentação em um contexto de VPI. Concomitantemente, observa-se que, na literatura, ainda são poucos os estudos que abarcam as repercussões da VPI frente à amamentação, o que demonstra uma lacuna literária importante para ser investigada (KENDALL-TACKETT, 2007; KENDALL-TACKETT, 2008; LAU; CHAN, 2007; LOURENÇO; DESLANDES, 2008).

Dessa forma, destaca-se a importância de se disseminar as evidências sobre a prática do aleitamento materno, a necessidade de incentivar socialmente atitudes positivas frente à amamentação, de investir em ações políticas e de regular a indústria láctea, assim como incentivar, apoiar e proteger a prática e remover as barreiras que a mulher possa ter para amamentar, entre elas, a VPI, a fim de possibilitar a ampliação nas taxas de aleitamento materno, com qualidade para o binômio, o que repercutirá também para o mundo, conforme disposto pelos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, que devem ser alcançados até 2030 (ROLLINS et al., 2016; VICTORIA et al., 2016).

2.2 Mulheres em situação de violência: questões conceituais e incidência

Quando abordamos a temática violência, sabe-se que é um fenômeno complexo e polissêmico, que pode ser explicado como atos e ações humanas em uma dinâmica relacional, que causam danos ao biológico, ao emocional, ao espiritual e até mesmo contra a moral. Resumidamente, trata-se de um fenômeno que ocorre na esfera social e atinge as esferas biopsicossociais, portanto, considera-se um problema de saúde pública (MINAYO, 1994; MINAYO; SOUZA, 1997; SCHRAIBER et al., 2005; LETTIERE, 2010; BRASIL, 2011).

O termo violência denota o fim do estado de direito das pessoas, ou seja, o direito ao respeito e à dignidade de homens e mulheres é corrompido. Ao analisarmos as mulheres, vemos que estas não sofrem apenas um tipo de violência: essa violência pode ser multifatorial, variando desde a ordem verbal e física até a sexual, e pode ser perpetrada por parceiros, ex-companheiros, familiares e até mesmo pelo Estado. Cabe destacar que mulheres na faixa reprodutiva, entre 15 e 49 anos de idade, tendem a ser alvos de tais práticas violentas, sendo as mais frequentes tanto a violência doméstica (VD) como a VPI (SCHRAIBER et al., 2005).

Referências sobre a violência contra a mulher apresentadas na literatura se utilizam de termos e definições que requerem ser consideradas em suas especificidades e delimitações. O

conceito “violência intrafamiliar” passou a ser veiculado nos anos 50 pela psicologia e pela saúde, entretanto, o espaço familiar sempre foi mais relacionado às crianças, deixando as mulheres subalternizadas. Em 1970, o termo “violência contra a mulher”, que engloba desde a VPI até a violência sexual por qualquer agressor, passa a ser empregada com o intuito de destacar a situação de violência a que a mulher era submetida. Ainda nos anos 80, foi empregado o termo “violência doméstica”, que traria o conceito de violência conjugal, entretanto, essa não ocorre somente no âmbito doméstico, por conta disso, no final do século XX, ainda na década de 90, por conta das relações de poder desiguais perante os direitos humanos entre homens e mulheres, que poderiam levar à submissão e a agressões contra a mulher, passa-se a empregar o termo “violência de gênero”, que pretende abarcar os danos e a violência por conta do gênero (ASSEMBLEIA GERAL DA ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS, 1994; BRASIL, 2011).

O conceito de violência conjugal, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é aquele praticado pelo parceiro íntimo e que tende a ser o tipo de abuso mais evidenciado entre os tipos de violência (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002). Esse tipo de violência não escolhe classe social, ordem religiosa, fatores econômicos e tipos culturais; frequentemente tem relação com a violência de gênero devido às relações de poder e controle que o sexo masculino, socialmente construído em torno das desigualdades de gênero, exerce sobre o sexo feminino (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002; GOMES, 2003; RAMOS; ALMEIDA, 2003).

O termo violência se refere ao uso de força física ou de poder, na forma intencional, real ou ameaçadora, contra alguma pessoa ou contra si, e que possa terminar em dano físico ou psicológico, privação ou morte, conforme predito pela WHO (2005).

A prevalência da violência contra a mulher no âmbito doméstico tem bastante variabilidade, que, em grande parte das vezes, é explicada pela metodologia empregada e pela falta de um instrumento único que dimensione a real proporção de mulheres afetadas por esta.

Sabe-se que as prevalências de VPI se mantêm altas, podendo variar mundialmente entre 15,4% a 70,9% de violência física e/ou sexual ao menos uma vez na vida. A ampla variação se deve, como já mencionado, às diferentes metodologias e populações investigadas (GARCIA-MORENO et al., 2006).

Ainda seguindo essa vertente, mas aplicando um questionário padronizado mundialmente, a WHO realizou um estudo, no ano de 2005, comparando 15 regiões em 10 países, sendo um destes, o Brasil. As mulheres selecionadas deveriam ter entre 15 e 49 anos, segundo os critérios metodológicos, e as regiões brasileiras pesquisadas, seguindo os critérios

de classificação proposto na metodologia do estudo, foram a Zona da Mata Pernambucana e o munícipio de São Paulo. Como resultado, evidenciou-se que, em São Paulo, a prevalência da violência contra a mulher cometida pelo parceiro esteve em torno de 27%, enquanto, na Zona da Mata Pernambucana, os índices aumentaram para 43%. No Japão, a prevalência foi de 13%, enquanto, no Peru, na cidade de Cuzco, esta elevou-se para 61% (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Ainda evidenciando a VPI, destaca-se o estudo transversal realizado no município de São Paulo e em 15 municípios da Zona da Mata por Schraiber et al. (2007). No estudo, buscou-se evidenciar a prevalência e o tipo de violência perpetrada pelo parceiro íntimo em um total de 2.128 mulheres, entre as quais 940 pertenciam a São Paulo e 1.188 à região da Zona da Mata. Verificou-se, por meio deste estudo, que 436 (46,4%) mulheres de São Paulo e 644 (54,2%) mulheres da Zona da Mata referiram ao menos uma forma de violência pelo companheiro. Ainda cabe destacar que a violência psicológica foi a mais frequente durante a vida, e os insultos foram os mais comumente encontrados, sendo 41,5%, em São Paulo, e 30,7% na Zona da Mata. A violência sexual esteve atrelada, na maior parte das vezes, à violência física grave e à violência psicológica. A violência física afetou 37,9% das mulheres de São Paulo, índice que diminuiu sutilmente entre as mulheres da Zona da Mata, que apresentou em torno de 35,2% (SCHRAIBER et al., 2007).

Em um recente estudo realizado por Vieira, Perdoná e Santos (2011), com o intuito de dimensionar a VPI nas Unidades Distritais de Saúde de Ribeirão Preto, interior de São Paulo, ao menos 34,5% das mulheres participantes já sofreram, uma vez na vida, algum tipo de violência.

Ao se analisar a prevalência da VPI no ciclo gravídico-puerperal, foco específico deste nosso estudo, encontrou-se, na revisão da literatura, um estudo internacional no qual verificou-se a prevalência da VPI na gestação; este estudo envolveu 19 países, dos quais se destacam, com maiores taxas de prevalência, a África e a América Latina, comparadas com os países Europeus e Asiáticos. No mesmo estudo, verificou-se que a violência está mais concentrada nas idades de 15 a 35 anos, na primeira gestação ou logo no início das demais gestações (DEVRIES et al., 2010). No cenário brasileiro, o estudo realizado por Schraiber et al. (2002), em uma unidade de atenção primária à saúde, verificou que 21,3% das gestantes atendidas, nessa unidade, em São Paulo, referiram sofrer violência física pelo parceiro.

Em outra região do Brasil, um estudo coorte desenvolvido com 960 mulheres cadastradas no Programa Saúde da Família da cidade de Recife, PE, entre os anos de 2005 e 2006, para evidenciar a frequência de VPI antes, durante e após a gestação, concluiu que a

violência contra mulher por parceiro íntimo continua elevada na idade reprodutiva, em especial, na gestação e pós-parto. A taxa de prevalência para esse estudo foi de 47,4% durante o ciclo gravídico-puerperal, e de 32,4%, 31% e 22,6%, respectivamente, antes, durante e após a gestação. Ainda pode-se concluir que a mulher que já era violentada antes da gestação tinha um risco 11,6 vezes maior de ser agredida na gestação, enquanto que, se relatada a violência na gestação, o risco para agressão no puerpério era de 8,2 vezes mais. A violência física diminui 50% durante a gestação, se comparado com os episódios anteriores a está. O tipo de violência mais encontrado durante o ciclo gravídico-puerperal foi a psicológica, referida por 28,8% das participantes, enquanto a violência sexual foi a menos referida no pós-parto (SILVA et al., 2011).

Levando em conta a violência perpetrada pelo companheiro e também por algum familiar ou conhecido, segundo o estudo de Rodrigues (2007), a qual analisou a violência doméstica em 547 mulheres atendidas em uma maternidade de baixo risco de Ribeirão Preto, SP, evidencia-se que 58,5% destas já sofreram algum tipo de violência, seja ela psicológica, física ou sexual alguma vez na vida pelo parceiro, enquanto 52,3% dessa amostra alegou também ter sofrido um dos tipos de violência por outra pessoa de seu convívio. Ao se investigar a VPI na gestação, Rodrigues (2007) verificou uma prevalência de 19,6%, sendo a psicológica, na última gestação, em torno de 18,1%; a física, em torno de 7,7%; e a sexual, 1,6%. Nesta mesma vertente, considerando a VPI em fases específicas, como no ciclo gravídico puerperal, a prevalência ainda pode variar de 0,9 a 20,1%, de 3,9 a 8,3% até próximo dos 40% (COLLADO-PENA; VILLANUEVA, 2007; MORAES; REICHENHEIM, 2002; DUBOVA et al., 2007).

Diante das taxas de prevalência variáveis supracitadas, deve-se entender o impacto dessa VPI frente ao período gravídico e puerperal. Nesta direção, Moraes (2010) observa que as mulheres vítimas de violência por parceiro durante o ciclo gravídico puerperal tendem a iniciar o pré-natal tardiamente, além de terem alta abstenção das consultas, o que acaba culminando em necessidade de busca ativa para acompanhamento dessas mulheres. A este respeito, observam Devries et al. (2010) que o cuidado pré-natal é um excelente momento para captação das mulheres que são agredidas, pois, muitas vezes, este pode ser um momento único de contato e abertura com o profissional.

Algumas mulheres relatam a tentativa de abortamento no início da gestação por conta da violência sofrida, mas, ao final, após terem o filho, relatam que se sentiam agradecidas pelo insucesso do abortamento (LOURENÇO; DESLANDES, 2008). Em um estudo recente sobre a VPI no período pós-parto, Marcacine (2012) encontra, em sua população de

271 mulheres atendidas em um serviço de saúde da cidade de São Paulo, que, mesmo em situação de violência, poucas sentiam que esse padrão violento interferia em sua saúde emocional e psicológica, e muitos relacionamentos eram continuados pelo amor e pela perspectiva de mudança do parceiro. Ainda no mesmo estudo, Marcacine (2012) refere que mulheres com uma autoimagem prejudicada tendiam a ser expostas à violência sexual no período pós-natal.

As consequências da violência sofrida durante a fase gravídica-puerperal da mulher podem ser sérias e desastrosas. Um estudo verificou associação da violência doméstica durante a gravidez com numerosos danos à saúde da mãe e da criança, tais como mais problemas de saúde durante a gravidez, maior probabilidade de trabalho de parto prematuro, início mais tardio do pré-natal, baixo peso ao nascer, maior utilização dos recursos de assistência à saúde e maior medicalização no pré-natal (HUTH-BOCKS; LEVENDOSKY; BOGAT, 2002). Sobre o cuidado materno, alguns autores evidenciam atrasos no calendário vacinal da criança, hábitos precários de higiene e de alimentação, assim como baixa atenção materna em relação à criança devido à vivência da violência no período pós-gestacional (BAIR-MERRITT; BLACKSTONE; FEUDTNER, 2006; HASSELMANN; REICHENHEIM, 2006; SILVA; COELHO; CAPONE, 2007).

Podemos identificar, com base na literatura consultada, que, apesar da magnitude da prevalência da VPI no ciclo gravídico puerperal e das repercussões à saúde das mulheres e, por extensão, à saúde da criança, há a necessidade de compreender as vivências das mulheres em situação de violência relacionada, particularmente, à amamentação, trazendo uma visão para além da numérica sobre tal fenômeno, dimensão ainda pouco explorada no conhecimento científico.

Acredita-se que a elucidação de tal lacuna no conhecimento trará subsídios à elaboração de estratégias mais efetivas de ações de prevenção da violência, protetivas do binômio mãe-filho e da família como um todo, bem como da sociedade, no sentido de contribuir com a quebra do ciclo da violência.

2.3 Contexto político e de ação protetiva no enfrentamento à violência por parceiro íntimo

Analisando historicamente a violência contra a mulher (VCM), verifica-se que a violência gerada pelas desigualdades de gênero é evidenciada desde os primórdios da humanidade. As distinções entre os gêneros são introjetadas desde cedo na formação do

indivíduo, por meio de atos, condutas, comportamento, vivências e ações para representar e construir os papéis de gênero, que subsequentemente darão início às desigualdades de gênero.

Antes dos anos 80, a violência contra a mulher era de invisibilidade social, muitos dos crimes cometidos eram justificados como honra do marido, fato que era desencadeado pelas desigualdades de gênero, conforme estudo de Schraiber e D'Oliveira (1999). O estudo ainda destaca que os campos recentes que acolhem essa temática são escassos, mas, a partir de 80, a justiça abre espaço para abordar a temática da violência contra a mulher, em seguida, nos anos 90, a saúde começa a se preocupar com o assunto. A este respeito, Fonseca et al.(2009) referem que foi nestas duas décadas que a violência contra a mulher teve ampla divulgação, por meio de estudos científicos e divulgação em conferências e eventos em todo o mundo.

A violência contra a mulher ou violência de gênero caracteriza-se como um problema de saúde pública, uma vez que contempla condições como: um agravo de alta frequência, que gera consequências individuais e sociais, além de exigir alto custo para ser sanado; assim, segundo Krug et al. (2002), pode afetar a saúde física, psicológica e mental das mulheres envolvidas. Apesar da dimensão, Sheiham (2001) observa, em seu estudo sobre a promoção em saúde pública, que esta temática tem capacidade para ser prevenida e tratada.

Somente na 49ª Assembleia das Nações Unidas, em 1996, é que a VPI passa a ser considerada um problema de saúde pública. Segundo a Organização das Nações Unidas (2006), pode-se associar a violência contra a mulher a uma pandemia, devido ao caráter mundial dos casos de agressão contra a mulher, fato este que perpetua as desigualdades de gênero e viola os direitos humanos.

Diante desta realidade, o Brasil se torna signatário de tratados internacionais, dentre eles: Declaração Sobre a Eliminação da Violência Contra a Mulher, realizada a partir de conferências mundiais, seguido pela Conferência Internacional de Direitos Humanos e Conferência Mundial da Mulher (BRASIL, 2006).

No nível nacional, o Brasil, com o apoio do legislativo, confeccionou leis de amparo à mulher em situação de violência: a primeira delas é a Lei n. 10.778/03, que é responsável pela notificação compulsória dos casos de violência por meio dos serviços de saúde pública e privada; outra é a Lei n.10.886/04, responsável pela tipificação da violência e o crime e as penas para o agressor (BRASIL, 2003; BRASIL, 2004).

Na saúde, o Brasil delineou alguns manuais e normas técnicas para contenção e condução desse tipo de violência, dentre eles: "Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes", "Anticoncepção de

emergência" e "Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual" (BRASIL, 2011).

Por diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher, são criadas as primeiras instituições que se propõem a atender e a dar seguimento aos casos de VCM. Buscou-se articular a prevenção às doenças sexualmente transmissíveis e à AIDS, além das hepatites, por meio do empoderamento feminino. Um ano mais tarde, em 2004, o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres traça como objetivos o enfretamento da violência por meio da diminuição das desigualdades baseadas no gênero e prioriza uma atenção integral e humana para as mulheres e adolescentes em situação de violência.

Neste ínterim, surgem os Conselhos e as Coordenadorias da Mulher, mantidos pelo estado e pelo município, como resposta também aos acordos internacionais assinados pelo Brasil com a finalidade de combater a violência de gênero. Também são criadas as Delegacias de Defesa da Mulher, com a finalidade de que esta seja acolhida de forma diferente, e não mais precise ficar vulnerável em delegacias civis; além disso, abrem-se as Casas Abrigo para acolher as mulheres que correm risco iminente de vida e que precisam se afastar dos companheiros, também iniciam-se os Centros de Referência, nos quais a mulher em situação de violência receberia orientações, informações legais, realização de cursos de capacitação, contribuindo para uma nova perspectiva de vida. Ainda, mais recentemente, iniciam-se os trabalhos com os homens agressores em centros com profissionais especificamente capacitados a fim de trabalhar a reinserção social e familiar deste agressor (SCHRAIBER et al., 2005).

No contexto político de proteção à mulher, em 2006, é sancionada a Lei n. 11.340, intitulada "Maria da Penha", a qual predispõe mecanismos preventivos e de coibição da violência doméstica; tal lei é intensificada pela criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar, que fortalecem os serviços de proteção e assistência à mulher em situação de violência (BRASIL, 2006).

Nesta trama multidisciplinar a fim de assegurar a segurança e o acolhimento desta mulher em situação de violência, envolvem-se múltiplos profissionais, dentre eles, advogados, enfermeiros, médicos, psicólogos, policiais, assistentes sociais, educadores, juízes; no entanto, ao se analisar a rota crítica, ou seja, a busca dessa mulher pelos serviços e pelos devidos encaminhamentos e seguimentos, ainda se verificam lacunas difíceis de serem sanadas (SCHRAIBER et al., 2005; LETTIERE, 2010).

Segundo Lettiere (2010), em seu estudo qualitativo sobre a violência doméstica e as possibilidades e os limites para o enfrentamento dessa violência, fica evidente que as portas

para entrada dessa mulher, na rota, são várias, entretanto, muitas mulheres não se sentem acolhidas, e, ao contrário do ideal, segue-se um padrão de fragmentação entre os serviços, o que aparece, nos discursos dessas mulheres, como uma má qualidade da assistência prestada. Ainda segundo a autora, mesmo com os avanços políticos e com as conquistas desses serviços de proteção, ainda existem vários enfrentamentos para que essa rede seja estruturada efetivamente e que trabalhe em uma perspectiva transdisciplinar, elegendo a mulher como centro dos cuidados gerados pelos diferentes profissionais que compõem os diversos serviços e que podem compor a rota que esta mulher irá traçar (LETTIERE, 2010).

2.4 O contexto sociocultural e a rede de suporte social para enfrentamento da situação de violência contra a mulher

Ao se estudar a temática da mulher em situação de violência e a influência da rede de suporte social, faz-se necessário destacar o estudo de Vieira, Perdona e Santos (2011), o qual abarcou os fatores correlacionados à VPI em usuárias de serviços de saúde. No estudo, constatou-se que estar em um meio social no qual a violência é perpetrada aumentaria as chances de sofrê-la, uma vez que vivenciar a mãe em situação de violência oferece um risco aumentado para VPI. Além disso, no mesmo estudo, com 504 mulheres entre 15 e 49 anos, constatou-se que o fato de o companheiro ter presenciado a própria mãe ser agredida, ou seja, se a sogra da mulher estava em situação de violência, a chance de VPI aumentada 96%.

Sobre as questões culturais, um estudo realizado por Ali, Ali e Azam (2009), com 420 mulheres paquistanesas de comunidades peri-urbanas, sobre ansiedade e a depressão pós-parto, verificou que a ansiedade aumentava frente à violência doméstica e às dificuldades na amamentação nas primeiras horas pós-parto. Segundo os pesquisadores, nessa cultura, a violência doméstica é perpetuada pela manutenção do sistema patriarcal, no qual a mulher perde seu poder de decisão (ALI, ALI, AZAM; 2009).

Assim sendo, ao se investigar o meio social, cultural e familiar no qual a mulher é inserida, pode-se compreender mais sobre a perpetuação da agressão, conforme visto nos estudos de Ali, Ali e Azam (2009) e Vieira, Perdona e Santos (2011).

Para que esse ciclo da violência seja rompido, é importante a mulher ter uma rede de suporte social. A família e as pessoas de seu meio relacional mais próximo devem se constituir a primeira base de apoio, no sentido de proteção, para evitar outra exposição à violência, uma vez que os membros da família cuidam um do outro (SNOW, SWAN, 2006).

Entretanto, como já mencionado anteriormente, as vítimas de violência geralmente estão isoladas de seus familiares e da rede social, o que pode facilitar o controle do agressor sobre a vítima e fazer perpetuar o ciclo da violência. Neste sentido é que a rede não deve se restringir à família, mas incluir outras instituições de apoio.

A este respeito, Sluzki (1997) considera que as contínuas manifestações de violência podem levar o individuo a restringir-se dos contatos com a rede social; conforme essa inércia vivenciada pelo individuo, o tamanho da rede pode ser reduzido. Frente a isso, destaca-se a importância da rede como suporte frente às situações de violência, como demonstrado pelo estudo de Santi, Nakano e Lettiere (2010), no qual as pesquisadoras realizam uma pesquisa qualitativa a fim de detectar a percepção do suporte e apoio recebido do contexto social quando a mulher vive em situação de violência. Dentre os depoimentos, evidencia-se que, mesmo estando em situação de vulnerabilidade social devido à violência, alguns familiares consideram que essas mulheres sejam "merecedoras" de tal agressão, visto que, em um primeiro momento, querem saber o que elas fizeram para serem agredidas. Conforme mencionado nos estudos de Ali, Ali e Azam (2009) e Vieira, Perdona e Santos (2011), a violência é perpetuada de forma intergeracional, pois socialmente e culturalmente ainda existe um padrão de inferioridade da mulher em relação ao homem, que pode ser explicado pelo patriarcalismo.

Santi, Nakano e Lettiere (2010) ainda salientam que as mulheres em situação de violência buscam, antes de algum serviço institucional, o auxílio e o apoio de um familiar como uma forma protetiva. Nesta direção, alguns familiares componentes dessa rede de suporte acabam oferecendo conselhos ou ordens que acabam por ferir emocionalmente essa mulher, o que a coloca ainda mais na posição de vitimização. Cabe destacar que, ao buscar a família, a mulher espera mais que conselhos e proteção, uma vez que precisam de solidariedade entre os membros e até mesmo de melhoria da condição econômica para que consiga sair dessa situação de violência.

Quando se avalia a rede de suporte social para além da situação de violência e, em específico, no evento da amamentação, pode-se evidenciar que a nutriz tende a escolher um membro familiar como referência de apoio para o aleitamento, além disso, esse membro tende a ser mais velho e ter mais experiência que ela (JUNGLES et al., 2010).

No estudo realizado por Souza, Souza e Tocantins (2009) sobre a assistência da rede frente à mulher que amamenta, pode-se perceber que os membros mais próximos, nessa fase de aleitamento, eram a mãe, uma amiga ou uma vizinha. Entretanto, neste mesmo estudo, as mulheres dizem, em sua maioria, que a rede é formada por familiares, amigos, colegas,

vizinhos e profissionais de saúde, mas nem sempre estas pessoas são presentes e criam vínculos de confiança para passar pelo processo, por isso, algumas relatam sentirem-se sozinhas, especialmente em relação aos profissionais de saúde.

Retomando a questão da VPI, o estudo de Santi, Nakano e Lettiere (2010) refere fazerem parte da rede de suporte e apoio destas mulheres em situação de violência os profissionais de saúde, como os das demais instituições relacionadas à violência, entretanto, as depoentes mencionam que os profissionais estão mais atentos às questões de encaminhamento, esquecendo-se de lhes oferecer um acolhimento e uma escuta ativa, ações que a mulher julga como necessárias naquele momento.

A concorde, Santos e Vieira (2011) relatam, por meio de uma pesquisa qualitativa com 11 representantes de instituições que atendem mulheres vítimas de violência, que a rede de apoio encontra-se desarticulada e que a ausência de uma equipe multidisciplinar faz com que a mulher sinta-se fragmentada e pouco acolhida pelos profissionais que a atendem.

Nesse contexto, a situação de violência pode acarretar diminuição da rede de suporte social, uma vez que o companheiro tende a afastar a mulher de seu meio de convívio, fato que pode intensificar sua situação de vulnerabilidade, além de reduzir a ação protetiva que essa rede poderia oferecer-lhe. Associado a esse fato, os profissionais de saúde não fazem um acolhimento abordando os aspectos biológicos, psíquicos e emocionais, dessa forma, a mulher tende a sentir-se mais fragilizada. Frente ao exposto, pode-se deduzir que para algumas mulheres em situação de VPI é comum sentir-se sozinha mesmo com uma rede estabelecida.

3 JUSTIFICATIVA

3 JUSTIFICATIVA

Espera-se, com esse estudo, contribuir com subsídios que poderão gerar estratégias de suporte para que as nutrizes que passam por conflitos conjugais ou que estejam em situação de VPI possam ser amparadas e consigam amamentar em sua completude. Sendo assim, esta investigação poderá trazer subsídios à construção de uma rede de suporte social, de modo a traçar as rotas de auxílio oferecido às mulheres, considerando as necessidades de saúde em seu contexto social, para o alcance da integralidade da atenção.

Vale considerar que, após 30 anos de pesquisa sobre a VCM, os efeitos e danos causados ainda continuam a ser desvendados, e os profissionais da saúde, em especial as enfermeiras e as obstetrizes, continuam sendo chamadas a ter maior atenção, acolhimento, cuidado e encaminhamento dos casos e das pessoas envolvidas nessa agressão fato retratado atualmente em uma revista do órgão coordenador da classe (COREN, 2013).

Diante dessa situação, o presente estudo busca responder:

Como as mulheres significam a VPI em termos de interferir na condição da amamentação? Quais as estratégias que as mulheres em situação de VPI buscam para realizar o cuidado consigo e com a criança na fase puerperal, particularmente ante o processo de amamentação? Como está estruturada e qual a percepção da funcionalidade da rede de apoio que as mulheres têm em relação à manutenção do aleitamento materno?

4 PRESSUPOSTO

4 PRESSUPOSTO

Entende-se que a VPI pode permanecer ativa no ciclo gravídico-puerperal, e inúmeras são as repercussões disso para a saúde materna e neonatal. Dessa forma, o pressuposto deste estudo é que o aleitamento materno, por ser parte integrante do ciclo gravídico-puerperal, pode sofrer impacto da VPI, interferindo no tempo do aleitamento materno e na forma como este é conduzido, colaborando inclusive para o desmame precoce.

Ainda nessa abordagem, acredita-se que a rede de suporte social, ao ser estruturada pela mulher segundo seu contexto biopsicossociocultural, pode influenciar ora positivamente, ora negativamente frente aos eventos da VPI e do AM. As ações positivas seriam aquelas nas quais a rede de suporte dá auxílio à mulher por meio de escuta e de formas de saída da situação de violência; no que se refere à amamentação, as ações positivas lhe ofereceriam ajuda no manejo do AM e colaboração nos afazeres domésticos, a fim de ela poder viver a adaptação do puerpério e da amamentação de forma integral. Como ações negativas, pode-se destacar o afastamento ou ausência da rede de suporte social, seja pela estigmatização da mulher por conta da situação de VPI ou por conta da impossibilidade de acesso até a mulher pelo companheiro agressor; como já mencionado, essa ausência da rede de suporte, de certa forma, pode tornar a adaptação puerperal mais complicada e desfavorecer o AM.

5 OBJETIVOS

5 OBJETIVOS

5.1 Objetivo geral

Compreender o significado que mulheres em situação de violência por parceiro íntimo atribuem à sua experiência de amamentar e à rede de suporte social.

5.2 Objetivos específicos

Identificar as vivências e os significados da amamentação e sua relação com a situação de VPI.

Contextualizar a estrutura e a funcionalidade da rede de suporte social das mulheres em situação de VPI.

Identificar os significados da rede de suporte social na prática da amamentação e no enfrentamento da VPI.

6 REFERENCIAIS TEÓRICOS

6 REFERENCIAIS TEÓRICOS

6.1 A dominação masculina e o poder simbólico segundo a visão de Bourdieu

A fim de responder aos objetivos e às questões do estudo, buscou-se trabalhar com referenciais teóricos que abarquem a temática e que tenham correspondência para embasar tais experiências.

O primeiro conceito abarcado é o conceito de gênero de Pierre Bourdieu, que o traduz como uma forma de poder simbólico traduzido pela dominação masculina (BOURDIEU, 2002; BOURDIEU, 2006).

Segundo Bourdieu (2002), o gênero é uma unidade categórica, que irá variar de acordo com a unidade social estudada e com a estrutura cognitiva em que se desenvolve, sendo assim:

> A divisão entre os sexos parece estar 'na ordem das coisas', como se diz por vezes para falar do que é normal, natural, a ponto de ser inevitável: ela está presente, ao mesmo tempo, em estado objetivado nas coisas (na casa, por exemplo, cujas partes todas 'sexuadas'), em todo o mundo social e, em estado incorporado, nos corpos e nos habitus dos agentes, funcionando como sistemas de esquemas de percepção, de pensamento e ação. (BOURDIEU, 2002, p.13).

Bourdieu (2002) ainda reitera que se sente privilegiado por contribuir em um trabalho que teve início com o movimento feminista. Ao salientar as causas e efeitos sociais que determinariam a condição da dominação simbólica, Bourdieu buscou destacar a condição feminina ao longo da história, a fim de relatar as condições de diferenças de gêneros perpetradas socialmente, com o intuito de transformá-las.

Nesse sentido, Bourdieu relata que a dominação masculina irá variar de acordo com o efeito social, o qual pode reforçar simbolicamente seu efeito por meio de discursos dominantes, ou ainda pode tender a neutralizá-la, se as pessoas susceptíveis a esta dominação estiverem mobilizadas e fortalecidas. Ao analisarmos progressivamente a condição feminina, percebe-se que, desde o início histórico, as mulheres são tratadas como objetos a serem ignorados e, até mesmo, negligenciados, e que culturalmente são exploradas e coisificadas pelo poder social masculino (BOURDIEU, 2002).

Assim como Bourdieu, Whitaker (1990) descreve que a inscrição da mulher em nossa sociedade e cultura segue uma tríade formada pela falta de autoestima, pela ausência de autoconfiança e pela submissão, ou seja, subalternidade em relação ao homem, sentimentos

que podem contribuir, direta ou indiretamente, para a falta de aspiração da mulher, além de delimitar sua vivência no ambiente doméstico, fatos que, somados, tornam as mulheres dependentes de seus companheiros e, consequentemente, corroboram para a segregação de padrões violentos e violência contra elas.

Esses padrões de dominação, que podem vir acompanhados de relações violentas, acabam sendo percebidos no ambiente doméstico, local onde se verifica uma maior manifestação da dominação masculina, fato que exige maior atenção com o cuidado com as mulheres. Entretanto, para Bourdieu (2002), além do âmbito doméstico, devemos ficar atentos na perpetuação dessa dominação também nas esferas sociais, que ele destaca como instituições religiosas, escolares e até mesmo o Estado, por meio da política dominante, os quais podem segregar a dominação do masculino sobre o feminino de maneira declarada ou oculta, fato que ocorre na maior parte das vezes.

Para Bourdieu (2006), o poder simbólico é o tipo de poder não visto, mas sentido e exercido sobre os sujeitos susceptíveis e até mesmo sobre os que o propagam. Sendo assim, esse poder poderia exercer uma forma de violência simbólica por meio de uma ordem social estabelecida, com relações de dominação, as quais podem gerar privilégios ou injustiças, e que tendem, com o tempo de dominação, a se tornarem aceitáveis e naturalizadas. Segundo Bourdieu (2002), a violência simbólica se traduz como:

> Também sempre vi na dominação masculina, e no modo como é imposta e vivenciada, o exemplo por excelência dessa submissão paradoxal, resultante daquilo que eu chamo de violência simbólica, violência suave, insensível, invisível a suas próprias vítimas, que se exerce essencialmente pelas vias puramente simbólicas da comunicação e do conhecimento, ou, mais precisamente, do descobrimento, do reconhecimento ou, em última instância, do sentimento, essa relação social extraordinariamente ordinária oferece também uma ocasião única de aprender a lógica da dominação, exercida em nome de um princípio simbólico conhecido e reconhecido tanto pelo dominante quanto pelo dominado, de uma língua (ou uma maneira de falar), de um estilo de vida (ou uma maneira de pensar, de falar ou de agir) e, mais geralmente, de uma propriedade distintiva, emblema ou estigma, dos quais o mais eficiente simbolicamente é essa propriedade corporal [...] (BOURDIEU, 2000, p. 5-6).

Essa dominação androcêntrica e de propagação inconsciente, por vezes, advém de um histórico simbolicamente construído pela socialização do biológico, fato que aumenta as chances das disparidades entre os sexos e que constitui as diferenças entre os gêneros feminino e masculino. Sendo assim, como o legado histórico finda a dominação masculina como um produto desse meio, para quebrar essa subjetivação, é necessário remover

paradigmas sociais, entre eles, a legitimação sociocultural, que reconhece as diferenças biológicas sexuais, mas que respinga tais disparidades sobre o conceito de gênero; se acaso esse paradigma não for interrompido, a força masculina continuará sendo transmitida e reconhecida naturalmente pela sociedade (BOURDIEU, 2002).

Por muitos anos, a dominação masculina pertenceu apenas à ordem privada, sendo quase sempre invisível pela ligação com o inconsciente feminino e masculino, fato que contribuiu para a propagação das relações sociais desiguais entre os sexos. Com a corrente feminista, tal constatação de segregação entre os sexos torna-se pública e politicamente um problema social a ser investigado, uma vez que o direito constitucional, que deveria ser universal, acaba por segregar a mulher, ao visualizar um contexto em que os homens comandam posições dominantes em relação às mulheres (BOURDIEU, 2002).

Frente a esse histórico, Bordieu (2002) chama a atenção para a violência de gênero propagada por ordem social, por meio da divisão trabalhista e das distribuições das atividades, uma vez que o mercado é destinado ao homem, e o ambiente doméstico, à mulher; dessa forma, entende-se que não só o mundo social, mas a influência cultural, na maior parte das vezes, constrói os humanos sob uma forma sexuada e com princípios de divisão sexualizados, assim sendo, objetivamente temos a construção social dos sexos, enquanto subjetivamente esse paradigma é apreendido pelas formas de socialização do indivíduo. Ainda para Bourdieu, o inconsciente pode propagar no homem um poder de posse sobre a mulher, enquanto ela teria o desejo de ser dominada, ou subordinada pelo seu parceiro (BOURDIEU, 2002).

A primazia masculina concedida nas esferas biológicas, produtivas e reprodutivas demonstra o molde social da dominação masculina, frente a isso, a mulher é tida como um produto, que vai ao contrário da ordem simbólica dominante, dessa forma, ao vislumbrarmos a violência simbólica exercida pelo homem sobre a mulher, pode-se inferir que as formas de violência psicológica, física e sexual se atenuam, uma vez que a culpabilidade masculina é retirada pela ordem social dominante, por isso, tais relações dominantes colaboram também para a autodepreciação feminina, que historicamente vem arraigada, tanto pela cultura, como pelas instituições detentoras de poder. Ainda de acordo com Bourdieu, o ajustamento inconsciente destas disparidades confere como ordem para estrutura dominante social a visão da mulher submissa ao homem: tal fato se torna natural pela força simbólica que, de maneira propulsora, predispõe os indivíduos a essa segregação moldada pela força do cotidiano social (BOURDIEU, 2002).

Segundo Whitaker (1990), a mulher só será liberta desses estigmas e até mesmo dessa subalternidade quando a subcultura masculina conseguir ser liberta de seus prestígios e

ascensões. Dessa forma, os homens e as mulheres devem mediar entre si a agressividade, a sensibilidade, a suavidade, a expressividade, o cuidado, e não se deixarem serem dominados pelo paradigma sexista segregador. Não obstante, cabe-nos lembrar que a ocorrência de segregação humana de nossas mulheres não vai além do que acontece com os demais oprimidos em nosso país, como negros, índios e trabalhadores. Sendo assim, cabe à sociedade e à cultura uma mudança paradigmática para que a equidade impere em nossos meios de socialização e aculturação.

Por fim, Bourdieu (2002) conclui que se faz necessária uma ação política, uma vez que a segregação da dominação masculina se faz presente entre os objetos, aqui relidos como homens e mulheres, que possuem tal determinação arraigada internamente; além disso, deve-se mobilizar as instituições que geram dominância não apenas sobre o masculino, mas também sobre o social, dessa forma, o Estado deve minimizar as disparidades entre masculino e feminino e a Escola, órgão responsável pela socialização formal do indivíduo, deve rever seus conceitos de visão e divisão fundamentais entre sexos, dessa maneira, para o autor, a dominação masculina tenderá para o desaparecimento progressivo, sendo possível a igualdade entre os gêneros.

6.2 Rede de suporte social segundo Sluzki

Além do conceito de gênero estudado por Bourdieu, que envolve a dominação masculina e, por consequência, a violência simbólica, a fim de colaborar para o quadro teórico da pesquisa, buscou-se inserir o conceito de suporte social estudado e descrito por Sluzki (1997).

Antes de discorrer sobre a estruturação, a funcionalidade e o significado da rede para o indivíduo, entendeu-se como importante destacar os diferentes termos conceituais desta temática. Por meio de uma revisão da literatura acerca dos estudos sobre apoio social ficou evidente que nos trabalhos nacionais, o apoio social também pode ser referenciado por termos como: “rede social”, “suporte social”, “rede social de apoio”, “rede de apoio social” ou “rede de suporte social” (GONÇALVES et al., 2011). Isto posto, para esse estudo embora os termos “rede social” ou “suporte social” se façam presente, buscou-se compreender a rede de suporte social com base na visão de Sluzki (1997).

Ao se incorporar a perspectiva da “rede de suporte social”, é possível adentrar em um universo pouco investigado, fato que contribui para uma visão ampliada do indivíduo, além de possibilitar o entendimento de diversos problemas e conflitos e trabalhar suas respectivas

soluções (SLUZKI, 1997). Cabe destacar que o apoio social tem sido foco de estudo desde 1970, em especial, a atuação do apoio frente às situações de estresse e de doença, uma vez que a rede de suporte social tende a subsidiar a disposição e as condições de atuação do indivíduo frente aos desafios (RESENDE et al. 2006; QUILES MARCOS; TEROL CANTERO, 2009).

Ao se avaliar a rede de suporte social diante do nascimento, tem-se evidenciado que ela é importante para a adequação do comportamento materno frente aos cuidados com o filho. Além disso, essa rede sofre impacto e reestruturação com a transição oriunda dos nascimentos, assim como se pode notar que a composição da rede também segue influenciada pelo contexto sócio-histórico e pelo envolvimento do sujeito em relação à família e ao grupo pertencente (DESSEN; BRAZ, 2000). Os autores ainda citam como importante a investigação da rede de suporte nos momentos de transição - como a maternidade - para se averiguar, com maior profundidade, como ocorrem as relações maritais, parentais e sociais frente às modificações que acontecem com a chegada de um novo ser (DESSEN; BRAZ, 2000).

Dessa forma, trabalhar com a proposta das redes sociais permite contrapor-se às tradicionais políticas públicas, que fragmentam o sujeito, e que, de certa forma, não levam em consideração a diversidade de contatos, as instabilidades e os conflitos, assim como a dinâmica de vida, que está em franca construção por meio das relações sociais (UDE, 2008).

Nesse sentido, Sluzki (1997) define como um pressuposto conceitual de "rede social pessoal", que também pode ser conhecida como "rede social significativa", toda ação do indivíduo com o meio com que interage, não limitante apenas à família consanguínea, mas permeada por todo contexto de vínculo interpessoal assumido, do qual se pode destacar a família, os amigos, o trabalho, o campo de estudo, a atividade comunitária e a prática social. Classifica-se como "microrrede" a rede que o indivíduo descreve como sua rede praticamente familiar, e a "macrorrede" que é aquela que inclui a ação da comunidade e da sociedade sob o indivíduo, o qual, frequentemente, se apresenta em interação cotidiana com essas pessoas, as quais, ao realizar as trocas de informação por meio da vivência, corporificam-se e geram uma ação sobre esse sujeito (SLUZKI, 1997). Esse fato que pode ser evidenciado por meio deste trecho em destaque:

> ...a rede social pessoal pode ser definida como a soma de todas as relações que um individuo percebe como significativas ou define como diferenciadas da massa anônima da sociedade. (SLUZKI, 1997, p.41)

Dessen e Braz (2000) complementam que a família é um sistema complexo, no qual se estabelecem ações de influência entre os constituintes, entretanto, não se deve esquecer que um indivíduo naturalmente tece relações com o mundo externo por meio das interações no ambiente de trabalho, na escola, na comunidade, nas redes sociais, o que denota que as relações devem ser estudadas tanto intrafamiliarmente como extrafamiliarmente para maior compreensão do sujeito social.

A rede de suporte social que Sluzki (1997) descreve pode ser analisada conforme as características estruturais, ou seja, como ela é composta, para isso, deve-se levar em consideração o tamanho, a densidade das relações, a composição, os tipos de funções, a dispersão, além da homogeneidade/heterogeneidade. Além disso, a rede pode ainda ser analisada conforme as relações interpessoais, as quais podem ser evidenciadas como companhia social, apoio social e emocional, guia de aconselhamento, moderação social, ajuda material e acesso a outros contatos.

Destaca-se que essa rede mediada pelo contexto interpessoal pode tanto promover o bem-estar, promover mudanças e gerar identidades; como também agir promovendo uma desarticulação do indivíduo, adoecimento e transtornos na identidade (SLUZKI, 1997). Isso ocorre pois, para Sluzki (1997), o indivíduo tem sua identidade construída e reconstruída cotidianamente ao longo do ciclo vital, o que contribui, de forma especial, para a formação da personalidade, e a forma como a rede de suporte social interage com esse indivíduo e colabora para a formação de sua identidade fará com que ele se torne mais ativo em busca de seus cuidados e com maior capacidade para enfrentamento das situações de crise.

Dessa forma, pode-se entender que a parte está no todo, assim como o todo contém a parte, e ambos interagem entre si, o que, por vezes, leva a se complementarem e, às vezes, a se repelirem e entrarem em conflito; portanto, nem toda rede de suporte social pode ser benéfica ou maléfica totalmente, mas seguem variando conforme o contexto atual no qual o sujeito está inserido (UDE, 2008).

Apesar de alguns malefícios causados pela rede social, como narra Ude (2008), um indivíduo sem rede de suporte social tende a ser mais fragilizado, tanto que, quanto mais isolado, com menor contato com a família e mais longe da vida comunitária, maior a tendência a ter sofrimento psíquico ou orgânico em decorrência dessa situação. Esse fato pode ser relacionado ao conceito disposto por Sluzki (1997), o qual relata que a rede social é responsável pela proteção da saúde do indivíduo, conforme destacado nesse trecho:

> Existe forte evidência de que uma rede social pessoal estável, sensível, ativa e confiável protege a pessoa contra doenças, atua como agente de ajuda e encaminhamento, afeta a pertinência e a rapidez da utilização de serviços de saúde, acelera os processos de cura, e aumenta a sobrevida, ou seja, é geradora de saúde." (SLUZKI, 1997, p.67)

Nesta perspectiva, Ude (2008) destaca a importância da ação das redes que se interagem e se cooperam entre si, demonstrando que, mesmo sendo de diferentes áreas - jurídica, da saúde, educacional, assistencial e social -, o trabalho integrado, em uma perspectiva transdisciplinar, colaboraria para uma melhor ação frente ao sujeito em foco, uma vez que um sujeito isolado seria mais frágil. Dessa forma, ao se investigar a rede de suporte social de um sujeito, deve-se entender como fato importante que cada sujeito tem sua parcela de responsabilidade com a sociedade, assim como a sociedade deve zelar por suas partes, ou seja, pelos sujeitos que a compõem, e que ambos se constroem mutuamente (UDE, 2008).

7 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

7 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Como se buscou, por meio desse estudo, compreender e conhecer a prática do aleitamento materno em mulheres em situação de VPI e o significado do suporte social neste cenário, ou seja, em virtude da natureza desse fenômeno, a proposta para investigação dessa temática se dá por meio de um estudo qualitativo. Segundo Deslandes e Assis (2002), um bom estudo não se define pelo método quantitativo ou qualitativo utilizado, mas sim pelo método que corresponde à sua questão de estudo, por isso há a necessidade de o pesquisador integrar a metodologia ao contexto social e histórico do seu objeto de estudo para delimitar a abordagem a ser empregada.

Na abordagem qualitativa, tem-se a perspectiva de compreensão ou desvelamento dos fenômenos, ou, conforme consideram Deslandes e Assis (2002):

> a 'compreensão/explicação em profundidade' dos valores, práticas, lógicas de ação, crenças, hábitos e atitudes de grupos sobre a saúde, a doença, as terapêuticas e as políticas, programas e demais ações protagonizadas pelos serviços de saúde (DESLANDES; ASSIS, 2002, p.195)

Neste sentido, a escolha pela abordagem qualitativa se sustenta na perspectiva de que, conforme observa Minayo (2008), possibilita responder as singularidades de um problema de estudo com profundidade, por conta disso, o método qualitativo:

> [...] se aplica ao estudo da história, das relações, das representações das crenças. Das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os homens fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2008, p.57)

Assim, a pesquisa qualitativa contribui para compreender como as vivências pelos sujeitos sociais são construídas.

7.1 Cenário da pesquisa

O estudo foi desenvolvido no município de Ribeirão Preto, interior de São Paulo, junto das puérperas que foram acompanhadas no Centro Estadual de Referência em Saúde da Mulher (CRSM-MATER).

O CRSM-MATER fica localizado nas proximidades do subsetor norte 10 e 11 e busca atender a demanda feminina de Ribeirão Preto e de 26 cidades pertencentes ao Departamento Regional de Saúde (DRS) XIII. Ainda se destaca como centro secundário hospitalar e presta

serviços como consultas ambulatoriais, internação ginecológica e obstétrica, procedimentos cirúrgicos, realização de partos de baixo e médio risco, exames especializados e assistência em situações especiais, que envolvem adolescentes e mulheres que sofrem violência (MATER, 2013).

Este centro conta com o auxílio da Universidade de São Paulo, em especial, com os profissionais dos cursos de medicina da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP) e de enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP). Atualmente, a Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo (SES-SP) e o Sistema Único de Saúde (SUS) são mantedores orçamentários do CRSM-MATER sob administração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto com coligação com a Fundação de Apoio ao Ensino e Pesquisa (MATER, 2013).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, a população de Ribeirão Preto, no ano de 2010, era equivalente a 604.628 mil habitantes, do quais 310.809 mil habitantes são mulheres, o que corresponde a 51,4% da população local. Das 310.809 mil mulheres, 39,7% (123.491 mil mulheres) correspondem a mulheres em idade reprodutiva, dos 25 aos 49 anos (BRASIL, 2010).

No ano de 2009, o CRSM-MATER realizou cerca de 258 partos por mês, entre os meses de fevereiro à dezembro, enquanto, em 2010, a taxa oscilou, aumentando para 290 partos por mês (MATER, 2013). Atualmente, o CRSM/MATER tem realizado um terço dos partos do SUS de Ribeirão Preto (OLIVEIRA et al., 2015).

O Projeto Nascer, da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, criado em 1999, responsabiliza-se por encaminhar as gestantes do SUS ao CRSM-MATER a partir da 36ª semana gestacional, de acordo com a localização da Unidade Básica de Saúde e/ou Unidade Básica Distrital de Saúde, na qual elas são acompanhadas durante o pré-natal e o pós-parto, sendo assim, após alta hospitalar, essas mulheres são contrarreferenciadas para a Unidade de Saúde de destino (OLIVEIRA et al., 2015).

Ainda como parte deste cenário, cabe complementar que o Projeto Floresce uma Vida, iniciado em 1995, após integração de várias equipes da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, dentre elas a equipe de saúde da mulher, saúde da criança e aleitamento materno, pretende reduzir a mortalidade infantil, por isso, dentre suas ações na fase puerperal, busca visitar as puérperas, orientando quanto aos serviços desenvolvidos nas Unidades Básicas de Saúde e Unidades Saúde da Família, além disso, garante o seguimento da puericultura pelo rastreamento do sistema Hygia (sistema de informatização da Rede Básica de Saúde de Ribeirão Preto), assim como pelo acompanhamento da carteira vacinal e de

situações de risco para puérperas e bebês, ações que indicam um acompanhamento de avaliação domiciliar.

7.2 Universo empírico

A presente pesquisa é parte de um estudo maior, o qual se constituiu de um estudo transversal e multicêntrico intitulado "A violência por parceiro íntimo no ciclo gravídico-puerperal: a autoconfiança da mulher frente à amamentação e o suporte familiar". Neste inquérito, no município de Ribeirão Preto, a amostra foi constituída por gestantes encaminhadas ao CRSM-MATER pelo Projeto Nascer durante período de seis meses no ano de 2014. Foram selecionadas, para o projeto maior, as gestantes que preencheram os seguintes critérios de inclusão: ser residente no munícipio de Ribeirão Preto, SP; ser nulípara; estar em relacionamento com parceiro íntimo no período da gestação, independente de coabitação. Foram critérios de exclusão da participante: deficiência auditiva ou visual; desorientação quanto ao tempo, espaço ou pessoa.

Neste recorte da pesquisa, os critérios de inclusão para participação foram: Ter participado do projeto multicêntrico e transversal acima citado, ser primípara, ter iniciado a amamentação, ter vivenciado situação de VPI em uma das fases do ciclo gravídico-puerperal (gestação, parto ou pós-parto), e a fim de entender a trajetória do AM, e conhecer o tempo de AME precisou-se aguardar os seis meses de pós-parto, dessa forma, para participar deste estudo, a participante deveria ter no mínimo 180 dias de puerpério para em seguida ser entrevistada.

Como, na pesquisa qualitativa, não se trabalha com a proposição de uma "amostra", pois o universo empírico será determinado pela recorrência dos dados (saturação teórica dos dados), não houve definição prévia do número de participantes (VÍCTORIA; KNAUTH; HASSEN, 2000). Dessa forma, a coleta de dados foi delineada de acordo com a resposta aos questionamentos e os objetivos do estudo, tendo como encerramento não somente a saturação teórica, mas sim também, o aprofundamento de alguns dados que surgiam de acordo com os relatos.

Participaram deste estudo 21 informantes-chave, que além se incluírem nos critérios de inclusão, anteriormente descrito, eram mulheres consideradas boas informantes, ou seja, aquela que tinham o desejo de contar suas histórias pessoais de VPI e o processo de amamentação, e que, além disso, mantinha uma boa vinculação com a pesquisadora, fato que facilitou a realização da entrevista em profundida.

7.3 Coleta de dados

A fase da coleta de dados teve início no final de abril de 2015 e terminou no início de outubro do mesmo ano.

Primeiramente, cabe-nos dizer que a pesquisadora responsável por esse recorte participou como entrevistadora do projeto maior transversal e multicêntrico no munícipio de Ribeirão Preto, SP; o que favoreceu uma aproximação com as participantes e, possibilitou a identificação das informantes-chave.

Cabe destacar, que inicialmente, a identificação da VPI no projeto maior transversal e multicêntrico foi realizada através da aplicação de um questionário baseado no modelo proposto por Schraiber et al. (2002), e adaptado por Rodrigues (2007), o qual era aplicado durante o pré-natal e, eram investigadas as características sócio-demográficas, econômicas, obstétricas das participantes e dados sócio-demograficos dos companheiros e da qualidade da relação do casal (APÊNDICE A). Explica-se esse instrumento (APÊNDICE A), pois usou-se alguns dados do mesmo a fim de caracterizar as participantes informantes-chave neste recorte.

A fim de aprimorar a captação dos dados qualitativos, foram empregadas técnicas que ajudaram a pesquisadora responsável a acessar e interagir com o material levantado. Destaca-se, como técnicas empregadas, a construção do Diagrama de Escolta Social (ANEXO A) e a entrevista em profundidade (APÊNDICE B), técnicas relatadas minuciosamente a seguir. Cabe destacar, que o diário de campo foi um instrumento suporte para ajudar na descrição e na história de cada participante conforme exposto no APÊNDICE C.

Portanto, ao identificar a mulher que tinha características de ser uma boa informante-chave, a pesquisadora deste estudo, apresentava após a entrevista de 180 dias do projeto maior a proposta de participação neste estudo qualitativo. Após apresentar as justificativas e mediante o aceite da proposta, foram combinados hora e local para coleta de dados. Dentre os locais para realização da entrevista, foram disponibilizados a própria residência da puérpera, alguma Unidade Básica de Saúde (UBS) referência da mulher, ou, ainda, sala privativa na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP).

No dia anterior a entrevista, a pesquisadora responsável ligava para a mulher confirmando o agendamento, e, caso a mulher tivesse que se deslocar até a UBS ou EERP, era repassado a ela o pagamento dos gastos com transporte e alimentação. No dia da entrevista, o local era preparado com alguns alimentos, água e alguma decoração para se tornar mais acolhedor e a fim de não intimidá-la. Como algumas tinham que vir com o bebê, buscou-se deixar brinquedos da idade da criança para que essa se entretivesse e a entrevista corresse

tranquilamente. Como desafios encontrados em alguns momentos, destaca-se a pausa da entrevista por motivos de choro da criança ou até mesmo pela chegada de algum familiar ou de algum profissional de saúde que precisava utilizar a sala que estava sendo usada, mas, mesmo com as interrupções, não foi perdido o foco e o objetivo da entrevista.

Dessa forma, a entrevista só se iniciava após a confirmação do aceite da mulher e da leitura em voz alta do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE D), que atendeu a Resolução 466/12, seguida de explicação de eventuais dúvidas. Para as puérperas menores de idade, ou seja, com até 17 anos 11 meses e 29 dias, foi solicitada ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) a dispensa da assinatura do TCLE pelo representante legal, já que, por se tratar de uma pesquisa que investiga a ocorrência de violência, o representante legal pode não ter interesse em autorizar a participação da menor na pesquisa, sendo solicitada a assinatura do Termo de Assentimento para Menores (APÊNDICE E). Após a assinatura do termo, uma via foi arquivada pela pesquisadora, e outra via foi fornecida para a mulher. Cabe dizer que, ao ofertar a via do TCLE, a pesquisadora explicava que essa deveria ser arquivada com o máximo de sigilo e descrição, para que o companheiro agressor não tivesse contato, a fim de prevenir novas violências por conta da pesquisa.

Após assinatura do TCLE, foi dado início à coleta dos dados por meio da construção do Diagrama de Escolta Social (ANEXO A). Cabe destacar que o Diagrama de Escolta Social proposto por Antonucci e Akiyama (1987) tem suas bases teóricas na psicologia do desenvolvimento humano, a qual propõe o entendimento do sujeito de forma mais contextualizada, sistêmica e de modo que os fenômenos que ocorrem com esse sujeito possam ser investigados a fim de compreender como tais eventos contribuíram na formação desse sujeito ao longo de seu ciclo vital. Conforme salienta Lordelo (2013), a perspectiva *life-span*, estudada pelo psicólogo alemão Paul Baltes, compreende que o desenvolvimento é um processo contínuo, acompanhado de variadas posições e direções, no qual o indivíduo vai se desenvolvendo conforme os processos de perdas e ganhos predispostos pela função biológica, pelo aspecto social e pela interação cultural.

Para a construção do Diagrama de Escolta Social, foi utilizado um quadro feito de EVA, no qual estavam colados três círculos concêntricos e de cores diferentes. No meio do círculo mais interno, foi colado um boneco, que representou a mulher. Os bonecos, que foram dispostos no Diagrama representando as pessoas que compõem a rede de suporte desta puérpera frente ao aleitamento e a situação de violência, foram feitos de EVA e tinham características diferentes para representação das diferenças sexuais, conforme o gênero. Assim sendo, os bonecos com cinto representaram o gênero masculino, os bonecos com

vestido representaram o gênero feminino, e os bonecos com camiseta foram os transgêneros (BRITO; COSTA; PAVARINI, 2012).

Antes de iniciar a montagem do Diagrama, a pesquisadora pedia para a puérpera pensar nos sujeitos ou nos indivíduos que estiveram junto dela no ciclo gravídico puerperal ou frente à situação de VPI e os listasse em um papel. Após isso, para cada círculo concêntrico que compunha o Diagrama, havia um questionamento proposto pela ferramenta, e, a partir desses questionamentos, as pessoas que compunham essa rede de suporte foram dispostas nos referidos círculos, respeitando o grau de proximidade e de interação (ANTONUCCI; AKIYAMA, 1987).

Dessa forma, após a descrição dos nomes e do parentesco dos sujeitos referidos pelas puérperas, ainda de forma lúdica, era pedido para a puérpera responder aos questionamentos que compõem o Diagrama, dispondo os referidos bonecos, identificados com as iniciais dos sujeitos descritos e com o parentesco, nos diferentes círculos, conforme o grau de proximidade e de interação.

Foram representadas no círculo interno as pessoas que, para a puérpera, corresponderam a esta sentença: *"Naquelas pessoas de quem você se sente tão próximo que seria difícil imaginar a vida sem elas".*

No círculo intermediário, foram representadas, por meio dos bonecos de EVA, as pessoas que, para a puérpera, corresponderam a esta sentença: *"Aquelas pessoas de quem você não se sente tão próximo, mas que ainda assim são muito importantes para você".*

E, no último círculo, ou seja, no mais externo, foram representadas, por meio dos bonecos de EVA, as pessoas que, para a puérpera, corresponderam a esta sentença: *"Naquelas pessoas que você ainda não mencionou, mas de quem você se sente próximo e que crê que são importantes o suficiente de modo que deveriam ser colocadas na sua rede".*

Ainda cabe destacar que o Diagrama de Escolta Social é composto por três etapas, sendo a primeira responsável pelas características estruturais da rede; a segunda referente aos aspectos funcionais da rede a partir da estruturação; e a última etapa configura a funcionalidade da rede por meio do apoio ofertado (ANTONUCCI; AKIYAMA, 1987; PAULA-COUTO et al., 2008; BITTAR, 2015). Neste estudo, cabe salientar que o Diagrama de Escolta Social foi utilizado parcialmente, ou seja, foi desenvolvida com as puérperas participantes apenas a etapa um do Diagrama, que corresponde à estruturação da rede, pois foi almejado conhecer um pouco mais dos motivos dessa estruturação, a funcionalidade e as formas de apoio por meio da entrevista gravada. Dessa forma, a etapa um do Diagrama serviu

como um instrumento disparador para acessar os questionamentos que foram delineados para a entrevista em profundidade.

Após a montagem do Diagrama, foi dado início à entrevista gravada, a qual contou com um formulário semiestruturado composto por questões norteadoras abertas e dispostas na forma de um roteiro. Abarcaram-se questões acerca das situações de VPI por meio dos fatores que precipitavam essa violência, a forma como ela ocorria, o impacto dela sobre a prática do AM e suas formas de enfrentamento. Além disso, frente às pessoas representadas no Diagrama, foi questionado o papel representativo dessa pessoa e sua ação frente à situação de VPI e/ou do AM. E, como questão finalizadora, indagou-se como seria o AM se a mulher não tivesse passado por essa situação de VPI. Ainda entre essas questões, foram abarcados temas sobre a alimentação do bebê mês a mês, sobre a rede de suporte social, dados do relacionamento com base nos desentendimentos, agressões e violência sofrida (APÊNDICE B).

Essas participantes só foram entrevistadas uma única vez, e o tempo de entrevista durou em média de 42 minutos, sendo a entrevista mais curta de 11 minutos, e a mais longa de 64 minutos.

Após finalizar a entrevista, algumas mulheres acabavam aproveitando a oportunidade para desabafar sobre os acontecimentos da vida, e algumas tiravam dúvidas quanto à alimentação do bebê. Ao final, para todas que aceitavam, eram ofertados folhetos e cartilhas com conteúdo de amamentação e sobre serviços que disponibilizavam atendimentos às vítimas de violência. Algumas mulheres pediam encaminhamento para serviço de psicologia, dessa forma, em convênio com a Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, a qual dispõe do curso de Psicologia e atendimento à população, era-lhes dada uma carta de apresentação da puérpera e eram passados os horários de atendimento do serviço de psicologia; apesar da solicitação e do encaminhamento, nenhuma das participantes chegou a buscar o serviço, alegando falta de tempo, falta de apoio com o bebê, problemas financeiros ou pela distância do serviço (APÊNDICE F).

7.4 Análise dos dados

Após a finalização das entrevistas, elas eram transcritas na íntegra, e esses dados foram analisados por meio do método da interpretação dos sentidos (GOMES, 2015). Os dados quantitativos advindos do formulário fechado do projeto maior foram apresentados na forma descritiva.

A interpretação de sentidos trata-se mais de um método do que de uma técnica, pois envolve etapas: uma epistemológica, o que traz uma visão crítica da ciência e que difere do senso-comum; uma teórica, ou seja, que envolve interpretações com base em conceitos; uma morfológica, que delimita regras sobre o objeto a ser investigado; e uma técnica, a qual envolve o domínio da coleta de dados e o confronto dos dados com a teoria que lhe deu origem. A interpretação de sentidos advém das correntes compreensivas das ciências sociais e pretende analisar os dados por meio das palavras, dos atos e das ações, dos grupos, das instituições e das inter-relações, por meio de reflexões da hermenêutica (compreensão) e da dialética (crítica), a fim de desvendar o significado por meio das interpretações e da relação com a crítica das contradições que surgem da relação com os contextos (GOMES et al., 2005; GOMES, 2015).

Foram percorridos, para a interpretação, os seguintes passos: leitura compreensiva do material coletado, exploração do material e elaboração da síntese interpretativa. Na leitura compreensiva, a tendência é que o pesquisador se impregne do material, e espera-se conhecer as particularidades e a visão do conjunto do material; nessa etapa, firmam-se as unidades de sentido para posterior categorização. Na fase da exploração do material, inicia-se a fase de aprofundamento do material, ou seja, busca-se ir além do texto, dessa forma, tende-se a trazer a tona o subjetivo, ou o que está implícito no relato, e, a partir desse momento, começa-se a buscar sentidos e dialogar com os teóricos do estudo, ou seja, inicia-se a inferência. Na etapa da síntese interpretativa, chega o momento da interpretação, ou seja, o que antes estava compartimentado nas unidades e nas categorias passa a ter uma síntese, e esta síntese começa a ser trabalhada de acordo com os objetivos do estudo, com os referenciais teóricos e com os dados empíricos (GOMES et al., 2005; GOMES, 2015).

Dessa forma, o método da interpretação dos sentidos caminha para além da interpretação, indo além do conteúdo textual, levando em consideração a cultura e o contexto no qual esse relato é formulado.

7.5 Estudo piloto

O pré-teste foi realizado com o intuito de avaliar a compreensão das participantes sobre a construção do Diagrama (ANEXO B) e sobre as questões norteadoras que compuseram o formulário semiestruturado (APÊNDICE B). Dessa forma, a realização do pré-teste testou a viabilidade de se utilizar o instrumento, o Diagrama de Escolta Social, junto de

questionamentos abertos e na forma de entrevista, visto que esta ferramenta ainda permanece sendo utilizada em estudos com vertentes quantitativas.

O pré-teste foi iniciado após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética, e foi realizado com as três primeiras puérperas; como houve compreensão e as entrevistas contiveram conteúdos semelhantes e que contribuíam para os objetivos da pesquisa, então as entrevistas pré-testes foram incluídas junto ao material final.

7.6 Considerações éticas

Quanto aos aspectos éticos, foram seguidas as normas para pesquisas envolvendo seres humanos estabelecidas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Dessa forma, para o estudo maior, foi inicialmente obtida a autorização da Comissão de Pesquisa do CRSM-MATER e da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. O estudo foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e foi aprovado sob o protocolo CAAE: 24049713.4.0000.5393 (ANEXO C).

Todas as mulheres participantes da pesquisa receberam folhetos informativos sobre violência doméstica, contendo a relação dos serviços que visam à proteção da mulher no município de Ribeirão Preto. No momento da entrevista, quando requerido pela mulher, esta foi encaminhada ao suporte assistencial por meio da rede social de apoio para atenção integral às pessoas em situações de violência ou condições de risco.

8 RESULTADOS E DISCUSSÃO

8 RESULTADOS E DISCUSSÃO

8.1 Descrição das participantes

Participaram do estudo 21 mulheres que se encontravam no período pós-parto. Demonstra-se, por meio de pequenos textos (APÊNDICE C), o histórico de convivência com o companheiro e a presença de VPI durante algum momento da vida e no ciclo gravídico puerperal de cada participante.

Notou-se que a idade das participantes variou de 17 a 36 anos, sendo a média de 23 anos e a mediana 22 anos. A idade dos companheiros teve variação semelhante à das companheiras, ou seja, variou de 17 a 38 anos, mas a média foi maior que a das mulheres, permanecendo 24 anos, assim como a mediana. Considera-se importante avaliar os dados pessoais das participantes, uma vez que esse tende a estar relacionado com a propagação da violência em mulheres mais jovens (SHAMU et al., 2011). A mesma correlação foi evidenciada por Barros et al. (2016), em um estudo sobre prevalência e fatores associados à VPI em mulheres de uma comunidade em Recife, Pernambuco, para as quais a VPI se elevou quando as mulheres se diziam mais jovens, pretas ou pardas, com maior escolaridade (8 ou mais anos de estudo), ou ainda, sem trabalho.

Ainda quanto à idade materna, um estudo transversal dirigido no Rio de Janeiro por Ribeiro (2009) também encontrou que mães com idade inferior a 20 anos tinham chances aumentadas para sofrer violência física pelo parceiro durante a gestação ou nos primeiros 5 meses de pós-parto. Para Ribeiro (2009) esse tipo de violência perpetuada pelo parceiro íntimo diminuiu cerca de 3,6% quando as famílias não possuíam tais características, como ter 2 ou mais filhos menores de 5 anos, tabagismo materno, uso de álcool pela mulher ou companheiro, assim como uso de drogas pela mulher ou companheiro, e percepção materna sobre a saúde da criança aquém do que se era esperado, e ainda, escolaridade materna inferior ao segundo grau completo fato que discorda do resultado encontrado por Barros et al. (2016)

É importante destacar que a idade materna, a depender do estudo, da metodologia e da população investigada pode não estar associada à propagação da violência, como no caso do estudo dirigido por Vieira, Perdona e Santos (2011), que não encontrou associação entre idade materna e propagação da violência física para uma população de 504 mulheres de diferentes unidades de saúde em uma cidade paulista.

Das participantes deste estudo, oito concluíram o ensino médio, três concluíram apenas o ensino fundamental e uma terminou o ensino superior, dessa forma, a média de

tempo de estudo foi de 9.9 anos. No que diz respeito à ocupação, 12 disseram ser do lar, cinco trabalhavam com carteira assinada, duas estavam desempregadas, uma estava trabalhando sem carteira assinada e uma considerou-se estudante.

A literatura analisada pode demonstrar que a escolaridade menor ou igual a oito anos de estudos seria um fator associado à violência perpetrada pelo parceiro (D'OLIVEIRA et al.; 2009; RIBEIRO, 2009). Entretanto, para a população investigada no estudo de Barros et al. (2016), ter oito ou mais anos de estudo colaborou para a perpetuação da VPI. Frente ao exposto, alguns estudos entendem que a violência pode estar relacionada ao gênero, uma vez que depender do companheiro pode ser um fator associado à agressão, mas ser superior ao parceiro, em alguns aspectos, tais como a renda, também pode deflagrar as situações de violência. Nesta vertente, evidencia-se que, em algumas situações, o gênero pode ser um disparador de violência tanto quanto os fatores econômicos, demográficos e/ou sociais (RIBEIRO et al., 2017). Embora para Vieira, Perdona e Santos (2011) as mulheres com menor escolaridade estivessem mais vulneráveis para a VPI, aquelas que disseram ser as chefes ou mantenedoras da família apresentaram maior risco para sofrer violência física.

Desse modo, na vertente dos dados sociodemográficos e a associação com a VPI, Vieira, Perdona e Santos (2011) chegam à mesma conclusão que Ribeiro et al. (2017), ou seja, que as variáveis sociodemográficas tendem a gerar um conflito com base no gênero, fato que colaboraria para a propagação da VPI. Tal concepção vai ao encontro do estudo de D'Oliveira et al. (2009), o qual evidencia que a manutenção das regras tradicionais e intergeracionais de gênero tendem a colocar a mulher em situação de violência.

Tanto que, ainda no estudo de Vieira, Perdona e Santos (2011), a mulher ser considerada chefe da família aumentava em 96% a chance de sofrer VPI. Um fato controverso foi verificado no estudo de Ribeiro et al. 2017), em que um alto padrão de suporte social, em especial, quando o suporte for financeiro, pode diminuir os efeitos da pobreza e, concomitantemente, a violência, uma vez que esse suporte foi responsável pela redução da vulnerabilidade da mulher em situação de violência por conta do seu *status* socioeconômico. Cabe destacar ainda que não trabalhar pode ser um fator associado à VPI, a depender da população estudada e da metodologia utilizada para associação das variáveis (BARROS et al., 2016).

Assim como a associação de menor escolaridade, ter menos de cinco bens duráveis e não residir com o companheiro colaborou para a inadequação do pré-natal (CARNEIRO et al., 2016). Dessa forma, pode-se compreender que a renda, assim como o tempo de escolaridade, esteve, por vezes, associada à VPI; e essa associação também pode existir por conta da

relação e propagação dos conceitos geracionais, sociais e culturais ligados ao gênero, no entanto, às vezes, é válido dizer que as questões de gênero frente ao relacionamento podem não influir e nem ter associação para o desfecho da VPI (VIEIRA; PERDONA; SANTOS, 2011).

Ainda, em relação aos dados sociodemográficos e econômicos, pode-se verificar que estes geram alguma influência sobre a prática da VPI, tanto que, no estudo transversal realizado por Ribeiro et al. (2017) com gestantes de São Luís do Maranhão e de Ribeirão Preto, foi possível constatar que o *status* socioeconômico esteve correlacionado com a tipificação da violência perpetrada. O *status* não interferiu na propagação da violência psicológica, no entanto, o baixo *status* econômico esteve correlacionado com maior número de episódios de violência física e sexual, as quais os autores acreditam estar relacionadas ao suporte social que essas gestantes recebiam; portanto, indiretamente, o suporte social esteve atrelado aos fatores econômicos, uma vez que, quanto menor o nível econômico da gestante, menor seria o suporte social recebido e maiores eram os episódios de violência tanto física quanto sexual (RIBEIRO et al., 2017).

Quanto à cor das participantes, oito disseram ser brancas assim como sete se consideraram pardas, enquanto, cinco se denominaram pretas e uma considerou-se amarela. Os estudos que verificaram a associação entre cor da pele e VPI evidenciaram que ser preta ou parda elevou a chance de estar em situação de violência, assim como a mulher negra tinha uma chance aumentada para VPI em relação às brancas (SILVERMAN et al., 2006; BARROS et al., 2016). Ao contrário, para a população analisada por Vieira, Perdona e Santos (2009) não se encontrou associação entre a cor de pele e violência, assim como entre idade materna e VPI. Tais fatos nos permitem pensar que o contexto em que a mulher em situação de violência está inserida, assim como seu perfil, pode interferir nas associações entre as variáveis, por isso, por vezes, uma variável pode ou não estar associada à perpetuação da VPI.

Quanto ao culto religioso, quatro participantes disseram não seguir nenhum, das restantes, foi predominante o católico (11 participantes) seguido do evangélico (seis participantes). Enquanto as mulheres evangélicas tiveram prevalência aumentada para agressão física, as demais religiões e cultos religiosos não tiveram nenhuma associação significante no estudo de Vieira, Perdona e Santos (2011). Ainda em relação às crenças, o fato de não seguir um culto religioso foi fator significativo para colocar a mulher em situação de violência (BARROS et al., 2016).

No que se refere aos hábitos, pode-se perceber que a gestação gerou um impacto nos hábitos maternos, reduzindo-os, conforme visualizado por meio da tabela a seguir.

Tabela 1 - Comparativo descritivo dos hábitos maternos que eram mantidos antes e na vigência da gestação. Ribeirão Preto, 2017.

Hábitos maternos	Antes da gestação	Na gestação
Tabagismo	3 (14.2%)	2 (9.5%)
Etilismo social	12 (57.1%)	1 (4.7%)
Drogadição	5 (23.8%)	2 (9.5%)

Quanto aos hábitos dos companheiros, a maior parte (14) era etilista, enquanto, cinco eram tabagistas e cinco utilizavam alguma drogas ilícita.

O consumo de álcool e drogas, assim como a manutenção de tais hábitos, pode estar relacionado com a própria situação de violência (BARROS et al., 2016). Observou-se uma relação entre as variáveis contextuais, como etnia e o acúmulo de eventos estressantes, e o uso de bebidas, e tal fato, ou seja, o alcoolismo por parte dos agressores mostrou-se preponderante para a propagação da VPI (CATALÁ-MINANA et al., 2016). Também houve maior incidência de VPI quando existia o hábito do alcoolismo e/ou dependência química por parte do casal (MENEGHEL et al., 2011; SILVA, 2011).

A utilização tanto de drogas lícitas, como o tabaco e o álcool, quanto ilícitas está relacionada à violência física perpetuada pelo parceiro íntimo; assim como a ingestão do álcool pela mulher está associada a um pré-natal inadequado (CARNEIRO et al., 2016).

Para as mulheres que faziam uso de álcool e de drogas na população estudada por Vieira, Perdona e Santos (2011), a chance de VPI duplicava e triplicava, respectivamente, em relação às que não faziam tal uso. No mesmo sentido, ter companheiro alcoólatra elevava as chances de VPI, tanto que as agressões aumentavam 59% quando o companheiro fazia uso rotineiro de álcool, e seis vezes se ele estivesse em uso regular de drogas. Ainda nessa perspectiva, parceiro que tinha hábito de beber nos últimos 12 meses esteve correlacionado também à propagação da violência física.

Em um estudo realizado por Abeche et al. (2007) demonstrou-se ainda que, quando a idade do companheiro é superior à da parceira, a ingestão de álcool, drogas ilícitas e o uso de tabaco sofreu uma elevação, assim como esse fator etário esteve relacionado a uma tendência para violência doméstica, e também para uma maior dependência financeira do parceiro devido à rede de suporte social reduzida.

Em relação aos dados obstétricos, 18 mulheres eram primíparas, duas sofreram um abortamento anterior, e uma sofreram dois abortamentos. Das 21 mulheres, 13 não planejaram a gestação. Um estudo colombiano realizado por Pallitto e O'Campo (2004) demonstrou como estatisticamente significante a relação entre o não planejamento da gestação e a

perpetuação de VPI, tanto que as mesmas autoras evidenciaram, para essa população, que a VPI se elevava quando associada à família patriarcal e à gestação indesejada.

A gestação também é visualizada como um fator de mudança na rotina do casal, dessa forma, verificou-se, por meio da literatura, que mulheres com mais de três gestações apresentaram maior chance de estar em situação de violência em relação às nulíparas (VIEIRA; PERDONA; SANTOS, 2011). No mesmo estudo, foi verificado que o aborto aumentava em 97% o risco de violência física nas mulheres daquela população.

Frente ao relacionamento do casal, o tempo de relacionamento variou de 12 meses a 96 meses, o que resultou em uma média de 30 meses de relacionamento e mediana de 24 meses. Quanto ao estado civil, 19 participantes permaneciam solteiras. Quando questionadas sobre a convivência com o parceiro antes da gestação, 16 afirmaram ter boa convivência, cinco relataram convivência regular e nenhuma referiu convivência ruim. Para 15 dessas mulheres, a convivência melhorou com a gestação, quatro referiram não mudar o padrão anterior e duas concluíram uma piora do relacionamento. Para 12 participantes, os companheiros não tinham hábito de controlar suas vidas.

Para Vieira, Perdona e Santos (2011), o fato de as mulheres reconhecerem que seus companheiros eram controladores elevava em até quatro vezes a chance de sofrerem violência física por parte deles. No mesmo sentido, reconhecer o temperamento do companheiro como agressivo lhes conferia uma chance trinta vezes maior de ser violentada (VIEIRA; PERDONA; SANTOS, 2011).

Quanto à VPI, no inquérito respondido na primeira consulta de pré-natal, pode-se verificar que, das 21 participantes, nove alegaram ter sofrido algum tipo de VPI na gestação. Dessas, cinco sofreram violência psicológica, uma violência sexual e três sofreram violência psicológica e física associadas.

No estudo coorte de Sigalla et al. (2017), realizado com 1.123 grávidas em um município no norte da Tanzânia, observou-se, durante a gestação, a ocorrência de 22,8% de violência psicológica/emocional, seguida de 6,3% de física e de 15,3% de sexual. Além disso, ao menos 30,2% já tinham sofrido algum tipo de VPI ao longo da gestação. Dessa forma, 3 em cada 10 gestantes tanzanianas foram expostas à violência durante a gestação. Esse fato denota que, mesmo sendo a gestação, por vezes, protetiva, a depender da população, muitas vezes, nem mesmo esse ato protege a mulher.

No cenário brasileiro, faz-se importante destacar que a violência física diminui 50% durante a gestação, se comparado com os episódios anteriores a esta. Dessa forma, mesmo a violência física diminuindo no período gestacional, as prevalências foram maiores no estudo

nacional de Silva et al. (2011) se comparado com o estudo internacional dirigido por Sigalla et al. (2017).

Taxas semelhantes ao estudo de Silva et al. (2011) foram observadas no estudo realizado por Carneiro et al. (2017) e, independente do munícipio de ocorrência, dentre eles São Luís do Maranhão ou Ribeirão Preto, as taxas durante a gestação foram maiores para violência psicológica, seguida de física e sexual.

Ainda que, para as participantes deste estudo não tenha ocorrido, durante a gestação, somente violência do tipo física, cabe destacar que, no estudo transversal realizado por Carneiro et al. (2016), com 1.026 mulheres cadastradas no Programa de Saúde da Família do Recife, a prevalência da violência física perpetrada pelo parceiro esteve presente em 25,4% da população investigada.

Julga-se importante salientar que, com o caminhar das entrevistas, a maior parte das mulheres que alegaram não sofrer VPI na gestação, após estabelecerem vínculo com a pesquisadora, acabaram contando que alguma vez na gestação já haviam sofrido algum tipo de violência. O aumento da vinculação e da confiança pode ter colaborado para expor a real experiência com a VPI no período pós-parto, uma vez que esta se mostrou mais presente após o nascimento do bebê do que durante a gestação. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2001), participantes de pesquisas tendem a não responder honestamente questões intimistas ou que requerem sensibilidade, como traumas psicológicos ou risco de abuso futuro, caso o pesquisador não se mostre preocupado com as questões éticas e endereço sigiloso a fim de preservá-las.

O mesmo é destacado por Barros et al. (2016), o qual correlaciona este fator a uma limitação metodológica, uma vez que alguns assuntos de ordem íntima, como no caso da VPI, podem ser subestimados, uma vez que se depende da resposta do sujeito, da vinculação entre pesquisador e participante e da habilidade do pesquisador, assim como do instrumento utilizado e da forma como é aplicado. Tais fatos denotam que a prevalência pode ser subestimada a depender das relações estabelecidas entre pesquisador e participante.

Observou-se, no pós-parto, o aumento nos casos de VPI, pois, ao se comparar tais dados com os da gestação, em que apenas duas não sofreram nenhum tipo de agressão no pós-parto; na gestação, 12 participantes disseram não sofrer nenhum tipo de VPI. Talvez, esse aumento da VPI também pode estar relacionado com a vinculação estabelecida com a pesquisadora, fato que diminuiu o receio de expor a situação conforme relatado pelas próprias participantes, entretanto, cabe-nos salientar o aumento de VPI no puerpério se comparado ao período gestacional.

No pós-parto das 21 participantes, cinco sofreram violência psicológica - esse índice manteve-se como o gestacional -, das demais, 12 sofreram violência psicológica e física associadas e duas sofreram violência psicológica, física e sexual. Dessa forma, percebe-se que, na gestação, a violência permaneceu mais no âmbito psicológico, talvez por conta de a mulher estar gestando, e, uma vez parida, sem o filho no ventre, as violências físicas e sexuais acabaram sendo alimentadas. Nota-se também o aumento da gravidade da violência ao se comparar os números absolutos durante a gestação e no puerpério, tanto que, no período pós-parto, houve associação de três tipos de violência, enquanto, na gestação, o máximo de associação foram dois tipos.

Talvez, a elevação na ocorrência de VPI no puerpério pode estar relacionada também ao fato de já ser agredida durante a gestação, fato este que, de certa forma, aumentaria o risco para agressão no pós-parto em 8,2 vezes segundo Silva et al. (2011). Entretanto, no estudo de Jardini (2013) realizado com puérperas do município de São Paulo demonstrou-se, ainda que com pequena diferença, uma menor taxa de VPI no puerpério se comparado com a gestação. Das mulheres estudadas por Jardini (2013), 79,2% participantes sofriam VPI antes da gestação, 43,2% na gestação e 41,6% no puerpério, fato que permite observar uma queda nos índices de VPI nos períodos da gestação e do pós-parto se comparados os índices à fase não gravídica.

Ainda quanto à tipologia da violência durante o ciclo gravídico-puerperal, a mais evidenciada foi a psicológica, referida por 28,8% das participantes, enquanto a violência sexual foi a menos referida no pós-parto (SILVA et al., 2011).

Frente ao AM, apenas uma das 21 participantes esteve em AME até o sexto mês. Três participantes alegaram não ter feito AME, dessas, uma seguiu direto para a complementação com LA, e as outras duas tentaram manter aleitamento materno predominante (AMP), ou seja, fizeram uso de chá e água. No cômputo geral até o fim dos 180 dias pós-parto, sete bebês já estavam desmamados enquanto 13 estavam em AM com inserção e complementação de líquidos ou papas. Saldan et al. (2015) evidenciou uma taxa de 11,1% (em uma população de 1.814 bebês) de AMP, dos quais 27,4% e 26,8% dos bebês menores de seis meses consumiam, respectivamente, chá e água. Mesmo com evidências maléficas da introdução de água e chá para os infantes menores de seis meses, ainda encontra-se a prática em algumas maternidades, como evidenciado no estudo de Souza, Mendes e Binoti (2016), em que encontraram as taxas de 5,7% e 4,9%, respectivamente, do uso de chá e água nos hospitais.

A média de tempo de AME para essas participantes foi de 59,3 dias, o que fica bem aquém do recomendado pelos órgãos da saúde, que apoiam o AME até o sexto mês de vida do

bebê. A mediana se manteve em torno de 37 dias, o que faz com que o AME permaneça ainda mais abaixo do esperado e preconizado pela OMS e pelo Ministério da Saúde (MS). Esses dados vão a concorde com os encontrados por Venâncio et al. (2010), que, ao investigarem as taxas e os tipos de AM nas diferentes capitais brasileiras, detectaram uma média de AME em torno de 41%, mesmo com a média de AM na primeira hora de vida chegando a 67,7%.

Ao observar esse cenário no contexto mundial, o estudo dirigido por Victora et al. (2016) relata que, nos países de média e de baixa renda, apenas 37% dos bebês são amamentados exclusivamente até seis meses. Além disso, a porcentagem de crianças que não estavam em AME nos países de baixa renda ficou em torno de 53%, seguida de 61% em países de média e baixa renda, e de 63% para os de média e alta renda (VICTORA et al., 2016). Ainda nessa vertente, em um estudo realizado na Universidade de Virginia por Wallenborn et al. (2017), por meio da pesquisa de nutrição infantil e estudos práticos II, foi possível evidenciar que, de 2.935 mulheres, 91,7% não amamentaram exclusivamente até o sexto mês, conforme recomendado.

Após conhecer o contexto social, demográfico e econômico descrito pelas participantes e discuti-lo em relação aos achados literários, além de entender a relação destes com VPI, dar-se-á início à análise dos relatos em relação à VPI, ao AM e à rede de suporte social dessas participantes.

8.2 Análise qualitativa

Frente à análise dos relatos das participantes, juntamente com a relação da rede de suporte social a partir do Diagrama de Escolta Social e em conjunto com os referencias teóricos de Bourdieu (2002, 2006) sobre a dominação masculina, e de Sluzki (1997) por meio das redes de suporte social, pode-se depreender três categorias centrais: "**Percepção da violência por parceiro íntimo no contexto de vida da mulher"**, "**A violência por parceiro íntimo e as repercussões no aleitamento materno e na criança"** e "**A estrutura e o contexto da rede de suporte social interpessoal e institucional frente à amamentação e a violência por parceiro íntimo".**

A categoria central intitulada: "**Percepção da violência por parceiro íntimo no contexto de vida da mulher"** buscou retratar o ciclo da VPI, as formas de enfrentamento da mesma assim como o perdão ao companheiro e a permanência no mesmo, além disso, o impacto dessa VPI para a participante.

A catogoria central intitulada: "**A violência por parceiro íntimo e as repercussões no aleitamento materno e na criança"** foi composta por três subcategorias: **"...Se não tivesse as brigas, o M. (filho) mamaria mais...", "...eu me arrependo muito de ter brigado na frente do meu filho porque ele viu tudo, tinha vez que ficava nervoso e chorando de noite [enquanto estava] dormindo..."** e "**Vivência do aleitamento materno",** que estiveram relacionadas ao AM e os impactos e as repercussões da VPI para a lactação e para a criança.

A categoria central intitulada: "**A estrutura e o contexto da rede de suporte social frente à amamentação e a violência pelo parceiro íntimo"** se compôs de três subcategorias, sendo estas: "**A estrutura e o contexto da rede de suporte social interpessoal e institucional frente à amamentação e a violência por parceiro íntimo",** que demonstrou como a rede interpessoal e a rede institucional concebiam a rede de suporte social para essas participantes. E as subcategorias: "**As ações da rede de suporte social frente à violência por parceiro íntimo"** e "**As ações da rede de suporte social frente à amamentação"** retrataram as ações tanto interpessoal como institucional frente os objetos do estudo.

8.2.1 Percepção da violência por parceiro íntimo no contexto de vida da mulher

Nesta categoria central, busca-se compilar os achados sobre a VPI desde seu ciclo de perpetuação até sua expectativa de cessamento por meio da transformação do parceiro. Além disso, abarcou-se o local em que a VPI tende a ocorrer e os fatores que a predispõem, assim como os tipos pelos quais ela se apresenta para essas mulheres.

Nesse primeiro momento, pretende-se transcorrer sobre a fase de tensão (ou seja, o que leva ao desentendimento do casal), os atos de violência cometidos por esse desentendimento e a fase da reconquista (lua de mel). Dessa forma, pretende-se demonstrar o ciclo da violência, que tende, na maior parte das vezes, a não ser cessado, iniciando-se novamente após a lua de mel, conforme visualizado por meio do trecho do relato a seguir:

> *[...] Quando eu voltei com o L. (companheiro) na gravidez, tudo era tranquilo, no começo também foi, muito tranquilo, mas depois, no meio da gravidez, começou o tormento, as brigas, as discussões. [...] depois que a S. (filha) nasceu, foi tudo tranquilo, o começo também, foi tudo tranquilo, ele me ajudava a cuidar dela [...] uns quatro ou cinco meses começou as brigas, daí ele vinha pra cima de mim como eu te contei, batia, batia de machucar, perto dela. [...] ia e ficava umas duas ou três semanas na casa da mãe dele, depois voltava e pedia desculpa, eu perdoava, depois dava uma ou duas semanas a gente brigava de novo [...] ficava mais dois, três dias fora de casa, aí voltava e falava que não conseguia mais ficar longe da S. (filha), voltava, chorava, abraçava ela, falava que tava com saudade, aí ficava tudo bem.[...]* (Participante 8)

O ciclo da VPI, já bastante discutido na literatura, possui três estágios: o primeiro, conhecido como fase de tensão, é o período no qual os disparadores da agressão estão presentes, assim como as constantes discussões. A etapa seguinte, ou segunda, normalmente é a fase em que as brigas, em especial, com violência física, ocorrem. A terceira fase, também conhecida como "lua de mel" ou "reconciliação", é a etapa em que o agressor pede desculpas e promete jamais repetir os atos, entretanto, normalmente, o ciclo tem novo recomeço após dias ou semanas, conforme as rotinas de tensão do casal (SCHRAIBER; D´OLIVEIRA, 2003; SCHRAIBER et al., 2005; SILVA et al., 2012). Dessa forma, o quadro do ciclo da violência não foi diferente para as participantes deste estudo.

Segundo os dados obtidos pelos relatos das participantes do estudo de Albuquerque Netto et al. (2015), esse ciclo continua a se perpetuar por conta das mulheres acreditarem no pedido de desculpa e na não recorrência da VPI pelos parceiros.

Tal qual no trabalho mencionado, pode-se verificar que, para a maior parte das participantes do nosso estudo, também existia uma expectativa de mudança do comportamento do companheiro. Esse fato pode colaborar para a manutenção do ciclo da VPI, uma vez que, por confiar nessa mudança e buscá-la, o ciclo se perpetuava, visto que a mulher busca demonstrar para o companheiro a necessidade de romper essa violência, mas este, por não aceitar, na maior parte das vezes, a recorrência se inicia. Um dos fatores que, para essas participantes, contribuíram para esperança de mudança do parceiro foi a chegada do filho no relacionamento:

> *[...] Eu vim pra casa, ele me ajudava todos os dias com a nenê, ele trocava, ele fazia ela dormir, parecia bobo, eu falei (pensei): "Que bom, quem sabe um filho não muda a pessoa, né?!". Isso ele já tinha saído do tráfico, ele tava trabalhando de azulegista [...] ele falou que ia mudar, que ia mudar, ia mudar, ia mudar, começaram as brigas de novo [...]* (Participante 12)

Assim como visualizado por Santos et al. (2017), a percepção e os sentimentos em relação à mudança fazem com que a esperança permaneça ativa na mulher em situação de violência, entretanto, a progressão desse ciclo é de forma reincidente, e, quase sempre, de forma silenciosa, seguido de agravamento conforme o tempo de relacionamento violento.

Para as mulheres entrevistadas por Dutra et al. (2013) acreditar que o companheiro sairia do vício e o pedido de desculpa foram fatores que as fez confiar na mudança do parceiro, e subsequente, cessamento da VPI.

Para as participantes deste estudo, os fatores que disparavam a agressão, ou até mesmo o período de tensão foi multicausal, são bem semelhantes ao exposto por D'Oliveira et al. (2009). Dentre os contextos que demonstraram ser precipitadores da VPI, observa-se:

> *[...] Cobranças, minhas cobranças, o motivo das brigas [...]* (Participante 15)

> *[...] Por causa de ciúmes, toda vez que ele me colocava a mão era por causa de ciúmes. Ele via coisa aonde não tinha [...] achava que eu traía, que eu fazia coisa errada [...]* (Participante 3)

Cabe destacar que algumas participantes diziam que elas disparavam a discussão pelo fato de terem ciúmes de ex-mulheres ou após visualizarem mensagens de internet ou celular com imagens de mulheres nuas ou até mesmo conversa com mulheres, dessa forma, o ciúme não parece ser unilateral, mas sim parte do relacionamento. Em um estudo internacional, observou-se que o ciúme e a possessividade foram dois dos disparadores mais importantes da violência durante o período da maternidade (IZAGUIRRE; CALVETE, 2014).

Assim como afirmam Martins e Mororó (2016) e Albuquerque Netto et al. (2017), o ciúme pode ser um resquício do patriarcalismo; e uma forma de corrigir o comportamento da mulher seria demonstrando o mesmo, além da violência psicológica ou até física para reeducar essa mulher. Tal aspecto é semelhante à leitura de Bourdieu (2002), na qual o homem sente-se responsável pela reeducação da mulher, dessa forma, inicia o controle sobre seu corpo, sobre seu comportamento e sobre as formas como ela se porta perante a sociedade; uma vez não escutado, ele tende a partir para agressão como forma de correção.

É importante ressaltar que o ciúme, para poucas participantes, foi uma forma de demonstração de carinho por parte do companheiro, uma vez que esse seria um momento em que o companheiro voltou a atenção para algo que ela fez, ou seja, ela conseguia a atenção do companheiro, mesmo que socialmente ela ficasse subjugada, mais uma vez, a ele. Tal fator foi verificado também por Santos e Moré (2011), que constataram que o ciúme, ao mesmo tempo em que podia causar mágoa, era uma forma de cuidado com a mulher.

Assim, a atitude ciumenta colaborou para a perpetuação dos mecanismos de domínio do homem sobre os atos das mulheres. Esse domínio foi percebido pela população estudada por Dutra et al. (2013), uma vez que atitudes como proibir saída do lar, incentivar os papéis domésticos, não permitir estudo, trabalho ou orientação religiosa foram visualizados como forma de cobrança e de controle por parte dos companheiros. Isso também foi percebido pelas participantes desse estudo, as quais sentiam o controle do parceiro ao não aceitarem a forma como elas se vestiam: muitos não aceitavam roupas curtas, decotes ou até mesmo que a mulher se maquiasse, pois acreditavam que essas ações as tornavam atraentes aos olhos de outros homens. Algumas atitudes que também demonstravam a tentativa de tolher a liberdade de escolha era determinar quais amigos poderiam fazer parte do contexto da mulher, assim

como ter o controle do acesso a redes sociais de internet e celular, pois, para algumas, o fato de acessar programas de conversa em celular ou na internet disparava brigas.

Para essas participantes, os familiares que compõem, em sua maioria, a rede de contato ou convívio dessa mulher acabavam sendo os gatilhos para propagar a VPI. A sogra foi uma das mais citadas, geralmente por proteger o filho ou por ser uma figura que não concordava com o modo de criação do bebê. Entretanto, podem-se visualizar também outras situações nas quais cunhados, mães, filhos de outros relacionamentos e até mesmo o próprio bebê disparavam a VPI de alguma forma. Tal ação foi encontrada também no estudo de Izaguirre e Calvete (2014), no qual as participantes narram que as sogras perpetravam violência psicológica contra elas, com atitudes de desqualificação das noras e de incentivo às qualidades do filho, fato que contribuía para a manutenção do ciclo da violência.

Ainda no cenário patriarcal, como também visualizado por essas participantes, o homem é responsável pelo labor, e a mulher é subjugada a cuidar do lar e dos filhos e a concordar com as regras colocadas pelo companheiro, a partir do momento em que ela não corresponde a esses ideais, ela torna-se alvo da VPI. Tal fato foi semelhante ao visualizado no estudo de D'Oliveira et al. (2009), em especial, nas mulheres que residiam na Zona da Mata Pernambucana, uma vez que o desejo da autonomia financeira da mulher, neste contexto, representa uma quebra de paradigma, fato que aumentava a violência perpetrada pelo parceiro, visto que ela deveria ser punida, já que esse não era o papel social esperado de uma mulher. Para Ribeiro et al. (2017), tanto os fatores econômicos como as questões sociais de gênero contribuem para a perpetuação da VPI no momento em que a mulher tenta desviar o padrão social.

Para além do patriarcalismo, assim como da dependência financeira da mulher, os vícios também contribuíam como gatilho disparador da VPI para essas participantes. O etilismo e a drogadição foram fatores que influenciaram para a perpetuação do ciclo da violência tanto nos estudo de Lettiere, Nakano e Bittar (2012) como nos de Martins e Mororó (2016).

Esses disparadores contribuíam para os diferentes tipos de violência. A violência psicológica, por muitas vezes, foi visualizada por essa população como ações de ameaça à própria mulher e aos seus entes queridos. Assim como se pode visualizar a presença de xingamentos ou palavras pejorativas no momento em que o companheiro começa a praticar a violência verbal; para algumas, esse tipo de VPI deixava marcas mais profundas até mesmo que a violência física. Outro tipo de violência, visualizada em menor quantidade, mas que se

fez presente inclusive no ciclo gravídico e puerperal foi a violência sexual, conforme os trechos dos relatos a seguir:

> *[...] ele já veio com uma pedra pra acertar na minha cabeça [...] aí ele começou a me ameaçar que ia me bater na frente da menina, né! [...] "Eu vou acabar com a sua vida, sua desgraçada, eu vou te matar!" [...] ele me agredia todo dia [...] aí cortou o meu rosto no vidro do carro, aí meu olho ficou enorme [...] Ele começou a jogar veneno, aquele de matar barata, meu olho ficou vermelho queimando, tacou no meu olho [...] eu deitava assim, ele via que eu não queria mais nada, que eu não tinha mais vontade [...] aí eu tinha que ir [...]* (Participante 2)

> *[...] me sentia mal porque, às vezes, uma palavra dói mais que um tapa na cara, né? [...] antes deu vim embora, dessa última vez que eu voltei com ele, eu já não tava mais sentindo prazer, daí eu não tava mais fazendo as coisas com ele, daí teve um dia que ele quis fazer, e eu não quis e mesmo assim ele continuou, e foi aquela coisa assim, eu me senti que foi à força porque eu não queria, não tava sentindo prazer mesmo, num queria, daí eu senti que foi a força, ainda me machucou, até porque eu não sentia que estava tudo certinho com meu corpo ainda, então machucou, doeu bastante, e pra mim foi uma violência sexual [...]* (Participante 9)

> *[...] No meu resguardo [...] ele me machucou tanto é que eu num conseguia ir no banheiro, não conseguia andar direito, então tem muita coisa assim, que eu nem gosto de tá lembrando porque machuca.[...]* (Participante 18)

Dessa forma, podemos perceber, por meio dos trechos de relatos anteriores, que muitas preferem não recordar, em especial, a violência sexual, no entanto, o importante é que conseguem perceber que foram agredidas sexualmente, o que, até certo tempo atrás, ainda era velado na cultura patriarcal, dessa forma, o ceder não era visto como uma forma de estupro, mas sim como uma obrigação marital da mulher. No entanto, apesar de ter esse conhecimento, algumas ainda cedem por pressão ou por não quererem que esse seja um motivo gerador de VPI.

Outra forma ainda de VPI trazida pelas participantes era a violência patrimonial, ou seja, os danos que o companheiro agressor causava nos utensílios pessoais da mulher, dentre eles aparelhos celulares, motocicleta, utensílios da casa, como guarda-roupa, espelhos, maçanetas e cama. Para algumas mulheres, o companheiro praticava essa violência no momento do nervosismo, dessa forma, algumas chegaram a relatar que era melhor este destruir seus objetos pessoais do que a ela própria. Da mesma forma, para algumas participantes, esses acontecimentos, ou seja, o extravasamento do nervosismo nos objetos, seriam um aviso para esta se afastar do companheiro ou mudar a atitude diante dele, pois, caso contrário, ela seria a próxima a receber a violência, conforme exposto no trecho a seguir:

> *[...] ele daí quebrou o guarda roupa [...] ele pegou meu celular, tacou na parede, quando eu ia pegar de novo, ele pegou o chip, quebrou [...]* (Participante 5)

Dessa maneira, as formas de violência contra a mulher, conforme dispõe a própria lei brasileira, permanece em torno da violência psicológica ou emocional, patrimonial, física e/ou sexual, e, a depender do contexto dessa mulher, a tipificação da violência pode ser diferenciada, tanto que, no ciclo gravídico-puerperal, é muito comum evidenciar a perpetuação de mais violência psicológica, emocional e patrimonial do que física e sexual, uma vez que esta poderia afetar o filho, além da mulher (MARCOVIZ; RAIMONDO; LABRONICI, 2014; OLIVEIRA et al., 2015; ALBUQUERQUE NETTO et al., 2017; BARROS; SCHURAIBER, 2017; RIBEIRO et al., 2017).

Para algumas participantes, o fato de viver em situação de violência faz com que esse ato se torne incorporado ao seu modo de vida, diante disto, não reconhecem essas ações violentas como um ato agressivo, em especial as que não deixam marcas; só dizem que são agredidas a partir do momento em que o ato tem uma proporção maior ao que ela está acostumada a vivenciar. Há outras que reconhecem a VPI e sentem-se objetos, conforme o trecho do relato a seguir:

> *[...] eu acho que ele acha que eu sou um negócio de soco! [...]*(Particpante 5)

> *[...] Era tapa, soco, chute, na hora que eu caía no chão, ele chutava, puxava o cabelo, mas nunca pegou mais sério, a não ser na nossa última briga feia, que ele me deu uma "cabada" de vassoura nas costas, chegou até machucar, nas costas e no braço [...]* (Participante 8)

Segundo a literatura, essa desnaturalização da violência ocorre, na maior parte das vezes, quando a mulher passa a perceber sintomas mais visíveis, como sinais físicos ou pensamentos depressivos, dessa forma, é comum visualizar a baixa percepção de reconhecimento da VPI nos relacionamentos, em especial, quando a violência perpetrada é psicológica. Cita-se como fator para essa não visualização da violência a vulnerabilidade social e econômica, a qual, muitas vezes, colabora para que a violência permaneça velada, não somente para a mulher, mas também para a família e os amigos (SANTI; NAKANO; LETTIERE, 2010; LETTIERE; NAKANO; BITTAR, 2012; ALBUQUERQUE NETTO et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2015; MARTINS; MORARÓ, 2016; BARROS; SCHURAIBER, 2017).

Ainda cabe destacar que, para a maior parte das participantes do estudo, a violência era perpetrada no lar, longe de familiares, e, em algumas situações, em locais longe de conhecidos, como em ruas ou vielas. De acordo com a literatura, a casa é o local em que mais ocorre a VPI, uma vez que seria um ambiente entre quatro paredes, que poucas pessoas iriam visualizar ou ouvir. A maior parte dos agressores também prefere praticar a violência na

ausência de outras pessoas, uma vez que isso aumenta a vulnerabilidade da mulher e o poder do agressor (SCHRAIBER; D´OLIVEIRA, 2003; SCHRAIBER et al., 2005; LETTIERE; NAKANO; BITTAR, 2012; SILVA et al., 2012; BANDEIRA et al., 2015; ALBUQUERQUE NETTO et al., 2017).

No contexto da VPI, pode-se perceber que, para essas participantes, a gestação apresentou uma modificação, no sentindo da violência ser abrandada, ou seja, a tipificação da violência se modificou. No mesmo sentido, para algumas, percebe-se que o local atingido pela violência física mudou, conforme observado no trecho a seguir:

> *[...] ele (companheiro) dizia: "eu posso bater em você tudo que é lugar menos na sua barriga, sua desgraça. eu vou dar na sua cara, na suas pernas, menos na sua barriga, porque eu num quero matar meu filho sua desgraçada.* (Participante 17)

Izaguirre e Calvete (2014) demonstram que a gravidez não é protetiva, entretanto, para a população analisada, houve uma tendência à diminuição da violência física na gestação; assim, ainda não há consenso se o período gravídico é protetivo ou não, uma vez que a tendência tende a se modificar de acordo com a população analisada, o que é bem semelhante às oscilações que se visualiza nas prevalências de VPI, demonstrando que não temos um instrumento único para detecção e mensuração desses resultados, além de os diferentes contextos culturais, sociais e até históricos também gerarem influências (ELLSBERG, 2006).

Segundo o boletim informativo da WHO (2011), as gestantes que sofrem violência física relatam como danos: ossos quebrados, hemorragias, socos em face e quebra de dente, além de persistente dor de cabeça, no entanto, o agressor não foca o abdome. Tal descrição é relativamente semelhante ao encontrado pelas participantes desse estudo.

Assim como a gestação, outro momento de modificação da VPI acontece com o nascimento da criança. Para algumas mulheres, o puerpério foi protetivo por um período de tempo, em especial, quando o parceiro percebia a necessidade que o bebê tinha da mãe; entretanto, para outras, assim que o bebê começou a ter atividades autônomas, como engatinhar ou ficar em andadores ou cercados, a violência se reiniciava e, na maior parte das vezes, na presença da criança, conforme pode-se verificar por meio do trecho a seguir:

> *[...] Quando ela nasceu, ele até me ajudava bastante, mas depois que ela começou a andar no andador, aí sim as brigas começaram, que ela tava de quatro pra cinco meses, daí a gente começou a brigar feio perto dela. [...] eu ia e pegava ela no colo, daí a hora que eu soltava ela, ele vinha pra cima de novo [...] se eu tivesse com ela no colo ela era minha proteção, né [...]* (Participante 8)

Ação semelhante foi observada na população estudada por Izaguirre e Calvete (2014), na qual a violência psicológica permaneceu no puerpério, e a física sofre aumento com a

chegada do bebê; o abuso sexual também pode estar presente, mesmo em menor quantidade, mas afetando a saúde materna e gerando estresse psicológico.

Sabe-se que a VPI gera impactos nas pessoas envolvidas e, dentre essas repercussões, as mais citadas estão ligadas à saúde, ao emocional e ao mental. A maior parte das participantes acreditou que uma das consequências deixadas foi a sensação depressiva. Elas classificavam como depressão o fato de não quererem se envolver com os familiares, algumas relataram não quererem cuidar do bebê, algumas ainda acreditavam estarem deprimidas por não conseguirem se alimentar, e, para elas, o fator que desencadeava essa depressão seria a inconformidade de sofrer a VPI, conforme pode-se ver por meio do trecho relatado a seguir:

> *[...] eu fiquei mal, fiquei com medo até de entrar em depressão pra te falar a verdade. Eu ficava me perguntando o que eu tinha feito de errado, se eu tinha feito tudo que eu podia, então, eu ficava naquilo: "O que eu fiz de errado?", "O que foi que faltou?"... a filha que ele (companheiro) tanto queria eu dei, porque ele (companheiro) sempre pedia um filho pra mim, eu dei, então eu num sei o que eu deixei a desejar [...]* (Participante 2)

Reações semelhantes foram observadas pela população estudada por Dutra et al. (2013), as quais destacaram sentimentos e sensações como desânimo, cefaleia, insônia, ansiedade, instabilidade emocional, angústia e desespero, seguido por choro. É importante pontuar que tais sensações podem acabar desencadeando problemas físicos e emocionais, os quais podem perdurar por meses ou até anos.

Como se pode perceber por meio do trecho do relato anterior, as mulheres buscam entender o motivo da violência se culpabilizando por algo que não tenham feito. Conforme expõe Acosta et al. (2013), inúmeras vezes o contexto sociocultural, assim como as raízes do patriarcado, culpabilizam a mulher e a colocam como merecedora da violência. Dessa forma, pode-se entender que tal preceito está tão arraigado na condição da mulher em situação de violência que ela mesma começa a buscar uma autocrítica para tentar entender os motivos que a fazem ser agredida.

Embora os reflexos da VPI possam se fazer presentes, algumas participantes conseguiram enfrentá-la a partir do momento em que se empoderaram e saíram da posição de vítima, transformando os contextos e as relações, conforme visualizado por meio dos trechos dos relatos a seguir:

> *[...] Depois que eu mudei pra cá, pra minha casa, pra morar com ele. Tudo mudou graças a Deus! [...]* (Participante 5)

> *[...] eu tive que me esconder, fingir que eu não estava em casa. [...] fingir que nem ouvi pra não ter briga [...] Assim, quando ele (companheiro) me agredia, a primeira coisa que eu pensava era acalmar ele (companheiro) porque eu sei que se eu acalmasse ele (companheiro) e conversasse, ele*

> *(companheiro) ia entender [...] teve uma hora que eu falei assim: "Ou ele me mata ou eu mato ele.", daí ele vinha me agredir, eu já vinha com faca pra cima dele [...]* (Participante 2)

> *[...] teve uma época que eu cansei e eu disse: "Não, chega, eu preciso trabalhar...", eu fui trabalhar e nisso eu fui me mantendo e fui vendo que eu podia sozinha [...]* (Participante 18)

> *[...]eu fui na delegacia da mulher, aí eu fiz um BO contra ele com a Maria da Penha [...]* (Participante 9)

Como resultado desses enfrentamentos, algumas salientaram que conseguiram cessar a VPI a partir do momento em que o companheiro entendeu o que foi instituído judicialmente, assim como, para outras, o fato de tomar atitudes como a separação, ou a ameaça de separação, fez com que o parceiro temporariamente modificasse o padrão violento.

Enfrentamentos semelhantes foram visualizados pelas mulheres que participaram da pesquisa qualitativa de Marcovicz, Raimondo e Labronici (2014), na qual as mulheres enfrentavam a VPI a partir do momento que sentiam a vida ameaçada, receio da morte dos familiares, medo do que o filho estava vivenciando, e, para cessar a violência, buscavam a Delegacia da mulher, visando especialmente à medida protetiva.

Silva et al. (2012) encontrou que, das mulheres que sofriam VPI, 57,6% buscavam conversar com alguém, enquanto 3,5% escolheram auxílio institucional, e 17,3% conversavam com alguém e buscavam ajuda institucionalizada, como forma de enfrentar a VPI. Entretanto, conforme afirmam Dutra et al. (2013), as mulheres começam a enfrentar a violência a partir do momento em que se dão conta dela, ou seja, quando saem da submissão.

Assim, diante do exposto, pôde-se caracterizar, de forma qualitativa, um pouco da vivência da violência sofrida por essas mulheres, assim como o local em que acontece, os diferentes contextos que ocorrem e as repercussões e possíveis enfrentamentos a partir do momento em que as mulheres conseguem avançar o obstáculo.

8.2.2 A violência por parceiro íntimo e as repercussões no aleitamento materno e na criança

Na categoria 2, buscou-se abordar as vivências e os significados do AM frente à VPI e também as circunstâncias da violência para o bebê. Como resultado, emergiu, para esta categoria, 3 subcategorias, as quais abordaram as temáticas: repercussões da VPI para a lactação; o impacto da VPI para o bebê; a vivência do aleitamento materno; e a prática da introdução alimentar e o momento em que essa ocorreu.

8.2.2.1 "...Se não tivesse as brigas, o M. (filho) mamaria mais..."

Nesta subcategoria, ou seja, a interferência da VPI frente à prática do aleitamento materno, dentre as repercussões, pode-se destacar a desmotivação para amamentar, que ora era causada pelas dificuldades iniciais do aleitamento materno, como fissuras e ingurgitamento, os quais geravam dor física; ora eram advindas de ofensas por parte dos companheiros, o que, de certa forma, destruíam a imagem corporal da mulher e abalavam sua estima, pois tais companheiros correlacionavam a prática do aleitamento materno com a queda ou a flacidez mamária e até mesmo ao ganho de peso materno:

> *[...] eu num tinha prazer no começo de dar mamar, daí depois eu fui pegando prazer, sabe?! Mas eu num tinha prazer não porque ele (companheiro) dizia: "você vai ficar com as tetas tudo caída!", desse jeito, "ai que coisa feia, antes já não era bonita, agora então...". Ele falava isso, daí aquilo já ficava na minha cabeça, né, daí eu pensava: "ai meu Deus, como é que vou dar de mamar?", mas eu ia fazer o que, né?! Daí eu num queria mais nada com nada assim. [...] ele parou de mamar no meu peito [...] porque eu comecei a tomar uns remédios pra poder emagrecer [...]* (Participante 17)

> *[...] passei por nervoso, não sei se é nervoso ou estresse [...] daí teve uma hora, diz o J. (companheiro), que eu num quis dá, mas não foi que eu num quis dá, eu comecei a passar por muito problema de mudança [...]* (Participante 15)

Sabe-se que o companheiro é um dos motivadores para o sucesso da amamentação por meio de suas práticas e suas atitudes (FURTADO; ASSIS, 2012). Segundo a revisão de literatura dirigida por Faleiros, Trezza e Carandina (2006), a atitude positiva paterna exerce, na mãe, uma motivação para amamentar. Entretanto, compreende-se que a ausência do companheiro, assim como a falta de apoio ou a forma como ele lida com o aleitamento materno acabam desmotivando a lactação, conforme verificado pelas mulheres desse estudo, que tinham como agravante a VPI.

Relação semelhante aos relatos anteriores pode ser visualizada no estudo qualitativo dirigido por Lourenço e Deslandes (2008), o qual traz um caso no qual uma nutriz era chamada de preguiçosa pelo companheiro agressor por preferir amamentar à oferecer mingau ao filho. No mesmo estudo, os autores destacaram a violência conjugal como uma das causas para o desmame precoce (LOURENÇO; DESLANDES, 2008). Dessa maneira, subentende-se que, mais uma vez, o contexto da VPI associado à falta de incentivo frente à lactação gerou impacto na forma como a amamentação transcorre, tanto em relação à sua temporalidade quanto à sua tipologia, haja vista que, para aquelas mulheres que permaneceram aleitando, o ato era feito escondido do companheiro ou em locais longe de suas interferências.

É importante observar e destacar a relação entre a utilização de medicação e a amamentação, fato não muito relatado por essa população, mas que merece ênfase, pois interferiu na temporalidade do aleitamento. O uso de remédios para emagrecer, conforme exposto pela participante 17, esteve correlacionado às injúrias proferidas pelo companheiro em relação ao seu corpo e, de certa forma, fizeram-se presentes como resposta às questões de autoimagem e baixa estima da mulher. Assim, ocorreu de algumas mulheres, mesmo não utilizando medicação, optarem por diminuir a ingesta calórica a fim de emagrecer, ou seja, algo contraditório ao período da lactação, mas também relacionado à imagem corporal.

Em relação ao uso de medicamentos, tais resultados foram semelhantes aos advindos de Lourenço e Deslandes (2008), os quais relatam que algumas mulheres em situação de VPI acabavam deixando de aleitar por conta da ingestão de medicamentos, tais como antibióticos, anti-inflamatórios e analgésicos para conter a dor das agressões. Entretanto, no caso da população desse estudo, o desmame, quando relacionado à medicação, esteve ligado à insatisfação com a imagem corporal durante o pós-parto.

Sabe-se que, socioculturalmente, a imagem pela perfeição corpórea é disseminada. A mídia contribui para divulgação desse padrão estereotipado do "corpo perfeito", em especial ao divulgar imagens de artistas recém-paridas e com os corpos exuberantes, fato que pode gerar forte influência nas mulheres que estão passando pela regressão gravídica do pós-parto. Quando essa cobrança se associa à VPI, foi possível verificar, por meio do estudo quantitativo de Oliveira (2008), o qual foi realizado com 811 mulheres em um serviço público de saúde do Rio de Janeiro, que as mães com autoestima elevada - traçada pela escala de Rosenberg-, tinham 65% menos possibilidade de desmame precoce, ou seja, a visão confiante e positiva dessa mulher tinha um fator protetor contra o desmame precoce.

Tais fatos estão de acordo com os resultados de Moraes et al. (2011), o qual prediz que a autoestima materna, tanto durante o período gestacional como pós-natal, influencia positivamente tanto na relação para a manutenção do AME quanto na diminuição da violência física grave na gestação; isso ocorre pois a autoestima poderia contribuir tanto para o romper a VPI quanto para melhorar as atitudes maternas em relação à maternidade, gerando impactos positivos frente ao AM.

Então, conforme exposto, é evidente, para essas participantes, que a baixa autoestima, mediada pelos discursos pejorativos advindos de seus parceiros em relação aos seus corpos e também associada à VPI teve reflexos sobre a prática da lactação, tanto que, por alguns períodos, algumas deixaram de amamentar, enquanto outras, em meio a esse contexto, desmamaram.

> *[...] ele ainda ficava brigando quando mamava na frente dele, eu sempre dava mama pra ele escondido porque ele falava pra mim tirar [...] ele falava que eu tinha que pensar mais em emagrecer do que dá mama pra criança [...]* (Participante 18)

Segundo Keeling (2012), no estudo qualitativo que dirigiu com 15 mulheres, 6 delas quiseram contar como a violência contra a mulher impactava em sua autoimagem. Essas mulheres referiam não estar felizes com seus corpos, sentiam-se sujas, não gostavam de ver as cicatrizes oriundas das agressões, e algumas ainda referiram não estarem felizes com os seios, e isso não influenciou apenas no sentimento pessoal, mas também na relação com a amamentação (KEELING, 2012).

Ainda nessa vertente, com a chegada do bebê, não só o seio, mas também o corpo, as atenções e os cuidados são destinados, em maior escala, para o recém-nascido, o que pode impactar no relacionamento do casal e começar a gerar fases de tensão, conforme destaca Brito e Oliveira (2006). Dessa forma, pode-se perceber, por meio dos trechos dos relatos, diversas representações dada ao seio pela mulher e pela sociedade, ou seja, existe a questão do "seio para si" ou para o companheiro como uma representação de ser mulher e como conotação da sexualidade, e o "seio do outro" como forma de nutrição para o bebê.

Ainda sobre as mudanças ocorridas na vida conjugal do casal após o nascimento do bebê e na vertente do companheiro, Brito e Oliveira (2008) concluem dizendo que a restrição erótica do peito, que agora nutre, e as mudanças na sexualidade do casal podem gerar desgaste no relacionamento, e, de certo modo, afetar também, indiretamente, a lactação.

Ainda em relação ao impacto emocional que permeia o AM, pode-se perceber por meio do estudo de Keeling (2012), que o ato de aleitar o bebê gerava sentimentos conflitantes na mulher. Uma vez que ao amamentar, e sentir desconforto, em especial no início do estabelecimento da amamentação, a mulher relembrava dos episódios de violência e de dor (KEELING, 2012). Esse fato apresentou similitude com os relatos de algumas participantes do presente estudo, as quais se sentiam "feridas" pelo filho ao amamentá-lo, por conta da dor ou desconforto inicial da amamentação ou até por conta de fissuras mamárias, mas que, além disso, devido ao contexto violento advindo do parceiro, ao ter que passar por esse desconforto, é como se o filho remetesse-lhe mais um ato agressivo, conforme pode ser visualizado no trecho a seguir:

> *[...] eu tinha vezes que não conseguia amamentar, pois tinha aflição de dar mamar, muitas coisas [...] ele ia mamar de novo pra me machucar,[...]* (Participante 17)

Esse fato também foi relatado por meio do levantamento científico realizado por Averbuch e Spatz (2009), no qual foi possível presenciar que mulheres que passaram por abuso sexual na infância e que tinham seus corpos violados sentiam-se psicologicamente intimidadas para amamentar. Segundo relatos de casos trazidos pelos autores, as próprias vítimas da violência salientavam que somente quem havia passado por uma violência é que conseguia entender a repulsa pela prática do aleitamento materno (AVERBUCH; SPATZ, 2009).

Cabe ainda destacar, como perfil dessas participantes, os sintomas semelhantes a sinais de transtornos psicológicos e que, de certa forma, afetavam a qualidade de atenção com o filho, e também podem indicar a prática do AME com risco para o desmame, uma vez que, em períodos críticos, acabavam ofertando LA porque não se sentiam aptas a oferecer o peito. Conforme expõe Kendall-Tackett (2007), em seu artigo sobre VCM e efeitos no período perinatal, os transtornos psiquiátricos mais comuns verificados nas mulheres em situação de violência são depressão e desordem pós-traumática; e acredita-se que esses transtornos estejam ligados não só à violência como também à falta de suporte do companheiro nesse processo perinatal.

> *[...] as pessoas falavam pra mim como eu era nova, tudo que você passa, por exemplo, se você tá sofrendo, seu filho vai sofrer [...] era uma dor por dentro, um sentimento forte por dentro, era uma coisa terrível, eu sentia que na hora era como se tivesse uma coisa errada com meu peito, uma coisa que eu não devia ter dado pra ele, que passa um filme, na hora que passava esse filme na minha cabeça de tudo que eu já passei eu pensava nele, é que esse leite não ia sair bem pra ele. [...] teve um tempo que eu nem conseguia tirar meu peito pra fora pra dá mamá pra criança, teve um tempo que a pessoa segurava meu filho assim dava leite na mamadeira porque num conseguia, porque toda vez que eu ia colocar meu filho pra mamar, eu sentia aquela dor, sentia uma dor muito forte, assim uma voz falando pra mim num dá, era uma coisa muito estranha que aconteceu comigo. [...]* (Participante 18)

A depressão e o desmame precoce são os dois fatores de maiores repercussões na saúde materno-infantil, pois se sabe que mulheres depressivas, ao amamentarem, blindam seus bebês desse sentimento porque, neste ato, conseguiriam firmar um vínculo com a criança, seja por meio do olhar, do toque ou de carícias, fato que não aconteceria se uma mamadeira fosse inserida no processo, o que o tornaria mais rápido e de menor contato (KENDALL-TACKETT, 2007). Apesar desse aspecto positivo, ainda por meio das falas das participantes do estudo, e com foco no assunto referido pela autora, algumas mulheres não se sentiam dignas de aleitar seus filhos, uma vez que não estariam apenas passando o LM, mas também todos os sentimentos retesados de raiva, rancor, ódio por conta da vivência com a VPI, conforme visualizado pelo trecho do relato a seguir:

> *[...] num tinha ânimo de amamentar porque eu sentia que eu ia passar o estresse pra minha filha [...]* (Participante 15)

Vale ressaltar, como contraponto o estudo coorte transversal realizado por Lau e Chan (2006) com mulheres chinesas residentes em Hong Kong, no qual os autores não viram significância entre os sintomas depressivos no puerpério precoce e diminuição do AM, que as chinesas que não estiveram em situação de violência pelo parceiro estavam mais propensas a iniciar a lactação. Tal fato pode demonstrar o quanto a VPI gera impactos negativos no processo do aleitamento materno. Ainda como repercussão da VPI sob o manejo do AM, destaca-se o trecho a seguir:

> *[...] o M. (filho) iria mamar melhor porque ele para de mamar pra ver a briga, então, seria bem melhor, ele mamaria no tempo dele [...] se não tivesse as brigas, o M. (filho) mamaria mais [...] eu acho que ele ia mamar mais no sentido que eu conseguiria dar mais o peito [...]* (Participante 6)

> *[...] Tipo, já teve vezes assim, de eu tá até amamentando, ele chegar em casa eu falar alguma coisa [...] Daí eu já largava, tirava a B. (bebê) assim do peito com aquela raiva, botava ela lá e já saia lá brigando, xingando ele tudo. Até os dois meses dela, assim, ele tava uma gracinha, aí começou a bebedeira de novo, e se caso a B. (bebê) chorasse ele já dizia: "nossa, dá logo mamá pra essa menina.". Daí já não era com carinho, era gritando! [...] quando dava aquela raiva na discussão, eu pensava: "ai, tira essa menina daqui." Já dava aquela coisa ruim lá por mais que eu tivesse feliz e brincando com ela. [...]* (Participante 13)

> *Eu num podia ficar triste porque [...] eu num sei o que que é, se é o hormônio que não faz sair o leite [...] daí quando eu amamentava a V. (filha) quando essas coisas aconteciam, eu sentia que eu num tava com leite suficiente pra V. (filha) porque ela queria mamar toda hora, mesmo quando ela tava grandinha [...] eu dava mamá pra ela, mas pensando naquilo, eu até chorava porque a gente brigou, nós tava brigando, já aconteceu da gente brigar eu dando mamá pra V. (filha), aí eu parava, né, e tinha medo do meu leite empedrar, secar, sei lá, de ficar sem e ela ficar com fome, eu me preocupava com ela, mas agora eu tô tendo mais leite do que antes por causa disso [...] eu tô tendo mais leite que antes porque antes tinha as brigas, eu passava muito estresse [...]Se eu não tivesse passado tanta coisa, brigar, ter que ficar lá no quarto, eu acho que eu seria até outra mãe, eu dava mais atenção pra V. (filha) [...] eu acho que ela estaria até mais forte agora [...]* (Participante 5)

Muitas das participantes alegaram que as brigas, em especial no momento da amamentação, ou faziam com que a criança parasse de mamar ou com que elas deixassem de amamentar para buscarem um revide para aquela situação. E, em ambos os casos, nota-se que ocorre interrupção do processo da mamada, o que influenciaria na condução do AM. Nesse sentido, a maior parte dos estudos analisados aponta algum tipo de interferência da VPI sob o início ou progresso do AM (LAU; CHANG, 2006; SILVERMAN et al., 2006; LOURENÇO; DESLANDES, 2008; KENDALL-TACKETT, 2007; CERULLI et al., 2010; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011; KEELING, 2012; JAMES et al., 2014).

Dentre as repercussões da VPI frente à amamentação, Silverman et al. (2006) analisaram que, para a amostra de 118.579 mulheres investigadas, aquelas que sofreram VPI de seus maridos ou companheiros um ano antes da gestação ou durante esse período tiveram

de 35% a 52% menos chance de amamentar, e de 41% a 71% de chance de permanecer aleitando por mais de quatro semanas, caso tenha iniciado a lactação.

Uma relação semelhante foi observada nos resultados do estudo de Lau e Chang (2007), no qual destacam que não ter sofrido VPI durante a gestação favorecia o início do AM, porque as mulheres da amostra (n=1.200) que sofreram agressão psicológica ou coerção psicológica estavam mais propensas a ofertar leite artificial ou ter um aleitamento misto.

Cabe destacar que o estudo de caso controle de Bullock, Libbus e Sable (2001) sobre a associação entre AM e VPI não encontrou diferença estatisticamente significativa entre início e manutenção do AM nas mulheres que sofreram e não VPI. Entretanto, cabe ressaltar que, mesmo com as diferentes opiniões apontadas nas análises dos estudos anteriores, Moraes et al. (2011) referem que a VPI, seja durante, antes ou depois da gestação, pode gerar impacto direto na produção láctea devido à ação dos hormônios adrenalina e noradrenalina, que interferem no eixo hipotalâmico-hipofisário, responsável pelos demais hormônios que estimulam a produção do leite, desestimulando essa produção.

Em uma perspectiva mais qualitativa, para a população de Lourenço e Deslandes (2008), o desejo de amamentar não conseguiu ultrapassar as dificuldades diárias vividas pela VPI, o que pode ter impactado para que os bebês fossem amamentados por um curto período de tempo.

No estudo inglês de Keeling (2011), houve relação entre violência sofrida pela mulher, a sensação de dismorfia, em especial, nas mamas, que aumentava nas mulheres que passaram por abuso sexual, e influência na prática do aleitamento. De certa forma, Keeling (2011) demonstra, por meio do relato dessas mulheres, que raros foram os casos em que o aleitamento serviu como uma ferramenta de cura à violência sofrida; ao contrário, para a maior parte das mulheres, lidar com a situação de violência e amamentar não foi uma experiência satisfatória e quase sempre terminou com o emprego de outras formas de nutrição infantil sem ser o seio materno (KEELING, 2011).

Dessa forma, fica evidente que a VPI atua como uma barreira para início e progressão do AM, e, conforme destaca Cerulli et al. (2010), o próprio ambiente caótico e perturbado em que ocorre a amamentação e a VPI acabam colaborando para interferências nesse processo e também em repercussões para a criança. Conforme exposto ainda por Cerulli et al. (2010), crianças que são expostas à VPI tendem a ter resultados insatisfatórios frente o AM, e um desses resultados é uma saúde precária, por isso a necessidade de compreender a interferência da VPI no processo da lactação, para que seja possível transformar e melhorar a saúde materno-infantil.

No contexto brasileiro, em específico para uma população do Rio de Janeiro, foi possível verificar relação entre a pouca paciência com o filho devido o contexto estressante em relação à VPI (LOURENÇO; DESLANDES, 2008). Nesse sentido, Izaguirre e Calvete (2014) afirmam que mulheres em situação de violência tendem a diminuir a interação com os filhos quase sempre devido às dificuldades psicológicas e emocionais enfrentadas.

Evidencia-se, nesse contexto, como importante disparador de VPI, a volta ao etilismo, fato que corrobora os resultados encontrados por Wallace et al. (2007) em seu estudo randomizado com mulheres australianas grávidas ou nutrizes e a relação entre uso de substâncias químicas, estresse psicológico e violência. Para essas gestantes ou nutrizes, o medo da violência atingia níveis elevados ao estarem com o parceiro alcoolizado (WALLACE et al., 2007).

Ainda cabe destacar a falta de incentivo para aleitar por conta das atitudes do companheiro, sendo uma delas, a ausência. Quando presente, a maior parte dos companheiros simplesmente dizia para que as parceiras amamentassem o bebê a fim de silenciar o choro da criança, e não por confiarem nos benefícios do AM.

Ao analisarmos tais dados a partir da vertente de Bourdieu (2002, 2006), percebe-se a predominância ainda da violência de gênero simbólica transmitida por meio das relações entre homem e mulher. Pode-se empreender que seria função da mulher a maternidade e alimentar o filho no seio, e, sendo essa uma atividade a ser realizado por ela, ao não se verificar tal feito, o homem sente-se no direito de pressionar ou cobrar tal função imbuída. Isso ocorre porque, conforme explica Bourdieu (2002), socioculturalmente e por meio da socialização dos indivíduos, o mercado é destinado ao homem, e o ambiente doméstico, à mulher, assim, subjetivamente, os indivíduos repassam e cobram esses papéis sociais.

Dessa forma, permeia, no contexto das mulheres participantes, o mesmo padrão de dominância masculina, no qual a mulher dominada acaba sendo cobrada a ter uma atitude semelhante ao esperado socioculturalmente, que é a prestação de cuidado com o filho e a amamentação. Um exemplo pode ser visualizado por meio de um trecho do relato a seguir:

> *[...] além de brigar comigo [...] ele me deixava sempre estressada [...] ele me desmotiva porque ele não me ajudava, ele ajudou no começo sim [...] mas depois que ele foi vendo, como eu disse anteriormente, que ele foi vendo que eu fazia as coisas sozinha, ele parou de me ajudar [...] se ele me desse mais motivação e assim nunca tivesse brigado comigo, não é menos briga, se ele não tivesse brigado comigo, eu acho que até os 6 meses eu teria amamentado ele, mesmo sabendo que ele tinha alergia a proteína do leite de vaca [...]* (Participante 4)

Novamente, para as mulheres participantes, fica nítido como a violência, independente do tipo, afetou de alguma forma a progressão da amamentação. Um fato relevante, e que

merece destaque, foi a falta de apoio do companheiro nas atividades domésticas, ou até mesmo no cuidado com o bebê após seu crescimento. Muitas das participantes destacaram que, quando a criança foi se tornando independente, os companheiros foram voltando ao ritmo de vida anterior ao da gestação, ou a como eram durante esta, e, com esse retorno, voltam à tona alguns vícios, a própria violência e o modo conservador patriarcal, observado de fato de acharem que as atividades domésticas e de cuidado com o bebê é papel da mulher.

Segundo Kendall-Tackett (2007), a percepção do suporte recebido e a maior proximidade do parceiro impactam diretamente tanto a estima como nos sintomas depressivos. Normalmente, as mulheres que têm uma baixa satisfação com seus relacionamentos tendem a demonstrar que essas relações de suporte não são boas (KENDALL-TACKETT, 2007). Ainda é possível perceber a relação de depressão severa naquelas mulheres que não contaram com o auxílio do companheiro tanto nas atividades domésticas como no cuidado com a criança (KENDALL-TACKETT, 2007).

Tal resultado é semelhante ao encontrado por Lourenço e Deslandes (2008), em um estudo no qual as mulheres entrevistadas relataram a maternidade como uma experiência solitária, e como um período em que o parceiro se ausentou, na maior parte das vezes, do auxílio físico, financeiro e afetivo, tanto que o cuidado da criança era exclusivamente da mulher (LOURENÇO; DESLANDES, 2008).

Ainda nesta vertente, embora menos visto, apesar de merecer destaque, há o fato de algumas mulheres acreditarem que, ter passado pelos desafios da maternidade junto da VPI as fortaleceu, colaborando na continuidade do AM, conforme exposto por meio do trecho a seguir:

> *[...] meu leite, quando ele nasceu, de tanto estresse, ele ficou muito fraco. Muito moderado! [...] aí juntou tudo, acabou o leite. Aí reduziu bastante [...] querendo ou não, isso me ajudou a mudar, de uma certa forma, mudei muito a cabeça, por mais que foi negativo, mas levou pro positivo. Se eu não tivesse passado por isso [...] eu creio que eu ia ter desistido, e não ia estar mamando até hoje, ia estar na mamadeira.[...]* (Participante 10)

Esse impacto "positivo" da VPI para a amamentação foi pouco visto; fato semelhante e com baixa ocorrência também foi visualizado no estudo de Izaguirre e Calvete (2014), no qual duas das participantes relataram que a violência contribuiu positivamente frente à maternidade, uma vez que elas conseguiam manter os filhos longe da VPI, e isso significava que tinham um cuidado especial para com eles.

Portanto, fica evidente que, na maior parte dos casos, a VPI gerou repercussões negativas para o binômio mãe-bebê e, de certa forma, para a prática do aleitamento materno,

uma vez que a maior parte das mulheres sentiu que a violência interferia, de algum modo, tanto no tempo da mamada como no tipo e no tempo da prática do aleitamento materno. O estresse e os sinais de depressão, oriundos da experiência com a VPI, foram os fatores que geraram interferência no modo como o AM foi praticado.

Ainda cabe destacar que, pontualmente, a violência sofrida pela mulher que amamentava impactava também no modo de ser da criança e, como emergiu nos relatos, em maior quantidade, destina-se uma subcategoria para abordar, conhecer e entender quais foram às repercussões da VPI para o bebê.

8.2.2.2 "...eu me arrependo muito de ter brigado na frente do meu filho porque ele viu tudo, tinha vez que ficava nervoso e chorando de noite [enquanto estava] dormindo..."

Nesta subcategoria, pretendeu-se abordar as repercussões da VPI para a criança envolvida neste processo durante o ciclo gravídico-puerperal. A maior parte das participantes trouxe em seus relatos algum tipo de impacto da VPI sobre a criança, uma vez que estas convivem quase sempre com o contexto violento. Dentre essas repercussões, as que mais emergiram foram efeitos como o choro e o medo do pai, assim como mais apego com a mãe; algumas ficaram mais agressivas com as pessoas com quem conviviam, alguns dormiam mal, pois se debatiam e choravam. Algumas mulheres ainda chegaram a relatar que, mesmo tentando não brigar próximo dos filhos, sentiam que estes sofriam com essa situação, tanto que algumas crianças, ao perceberem os primeiros sinais de desentendimentos entre o casal, buscavam uni-los tentando voltar a atenção dos pais para brincar com elas.

Destaca-se, como primeiras repercussões da VPI para com a criança, as agressões que geram, de algum modo, um impacto para o bebê ainda intraútero. As repercussões na saúde materno-infantil mais causadas pela violência no ciclo gravídico foram trabalho de parto pré-termo, aumento de problemas de saúde materna na gestação, baixo peso ao nascer, assim como maior uso de recursos da saúde (HUTH-BOCKS; LEVENDOSKY; BOGAT, 2002). Por meio do folheto informativo da WHO (2011) sobre VPI na gestação, além das repercussões apresentadas no parágrafo anterior, pode-se verificar como impactos para a saúde materna e do concepto: abortos espontâneos, abortos provocados, complicações obstétricas, aumento da chance de contaminação por HIV/AIDS, e, para o concepto, ganho insuficiente de peso.

Dessa forma, para essa população de mulheres, pode-se entender a necessidade de proteção da barriga gravídica, conforme relatado pelas pesquisadas que já sofriam VPI

durante a gestação. Dessa forma, a ação dessas mulheres era de proteção ao concepto diante da atitude violenta do parceiro, conforme visualizado por meio do trecho do relato a seguir:

> *[...]Ai eu peguei, tampei minha barriga porque eu falei (pensei): "Um soco que acertar com 3 meses não vai dar certo!". [...] eu num deixava muito me abala porque eu sabia que se me abalasse iria abalar minha filha [...]* (Participante 2)

Para essa população pesquisada, ficou nítida a relação de preocupação da violência e seu efeito no bebê, por isso, a maior parte das mulheres que passaram por agressão física na gestação buscavam proteger a barriga ou ainda buscavam não serem empurradas, para evitar quedas, pois traziam consigo o risco da perda gestacional. Poucas mulheres que eram agredidas ainda na gestação relataram ter tido, após queda ou discussão, algum sangramento vaginal em pequena quantidade, mas que não resultou em abortamentos ou agravamentos obstétricos. Por meio do estudo de Izaguirre e Calvete (2014), foi possível observar o impacto, a longo prazo, na criança, pois aquelas crianças cujas mães sofreram com VPI na gestação tinham maior propensão a problemas de saúde nos dois primeiros meses de vida.

Cabe destacar ainda que, para essa população, um ponto muito preponderante e permanente nos relatos é o fato de a mãe transmitir para a criança seus sentimentos e suas sensações; dessa forma, tudo que a mulher sentisse, o bebê tenderia a sentir. Um fato similar foi observado também no estudo de Lourenço e Deslandes (2008), no qual uma das participantes relata que tinha que ficar tranquila para "não passar nada" para o filho. Dessa forma, observa-se uma similitude para essas populações.

Diante dessa situação, para essas participantes, ter se preparado, ainda na gestação, para amamentar seria importante, uma vez que acreditavam que, com o conhecimento e o preparo para o ato de amamentar, tornariam o processo mais tranquilo; as que não conseguiram se preparar, considerou este um fator desmotivador para o AM, conforme relato por meio do trecho a seguir:

> *Eu não sei se influencia uma boa gestação, e como eu não tive, então, acho que isso atrapalhou bastante pra amamentar ela assim. [...] Eu acho que eu teria tempo de ter me orientado melhor, de ter buscado mais ajuda. Eu acho que teria sido diferente! [...] A amamentação teria sido mais tranquila. Eu acho que tudo influencia sim. [...] Acho que se não tivesse acontecido tudo isso, fosse uma gravidez tranquila, a R. (filha) estaria mamando até hoje. Porque eu nunca tive esse negócio, "ai não vou dar o peito porque o peito cai."* (Participante 20)

Por meio da revisão de literatura dirigida por Furtado e Assis (2012), as situações conjugais, assim como os conflitos familiares, podem contribuir negativamente, dificultando o AME até o sexto mês de vida, e o que, de fato, poderia modificar esse contexto seria a

atenção integral por meio de equipe multidisciplinar voltada para o esclarecimento e para a promoção do aleitamento materno desde o início do pré-natal.

Dessa forma, o estresse gerado pelo contexto de violência no ciclo gestacional acabou desmotivando a busca por esse aprendizado. Algumas participantes chegaram a relatar que tinham conhecimentos de grupos e de cursos de preparação para o parto e cuidados no pós-parto, mas que tinham desinteresse em participar devido ao fato de sentirem-se deprimidas, cansadas e chateadas com o contexto da VPI.

Segundo a World Health Organization (2011), em seu guia informativo sobre VPI durante a gestação, muitas são as consequências físicas e psicológicas para as mulheres e para o concepto, dentre as psicológicas, pode-se observar estados ansiosos, depressivos e estressantes, que, de alguma forma, podem impactar no atraso do pré-natal ou pré-natal tardio e até mesmo na baixa vinculação entre o binômio e na diminuição das taxas de aleitamento materno. Isso foi observado em um estudo qualitativo realizado com 43 puérperas em Ribeirão Preto, interior de São Paulo, sobre as implicações da violência contra a mulher na saúde materno-infantil. No estudo, emergiram como queixas relacionadas à agressão na gestação os sintomas depressivos, sensação de mal-estar, intercorrências gestacionais e até abortamento (LETTIERE; NAKANO; BITTAR, 2012).

Ainda sobre a VPI e seu impacto no pré-natal, foi verificado por Moraes, Arana e Reichenheim (2010), em um estudo transversal com 528 puérperas realizado no município do Rio de Janeiro, que, do total de participantes, 20% relataram ao menos um ato de violência física pelo companheiro na gestação. As que referiram violência tiveram 2.2 vezes mais chances de um pré-natal insatisfatório, além disso, quanto mais grave a violência, pior era a qualidade da assistência para essas mulheres. Ainda nesse sentido, ter sido exposta ao menos a um ato de violência física configurava 2 vezes mais chances de ter um pré-natal de péssima qualidade. Por isso, os autores destacam a necessidade da inclusão precoce das gestantes na atenção ao pré-natal, além de um cuidado integral e que aborde temas relacionados à violência (MORAES; ARANA; REICHENHEIM, 2010).

Nessa mesma perspectiva, Lau e Chang (2006) destacam que informações sobre AM realizadas no pré-natal tardio não colaboram para as mulheres iniciarem a lactação.

Dessa forma, pode-se compreender que a violência perpetrada no ciclo gravídico tende a afetar física, emocional e psicologicamente a mulher gestante, o que, de certa forma, gera implicações negativas tanto no pré-natal como na preparação para a maternidade, tanto que, para algumas mulheres desse estudo, a gestação não foi vivida em sua completude, fato que

teve ligação com os problemas posteriores, referentes à amamentação e à diminuição em seu tempo.

Izaguirre e Calvete (2014), que estudaram as narrativas de gestantes em situação de VPI e seu impacto sobre a experiência da maternidade, evidenciaram que, para boa parte das 35 mulheres participantes, a violência durante a gestação afetou posteriormente as habilidades maternas, influindo na diminuição do tempo e na disposição para cuidado com o bebê; para algumas ainda, a sensação de ter que resolver a situação de VPI gerava desgaste e até mesmo raiva do bebê.

Ainda nessa perspectiva das repercussões da VPI para a criança, pode-se verificar, por meio dos relatos das mulheres participantes, a diminuição do cuidado com o bebê. Conforme exposto pela maior parte delas, os fatores que interferiam na diminuição desses cuidados eram as alterações emocionais e psicológicas advindas dos eventos de VPI, assim como, para algumas, a questão da falta de compreensão do companheiro, ou ainda o excesso de demanda de cuidado com o lar e a família. Tais fatos que emergiu dessa população podem ser observados por meio de trechos dos relatos a seguir:

> *[...] o meu parceiro não compreendia que eu tinha que cuidar do bebê [...] ele brigava comigo porque ele queria que eu ficasse atrás dele, acho que por ele ser enciumado com o bebê, queria que eu fizesse comida e tudo na hora dele e deixasse o bebê chorando [...]* (Participante 1)

> *[...] me tranquei ali no quarto e não sei porquê, eu não sei a explicação do porquê eu me tranquei ali, mas eu me sentia muito ruim, que nem da V. (filha) eu cuidei direito.* (Participante 5)

No estudo realizado por Moraes et al. (2011), encontrou-se um dado semelhante ao exposto pelas participantes deste estudo, no qual as situações de estresse crônico, devido à severa agressão física, promoviam desordens mentais, dentre as mais recorrentes, destacaram-se os sintomas depressivos e a ansiedade, e, como consequências dessas alterações psicológicas, observou-se uma incapacidade de realização das atividades diárias e também a promoção de um menor cuidado para com o recém-nascido.

Ainda foi possível visualizar, por meio dos relatos, as situações diretas de exposição da criança à violência entre o casal. Essas situações em que as crianças estavam diretamente envolvidas no contexto da VPI resultavam em efeitos sob elas como choro, nervosismo, agressividade, problemas relacionais com o pai e aproximação do filho à mãe, conforme evidenciado nos trechos dos relatos a seguir:

> *[...] Ah foi difícil porque meu filho viu tudo isso, ele chorava [...] ai o M. (filho) chorava e só queria eu, ai o E. (companheiro), ele não podia olhar pro E. (companheiro), que ele não queria o pai dele, ele pegava birra do jeito que ele brigava comigo. Então, dessa parte assim eu me arrependo muito de ter*

> *brigado na frente do meu filho porque ele viu tudo, tinha vez que ficava nervoso e chorando de noite dormindo [...]* (Participante 6)
>
> *[...] ele (companheiro) empurrava a neném pra lá, eu empurrava pra cá, um puxava pra lá e a neném no meio [...]* (Participante 9)
>
> *[...] ele achar que educação é bater, que educa batendo. Ela gosta de bater por quê? Porque ele quer educar ela, batendo, então ela tá aprendendo a bater com ele [...] Aí ela gosta de bater nos priminhos porque ele ensinou ela a bater [...]* (Participante 12)

O folheto informativo da WHO (2011) traz que um dos principais impactos indiretos da VPI entre o casal para a criança são problemas comportamentais, assim como alterações emocionais, tanto que acredita-se que o humor materno pode impactar, de alguma forma, o desenvolvimento do cérebro fetal ainda na gestação.

Segundo Gaspar (2016), as crianças expostas à violência interparental, ou seja, àquela violência entre os progenitores, podem se tornar alvos da própria violência, portanto, torna-se comum crianças relatarem serem empurradas, esticadas, puxadas e receberem pontapés ou palmadas, sendo, dessa forma, vitimizadas devido ao contexto em que estão inseridas.

Independente da exposição direta da criança à violência, pode-se visualizar que o contexto violento traz repercussões a elas, como observado, por meio de uma revisão sistemática realizada por Bair-Merritt, Blackstone e Feudtner (2006), que concluiu que crianças expostas à VPI tendem a apresentar maior ansiedade, depressão, estresse pós-traumático, agressividade e também a serem mais internadas.

Conforme exposto em um Fórum Municipal contra a violência doméstica no município de Cascais, no ano de 2009, os comportamentos de crianças expostas a ambientes violentos podem ser internalizados ou externalizados, e comumente se observam sinais físicos, como cefaleia, mal-estar, fadiga; e sinais psicológicos, tais como isolamento, baixa estima, pesadelos, dificuldade de concentração, comportamentos ou impulsos agressivos e, em alguns casos, sinais e sintomas depressivos. Conforme expõe Gaspar (2016), a maior parte das crianças inseridas em contextos violentos tendem a imitar e a propagar os atos agressivos com outras pessoas, dessa forma, elas reproduzem o que apreenderam em seu meio de socialização.

Cabe relatar que algumas crianças acabam sendo vítimas da violência interparental como forma de o agressor coagir quem está sendo agredido, mas, nesses mesmos contextos violentos, muitos pais acabam acreditando que a agressão é uma forma de o filho ser-lhes obedientes; ambas as cenas podem ser vivenciadas e emergiram nos relatos de algumas mulheres deste estudo.

Apesar desse aspecto negativo, sabe-se que os castigos físicos com os filhos, a depender da cultura, estão correlacionados com a forma de "adestramento" ou aquisição de obediência a partir da hierarquia familiar, ou seja, são uma forma simbólica de os mais jovens terem respeito com os mais experientes (RIBEIRO; 2016). A mesma relação da "palmada educativa" foi visualizada no relato de mães acerca da violência doméstica infantil perpetrada pelos pais no estudo de Frota et al. (2016a). Mesmo a "palmada" sendo considerada um absurdo pela maioria das mães, essa ocorria, e como consequência as mesmas relatavam que os filhos ficavam amedrontados, retraídos e até mesmo com transtornos comportamentais em relação ao pai (FROTA et al., 2016a).

Como contraponto aos reflexos da VPI para a criança, emergiu a tentativa de algumas mulheres de manter os filhos afastados da violência, conforme exposto no trecho do relato a seguir:

> *[...] A gente discute só que a gente não usa voz, a gente usa o texto por causa dele (filho), eu não gosto de discutir perto dele. Não gosto de usar palavrão... nada perto dele. Se eu falo, é texto. Não é por voz. [...]* (Participante 10)

Mesmo com a tentativa de blindar os filhos da VPI, para algumas das mulheres, mesmo afastando a criança da VPI, foi possível observar que os filhos percebiam a tensão entre os pais da mesma forma e, por conseguinte, choravam ou apresentavam algumas dificuldades emocionais e psicológicas.

Isso também foi observado no estudo de Lourenço e Deslandes (2008), no qual as mulheres consideravam um cuidado especial para com o filho mantê-lo longe da violência perpetrada pelos parceiros. Dessa forma, algumas delas tentavam manter os filhos afastados das cenas de violência ou até mesmo livrá-los desta, mesmo sendo essa situação frágil, uma vez que, direta ou indiretamente, as crianças sentiam os reflexos desse cenário ou dessa convivência no contexto da violência dos pais (LOURENÇO; DESLANDES, 2008).

No estudo internacional de Iguizirre e Calvete (2014), as participantes destacaram, como aspecto positivo da VPI frente à parentalidade, a possibilidade de elas conseguirem proteger os filhos da VPI, o que, de certa forma, soava como uma forma de carinho e cuidado para com os seus.

8.2.2.3 Vivência do aleitamento materno

Nesta subcategoria, pretendeu-se relatar um pouco da vivência do aleitamento para esse grupo de mulheres. Pode-se observar que o relato destas estava em consonância com o que a literatura traz de resultados, assim como com o que pode ser visualizado na prática profissional, ou seja, elas apontam as sensações, os sentimentos, os prazeres e os desprazeres da prática do aleitamento materno, assim como as dificuldades com o início da amamentação, em especial, por problemas no manejo do aleitamento materno, conforme disposto por meio dos trechos dos relatos a seguir:

> *[...] No meu caso, eu acho que a amamentação pra mim foi muito difícil [...] Desde o primeiro dia [...] tava impossibilitada de dar mamá pra menina porque aí, ficou na carne viva [...] o leite do peito eu tirava, punha na chuquinha e dava pra nenê, até melhorar, porque eu fazia banho de luz e passava pomada no seio pra melhorar [...] Aí como ele foi melhorando, ai eu fui dando mamá pra ela. [...] Eu fui trabalhar, minha filha tinha 2 meses. Eu ordenhava o leite, tirava, do jeito que me orientaram [...] A noite, pra dormir, pra ela dormir a noite inteira, porque eu saía de casa 5 horas da manhã, eu dava o Nestogeno® [...] Mas aí como ela já tinha acostumado com a chuquinha, ela já não pegava o peito. [...] Aí eu vejo campanha na televisão e falo: "nossa, por isso que tem campanha pra amamentação.", o meu caso foi terrível, não foi bom. Toda hora que era pra dar mamá era uma tortura pra mim, eu chorava [...] nossa tinha muita dor [...] esse negócio de amamentar não foi bom pra mim não [...]* (Participante 20)

> *[...] no hospital tava normal, eu fiquei dois dias lá [...] chegando em casa, passou uma semana, começou a rachar o bico do seio. [...] O comecinho foi meio difícil porque meu seio machucou muito, né, o bico do meu seio ficou os dois na carne viva, né, então eu ia amamentar ela chorando, né, chorando porque eu queria amamentar só que doía demais, chegava a escorrer sangue [...] Aí eu ficava tomando banho de sol [...] No começo foi meio difícil, mas depois, foi normal, eu cuidei, tratei, aí foi normal, amamentava normal, amamentar é gostoso![...]* (Participante 21)

> *[...] que gostoso, eu num via a hora de dar mamá pra ele, eu queria até dar mamá pro filho dos outros [...] mais me segurou pra não voltar pras droga [...] eu amo amamentar ele, a única coisa que eu num gosto é a noite que ele quer ficar grudado no peito [...] "Ai amor, eu pensei que amamentar ele seria melhor...", mas num tá sendo melhor, eu preciso tirar ele um pouco do peito porque eu preciso de ir no banheiro e ele tá grudado no meu peito. Ou, às vezes, eu preciso de fazer alguma coisa, e se ele num mamasse no peito, eu acho, né, ele num ficaria pedindo tanto colo todo hora igual ele faz [...]* (Participante7)

Esses trechos representam as fases e as vivências do aleitamento materno para essa população de mulheres: a princípio, destaca-se a oscilação de sentimentos vivenciados na prática do aleitamento materno, enquanto algumas gostam de amamentar, outras, por questão de dificuldades com o manejo ou até falta de preparação adequada para aleitar, descrevem a experiência como ruim. Em relação ao sentimento pela amamentação, foi possível observar essa oscilação de sensações no estudo de Santos e Agra (2016). Em contrapartida, foi observado apenas sensações boas em relação ao AM para a população investigada por Arantes (1995). Em seu estudo sobre a visão das mulheres frente ao AM, estas associavam o ato de aleitar como sensações boas, agradáveis e prazerosas, de modo que ocorria simbolicamente uma troca de amor entre o binômio (ARANTES, 1995).

Atualmente, Marques e Pereira (2010) encontraram fatos relativamente semelhantes para uma população de mulheres que frequentava um Centro Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Apesar de eles terem evidenciado discursos em prol do aleitamento materno, quando estas vivenciaram a experiência do AM, e boa parte esteve satisfeita, muito foi dito sobre as dificuldades do processo. Dentre as dificuldades, elas expuseram desde dor e fissuras mamilares e cansaço físico até a exigência de contato com o bebê, por conta das novas rotinas, todos como fatores desafiadores para a prática do AM. Ainda nessa vertente, muitas mulheres consideraram a amamentação um momento importante de troca de carinho com o bebê, mas muitas outras relataram não sentir o prazer por elas esperado no momento da amamentação; mas não revelaram tais sentimentos por receio de serem julgadas ao desviarem-se do padrão sociocultural incutido nas sociedades (MARQUES; PEREIRA, 2010).

Entre as dificuldades com amamentação no estudo caso-controle de Caminha et al. (2015), os problemas mamários estiveram em terceiro lugar como fator de risco associado aos motivos de não amamentar o filho. O mesmo foi evidenciado como fator atrelado à interrupção do AME no estudo de Amaral et al. (2015), uma vez que o trauma mamilar, para essa população, esteve relacionado a sentimentos de ansiedade e sofrimento, o que levava essas mulheres a amamentarem menos. Os autores ainda complementam que, para lidar com essas dificuldades, as nutrizes buscam apoio tanto na rede familiar como na rede institucional, fato este que acabava favorecendo algumas condutas que deveriam ser desencorajadas, como a compra de utensílios para auxiliarem na amamentação (AMARAL et al., 2015). Também foi possível verificar práticas semelhantes na população estudada por Marques e Pereira (2010), a qual fez uso de utensílios para auxiliar nas dificuldades com a amamentação. Enquanto a população de Marques e Pereira (2010) utilizou com grande frequência pomada ou creme para cicatrização mamilar, além de absorventes de seio, as participantes do presente estudo priorizaram, além do cuidado da cicatrização do mamilo com pomadas, o uso do banho de sol. Segundo o caderno da atenção básica n.23, que discorre sobre saúde da criança e nutrição infantil, dentre os tratamentos para a fissura mamilar, duas condutas são visualizadas: a que determina um tratamento seco, no qual se enquadra o banho de sol, ou a úmida, na qual se insere a passagem do leite materno após as mamadas. Atualmente, o mais recomendado e com melhores resultados é o tratamento úmido, pois esse facilitaria a cicatrização da ferida por manter as camadas da epiderme umidificadas. Pede-se cautela com o uso de utensílios como conchas de amamentação e protetores de seio, assim como pomadas e cremes cicatrizantes,

pois, assim, aumenta-se o risco de alergias, além de poder haver até mesmo piora das lesões (BRASIL, 2009).

Ao citarem as campanhas em prol da amamentação, pode-se notar que as mulheres com maior dificuldade para aleitar compreendiam que tais campanhas serviam como um estímulo para a prática, pois, como pode ser tão complicada e dolorida para algumas mulheres, visualizar as campanhas em prol do AM ratifica que esta não é uma ação simples e fácil. Sabe-se que mundialmente, assim como nos países desenvolvidos, o aleitamento materno é um dos temas mais caros de saúde pública devido aos inúmeros esforços e meios de comunicação utilizados a fim de divulgar e apoiar tal prática e reduzir o risco de mortalidade infantil. No entanto, ainda se faz necessária uma mudança no discurso biomédico propagado por meio destes informativos, uma vez que pouco se problematiza sobre as criações simbólicas da prática para cada mulher, e muito se divulga da prescrição da amamentação e das formas oferecidas, além dos locais que podem oferecer esse apoio, mas pouco se tem da vivência de mães, pais, familiares e das experiências com outros filhos contextualizando tais informativos, o que, de certa forma, só propaga uma norma necessária a ser seguida, porém sem profundidade de sensibilização e compreensão (KALIL; COSTA, 2012). Nesse sentido, o próprio discurso das mulheres verbaliza a necessidade de amamentar e os benefícios para o bebê, mas as taxas, os índices e as prevalências da prática do AM permanecem em uma crescente muito lenta perto do incentivo e dos investimentos aplicados, e poucas são as mulheres que reconhecem os benefícios do AM para si, mostrando apenas os privilégios para a criança (MARQUES; PEREIRA, 2010; KALIL; COSTA, 2012; FROTA et al. 2016b).

Para as participantes desse estudo, a volta ao trabalho, assim como dispor de tempo para a amamentação e a confusão de bicos causada pela inserção de mamadeiras foram fatores que prejudicaram a prática do AM. Frente ao exposto, a volta ao trabalho teve relação com a descontinuação do AM e a introdução precoce de outros alimentos (MULLER; SILVA, 2009). Indiretamente, o estudo de Wenzel e Souza (2014), que avaliou o AM nos diferentes estados do Brasil, também traz uma relação de volta ao trabalho como fator negativo para o AM, isso ocorreu devido os autores identificaram que a utilização de creches escolares era um fator desfavorável para a progressão da lactação, uma vez que nessas instituições escolares era preterida a utilização de fórmulas lácteas.

Quando Martins e Guigliani (2012) analisam os fatores que favorecem o AM acima dos dois anos de idade, identificam que a mulher permanecer em casa durante os 6 primeiros meses da criança e não utilizar chupeta fazia com que a manutenção do AM acima dos 2 anos fosse, respectivamente, 2,1 e 2,4 vezes mais frequente. Uma relação semelhante foi

evidenciada por Vieira et al. (2015), que, ao analisar os fatores que podem ter ajudado os indicadores de AM de forma positiva, destacam, como um desses fatores, a redução do uso de chupeta pela população do município de Feira do Santana, BA. O mesmo foi destacado por Souza, Mendes e Binoti (2016) na região de Juiz de Fora, MG; os quais verificaram que mamadeiras, chuquinhas e chupeta foram desestímulos para o AM.

Sendo assim, os resultados de Martins e Giugliani (2012), Vieira et al. (2015) e Souza, Mendes e Binoti (2016) corroboram o vivenciado pelas participantes deste estudo quando referem como práticas prejudiciais para o AM a volta ao trabalho e a confusão de bicos, o que pode estar atrelado, uma vez que, ao voltar para o mercado de trabalho, a maior parte das mães opta por utilizar mamadeiras, ou os responsáveis pela nutrição da criança preferem a mamadeira por acreditar ser mais segura, e isso pode acabar influindo na progressão do AM.

De acordo com o relato das mulheres entrevistadas por Muller e Silva (2009) sobre representações sociais e o apoio à amamentação, a sociedade, de modo geral, não auxilia na adaptação entre AM e volta ao trabalho, o que de certa maneira, fez com que essas mulheres tivessem que ofertar, na maior parte das vezes, outro alimento além do LM a fim de assegurar que a criança estava bem alimentada.

É relevante salientar que, para essa população, um fator que acabou atrapalhando a manutenção do AM foi a disposição de tempo que a prática demanda da mulher, a qual se julga pouco ativa ou cansada para realizar os demais afazeres, tanto domésticos como com relação ao marido ou a si mesma. Observou-se que residir com o parceiro aumentava a demanda da mulher, ainda mais se ele não participa da demanda das tarefas domésticas, o que pode influir para uma menor duração do AM (MARTINS; GIUGLIANI, 2012). Para a população investigada por Santa e Agra (2016) por meio de um estudo qualitativo em Vitória da Conquista, a necessidade de paciência e de doação de tempo para aleitar foram destacadas como um fator para a descontinuidade do AM.

Ao tentar analisar os relatos exibidos para esse grupo de participantes, verifica-se a questão de gênero altamente imbricada nesse contexto da vivência com a amamentação assim como a condição feminina e as demandas inerentes a esta, conforme relaciona Bourdieu (2002). Diz-se isso pois, além da demanda que a mulher se autoproduz em relação ao cuidado com o filho, no qual se inclui, também, a prática do AM, ela ainda se cobra do seu papel social com o companheiro, assim como com sua manutenção na esfera trabalhista. Esse fato, como relata Bourdieu (2002, 2006), pode ser explicado pela relação de dominação por meio de um poder simbólico entre dominador e dominado; entretanto, pode-se perceber que, devido ao fato de serem criadas em contextos que relativamente propagaram condições de dominação

masculina, e também questões associadas ao gênero, as mulheres replicam a cobrança de serem boas e integrais tanto com a família como com relação ao trabalho doméstico.

Com a conquista, ainda sútil, mas crescente do mercado de trabalho pela mulher, observa-se a díade em que essa é colocada ao ter que retomar sua carreira no trabalho fora do lar, sendo esse formal ou informal, e a tentativa de manter o melhor cuidado com o filho, como pode-se observar com a retirada de LM para conservação e alimentação da criança em sua ausência. No entanto, apesar do esforço, os múltiplos afazeres dentro da rotina diária e cansativa de muitas mulheres colaboram para a desvinculação do AM ao filho, uma vez que muitas relatam ser mais importante a renda financeira para ajudar na criação do filho do que a manutenção da amamentação, o que, de certa forma, mostra a fragilidade do ato de amamentar frente a esse novo contexto no qual a mulher vem se inserindo e almejando se equiparar ao homem. Nesse contexto, enquanto os homens se mantêm ainda dominantes no mercado, as mulheres, para garantir essa equidade de gênero, tentam se multiplicar em diversos afazeres, uma vez que, em sua trajetória, o cuidado dos filhos e do lar ainda se faz presente e essencial para elas (BOURDIEU, 2002).

Portanto, tornaram-se visíveis, nesta subcategoria, alguns dos fatores que interferiram, tanto positivamente como negativamente, na prática do AM dessa população. Dentre os positivos, destaca-se o desejo materno de amamentar, entretanto, devido às dificuldades iniciais no manejo do AM, esse desejo pode ser abalado, o que favoreceu, em alguns casos, a utilização de produtos que auxiliassem na cicatrização mamária, o uso de mamadeiras e chuquinhas, ações que, de certo modo, colocavam essa mulher em posição de vulnerabilidade e colaborassem para que ela passasse a enxergar a amamentação como "vilã", quando praticada. Além disso, a volta ao trabalho e o tempo demandado para aleitar, junto das demais adaptações do bebê, da nova fase de vida e dos afazeres domésticos e profissionais foram fatores limitadores para a continuação da prática do AM.

8.2.3 A estrutura e o contexto da rede de suporte social frente à amamentação e a violência por parceiro íntimo

Nesta categoria, buscou-se entender a estrutura, ou seja, quantitativamente as relações de apoio social e a funcionalidade desse suporte, que juntos exprimem o significado da rede de suporte social para a mulher em situação de VPI durante o ciclo gravídico puerperal, tendo como foco a amamentação.

8.2.3.1 A estrutura e a funcionalidade da rede de suporte social interpessoal e institucional

No presente estudo, a estruturação da rede de suporte social foi mediada pelo Diagrama de Escolta Social, e buscou-se, por meio deste, avaliar quantitativamente o tamanho, a densidade, a distribuição e a homogeneidade da rede dessas participantes. Frente à análise desses Diagramas, foi possível visualizar a predominância da rede interpessoal em detrimento da rede institucional, a qual foi lembrada pela minoria das mulheres e apareceu em menor escala. Com base em Sluzki (1997), sabe-se que a somatória de todas as relações do indivíduo irá definir sua rede social, mas essa pode ser classificada como uma rede de suporte social "pessoal" ou "significativa" quando auxilia no desenvolvimento da identidade do sujeito. Desta forma, entende-se que a rede formada por instituições foi pouco significativa para as participantes, uma vez que compuseram menos o cenário dos Diagramas dessas mulheres.

Ainda frente à estruturação da rede social dessas participantes, ao avaliar as imagens formadas pelos Diagramas, foi possível ver que a menor rede de apoio contou com três indivíduos (Figura 1), enquanto, a maior foi constituída por dez (Figura 2). Em relacionamentos violentos, observa-se que o agressor tenta afastar a mulher de sua rede, em especial, familiar (MARTINS; MORORÓ, 2016).

Embora, para algumas mulheres, a rede tenha se mostrado pequena, o estudo de Moreira e Sarriera (2008) sobre rede de suporte social de gestantes adolescentes mostrou números ainda menores, tendo 1,87 indivíduos em média. No mesmo sentido, o estudo de Dutra et al. (2013), que abordou a rede social de mulheres em situação de violência doméstica, também mostrou resultado menor que a de nosso estudo, ou seja, para essas mulheres, a rede variou entre 0 a 5 familiares e/ou amigos, sendo a média de 2,5 membros. Fatos esses expressam que, de certo modo, dependendo das questões enfrentadas pelos indivíduos, ou até mesmo do contexto sociocultural, sua rede sofre interferência e tende a ser reduzida. Como posto por Ude (2002), a depender da situação enfrentada, observa-se um isolamento social, tanto do indivíduo como do grupo ou da rede de apoio, em particular, quando o assunto é contra um paradigma vigente, o que, de certo modo, faz com que as relações da rede sejam restritas.

A seguir, pode-se visualizar a constituição de duas redes, uma com menor número de indivíduos, construída pela participante 11, e outra mais comumente observada para essa população, registrada por meio da participante 1:

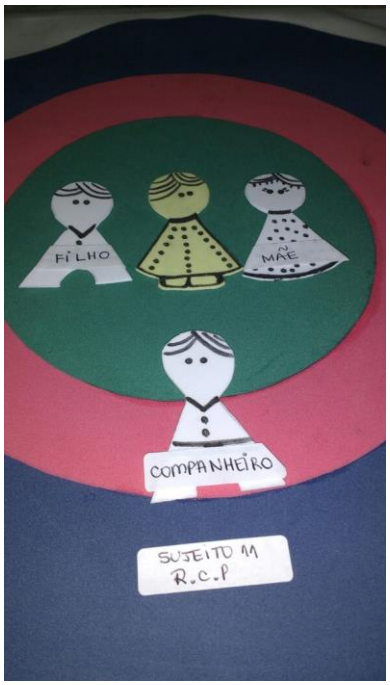

Figura 1 - Estruturação da rede de suporte social da participante 11 por meio do Diagrama de Escolta Social

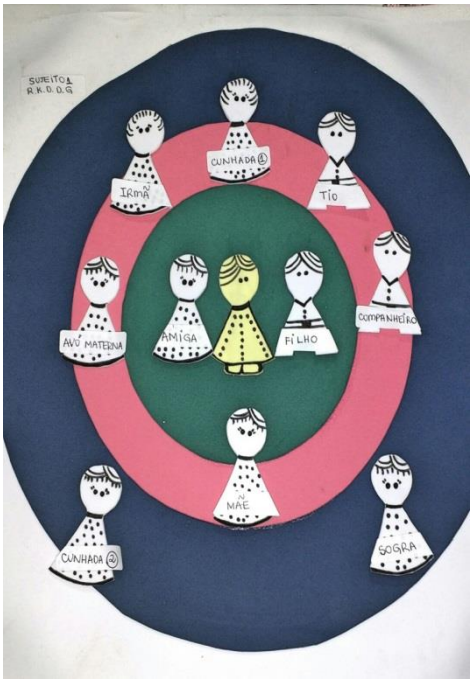

Figura 2 - Estruturação da rede de suporte social da participante um por meio do Diagrama de Escolta Social

Ainda sobre o número de sujeitos na rede, Sluzki (1997) destaca que redes pequenas tendem a se sobrecarregar e se afastar do dilema posto pelo indivíduo, enquanto redes maiores costumam se confundir nas formas de apoio e acabam não auxiliando o indivíduo, por acreditarem que esse já esteja tendo atenção de outros membros. Entretanto, o mais observado para esse grupo de mulheres foram as redes com média de 8 a 10 participantes, ou seja, redes medianas, fato que, segundo Sluzki (1997), pode ter colaborado para ações mais efetivas do que as visualizadas em redes muito pequenas ou muito grandes. Rapoport e Piccinini (2006) observaram que redes maiores ajudavam nas demandas emocionais e em outras necessidades que não eram atendidas prontamente, fato esse que colaborou para atender as carências do bebê mais rapidamente e que favoreceu mais a interação do binômio do que quando as redes eram pequenas.

Ainda nesse contexto, percebeu-se, para essa população, que as redes interpessoais compostas por poucos indivíduos eram observadas nas participantes que tinham pouco contato com seus parentes, seja pela distância geográfica ou por alguma incompatibilidade relacional, o que ajudou a reduzir significativamente o vínculo dessas mulheres com sua rede interpessoal. Conforme destaca Ude (2002), o risco de uma rede de suporte social reduzida é a permanência da vulnerabilidade social, ou seja, a pessoa permanecer reduzida e sem apoio.

Dessa forma, no presente estudo, foi possível constatar que algumas mulheres levaram em consideração e completaram sua rede não apenas pensando na vinculação com esses membros, mas considerando os sujeitos que, naquele momento, ou seja, no ciclo gravídico-puerperal, ofertou-lhes alguma forma de ajuda, de ordem financeira ou até mesmo de escuta ou de orientação. Esse fato é exposto por Sluzki (1997), que refere que o impacto no tamanho da rede advém das migrações ou realocações devido ao tempo, que fazem com que a rede sofra transformações.

A maior parte dos membros que compunham estas redes era do sexo feminino, uma vez que a rede foi reestruturada a partir do auxílio recebido no ciclo gravídico puerperal, o qual ainda socioculturalmente remete ao cuidado prestado pelo universo feminino. A composição da rede interpessoal dessas participantes foi representada, em sua maioria, por mulheres, sendo essas mães, sogras, primas, tias e amigas. Outrossim, os estudos que abarcam a transição advinda da maternidade e a rede de suporte social validam esses achados, uma vez que as figuras femininas, como avó, mãe, tias, primas, sogras e amigas são as mais recorrentes fontes de apoio para o cuidado do binômio (ZAGONEL et al., 2003; RAPOPORT; PICCININI, 2006; LEANDRO; CHRISTOFFEL, 2011; BARALDI, 2012; MERINO et al., 2013; CASTOLDI; GONÇALVES; LOPES, 2014; MANENTE; RODRIGUES, 2016).

Foi possível observar que, quanto menor a idade da mulher, maior era a tendência a manter as amigas como parte da rede, conforme pode ser visualizado na Figura 3 anteriormente representada. As amigas, assim como outras figuras femininas familiares fizeram-se presentes quando o auxílio ou o apoio não vinha por meio do companheiro, conforme visualizado e registrado pelo Diagrama:

Figura 3 - Estruturação da rede de suporte social da participante dois por meio do Diagrama de Escolta Social

A mesma situação pode ser observada pelo trecho do relato a seguir:

> *[...] ele (companheiro) me acompanhava assim, ele me ligava sempre pra sabe como a bebê tava, mas ele não me acompanhou em nenhum consulta, quem me acompanhou sempre foi a madrinha da minha filha [...] o dia que eu fui ganhar nenê que eu tava em casa, que eu liguei pra ele chorando e dizendo que tava passando mal e que tava pra ganha nenê, ele deito, dormiu e fingiu que nem ouviu.[...]* (Participante 2)

No mesmo sentido, a presença de amigas na rede interpessoal de gestantes adolescentes também foi visualizada por Moreira e Sarriera (2008), entretanto, o apoio advindo de outros familiares, em especial dos pais, não era substituído pelas amizades, uma vez que estes auxiliam na manutenção do bem-estar do filho. Isso, de certa forma, leva a compreender que, quando o apoio familiar não é o suficiente, novas formas de auxílio são buscadas, dentre elas, as amizades, fato visualizado por mães que recebem apoio de outras pessoas (RAPOPORT; PICCININI, 2006). As amizades eram recrutadas quando havia necessidade de se distrair, de desabafar ou conversar e de ter outro tipo de atenção além da familiar (JUSSANI; SERAFIM; MARCON, 2007).

Outra situação que levou a mulher a buscar outras figuras da rede frente às necessidades foi a ausência do companheiro. Nesse sentido, a falta de vinculação com o companheiro fazia com que a participante escolhesse alguém de sua rede para supri-lo, uma vez que as relações e as escolhas sobre quem compõe a rede interpessoal estavam correlacionadas à afinidade e ao acolhimento que essas figuras lhes ofereciam, e, de certo modo, poder-se-ia tentar suprir a ausência de uma figura por outra. Esse dado também foi visualizado por Jussani, Serafim e Marcon (2007), que destacam o fato de que a ausência do companheiro ou o fato de ser solteira fazia com que essas mulheres buscassem as amigas por se sentirem mais acolhidas.

Pode-se compreender que a ausência do companheiro nas consultas de pré-natal pode ter favorecido o desmame precoce, visto que o estudo de Lima, Cazola e Picoli (2017) ressaltou que o acompanhamento do pré-natal pelo parceiro impactou positivamente no processo da lactação.

Essa ausência também refletiu na vinculação entre a mulher e o companheiro, tanto que Warren (2005) destaca a necessidade que as primigestas sentem de terem o companheiro presente e ativo tanto no pré-natal como no pós-parto. Dessa forma, pode-se entender que ausência do companheiro, para a maioria das participantes, fez com que esse vínculo fosse pouco significativo para elas, o que representou, na Escolta, um posicionamento dos próprios

companheiros nos círculos mais externos, ou, em alguns casos, esses homens nem foram realocados nos círculos concêntricos.

Essa ausência da figura paterna no Diagrama pode ser facilmente explicada, uma vez que o companheiro é visto como preponderante para a configuração da transição da maternidade e da paternidade, e sua ausência criaria uma ruptura, ou, até mesmo, uma deficiência nesse processo. De acordo com o estudo dirigido por Coutinho et al. (2015), o suporte social ofertado pelo pai tem impacto na confiança e na estima da mulher, assim como auxilia nas instabilidades emocionais do ciclo gravídico-pueperal e colabora para a adaptação do novo papel social; além disso, fazer-se presente tanto na consulta como nos cuidados do bebê refere um valor imensurável e reafirma o vínculo afetivo, por isso, acredita-se que a ausência do companheiro na gestação, parto e pós-parto colaborou para que este não tenha feito parte da rede de suporte. Outro ponto que colaborou para a fragilidade desse vínculo é a violência por ele perpetrada.

Cabe salientar que foram poucos os companheiros que permaneceram distribuídos no círculo central próximo da mulher. Dessa forma, o distanciamento da figura da mulher conota a menor significância deste frente a seu papel funcional na rede interpessoal: quanto menos funcional, mais distante o boneco referente ao sujeito ficava da mulher, conforme visualizado nos Diagramas de Escolta a seguir:

Figura 4 - Estruturação da rede de suporte social da participante três por meio do Diagrama de Escolta Social

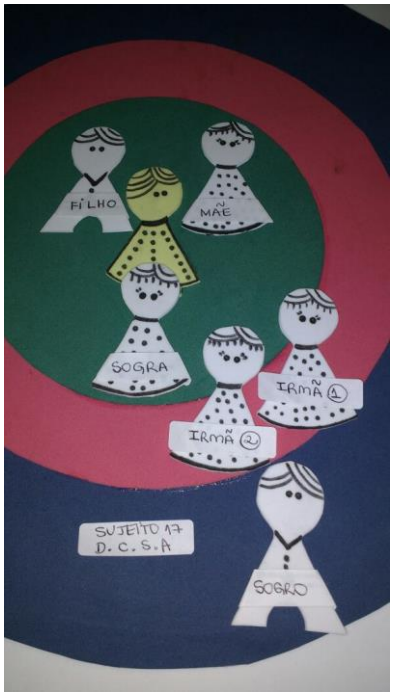

Figura 5 - Estruturação da rede de suporte social da participante 17 por meio do Diagrama de Escolta Social

Segundo Sluzki (1997), é possível verificar, dentro da rede interpessoal, a micro e a macrorrede. A microrrede seria a rede significativa, e a macro inclui a comunidade da qual se faz parte. Dessa forma, pode-se observar, por meio dos trechos relatados anteriormente e dos Diagramas visualizados, que, para a maior parte dessas mulheres, o companheiro deixou de fazer parte da microrrede, mostrando que ele se fez presente, em algumas situações, na macrorrede, ou às vezes, foi apenas citado, e não representado pelo boneco. O motivo dessa abstenção certamente foi a falta de atenção, a ausência de cuidado com o bebê e a violência, na maior parte das vezes.

É importante destacar que a ausência do companheiro fez-se inclusive no trabalho de parto e parto, uma vez que, mesmo presente fisicamente, a sua insensibilidade com a dor da parceira e propagação de falas e atitudes agressivas acentuaram sua ausência, conforme visualiza-se a seguir:

> *[...] O parto foi minha mãe que me acompanhou, depois meu ex- marido entrou, e eu tinha escolhido ele entrar, mas depois eu me arrependia porque sofri sozinha como se não tivesse ninguém do meu lado.[...]* (Participante 3)

> *[...] as dor do parto, ele achava que era uma desculpinha pra eu ficar em casa, pra ele ficar em casa comigo, mas doía mesmo. [...] cinco e meia da manhã ele chegou, aí eu num tava mais aguentando e chamei a mãe dele, quando foi umas cinco pra seis a gente saiu daqui e foi pra M. (maternidade), eu fiquei a manhã inteirinha lá, deu quinze pras duas eles me internaram [...] aí o médico falou assim: "agora só um vai poder acompanhar ela até o bebê nascer e depois não pode trocar mais...", daí a mãe dele falou com ele [...] ele foi muito grosso, muito sem paciência, eu com dor tive que ficar andando aquele corredor pra lá e pra cá e ele: "Ah, você tá com frescura!" [...]* (Participante 17)

Ainda neste sentido, sabe-se que o acompanhante, conforme a Lei 11.108, do ano de 2005, é de escolha da mulher, e, diante os relatos das participantes, percebe-se que a instituição respeitou essa escolha (BRASIL, 2005).

Entretanto, pode-se visualizar que, muitas vezes, essa decisão do acompanhante não foi determinada apenas por ela, mas sim pensando na rede de suporte social na qual ela é inserida, pois, mesmo o companheiro se mostrando insensível aos sinais de dor em circunstância do trabalho de parto, por conta da ocasião e da distribuição da rede, a mulher era fadada a aceitar quem estivesse disponível para acompanhá-la, e, em algumas situações, restava-lhes o "pai" do bebê. Por meio dos relatos, percebe-se a marca da solidão dessas participantes frente ao processo do trabalho de parto e parto por conta de um padrão insensível do companheiro. Segundo Ribeiro et al. (2016), essa posição mais passiva e menos afetiva pode estar relacionada a uma falta de preparo para o momento do nascimento, em especial, por não entende-lo.

Essa ausência do companheiro se perpetuou também em outros momentos do ciclo gravídico-puerperal, talvez por isso a vinculação e a presença dele na rede de suporte pessoal foram reduzidas. Acredita-se nessa vertente, pois sabe-se que a presença do companheiro na gestação repercutia diretamente no comportamento da puérpera, dessa forma, uma vez presente, melhor seria sua participação no puerpério e vice-versa (JUSSANI; SERAFIM; MARCON, 2015).

Dentre as outras ausências, pode-se verificar a insensibilidade do homem com a lida dos afazeres domésticos. Isso se mostra no fato de que alguns companheiros discutiam com as parceiras, pois esperavam o cuidado delas para com eles, demonstrando nitidamente o fator cultural arraigado no contexto familiar, pelo qual a mulher seria responsável pelos afazeres domésticos, além de servir ao marido, conotando a perspectiva abordada por Bourdieu (2002) como a dominação masculina. O trecho a seguir exemplifica tal atitude:

> *[...] Meu marido fica lá dentro de casa agora, porque ele tá desempregado, fica, num faz nada dentro de casa e pede tudo na mão, briga comigo porque eu não faço as coisas na hora dele e quando eu preciso de alguma coisa tenho que esperar a vontade dele. [...]* (Participante 1)

Dessa maneira, observa-se que as mães, ocupadas com o cuidado do bebê e com as novas demandas advindas da maternidade, não conseguem ofertar apoio ao companheiro, o que faz com que ele se sinta privado desse suporte (ZAGONEL et al., 2003). O estudo de Martins e Mororó (2016) reforça a fala anterior e deixa bem nítida a dominação do homem sobre a mulher, uma vez que, embora estejam passando pelas transições da maternidade, para os companheiros, a vida conjugal não deve ser afetada, assim como as atividades domésticas; em relação ao cuidado com o filho, para os homens, é-lhes dada a opção de realizar ou não, enquanto, para a mulher, por conta do processo sócio-histórico, o cuidado ainda é visto como uma obrigação.

Essa dominação, por vezes, afetou o poder de escolha da mulher, uma vez que o companheiro, de certa forma, é o chefe da família, e esta lhe deve obediência, por conta disso, para essas participantes, o cuidado da criança ficou mais sob responsabilidade da mulher, demonstrando as raízes das disparidades que o gênero conceitualmente formou na sociedade. Devido a isso, alguns companheiros, por conta das desigualdades de gênero, acreditavam que as reivindicações das mulheres por ajuda com o filho eram desnecessárias e até mesmo exacerbadas, conforme trecho do relato a seguir:

> *[...] ele falava assim: "Ai preta que eu queria ter um filho... tô rezando pra Deus dá um filho pra nós... aí eu quero tê, quero tê...", então, nós pedia, entendeu? E agora não faz bosta nenhuma, tudo que pede acha difícil porque tudo pra ele é difícil.[...]* (Participante 7)

> *[...] ele me largava aqui sozinha, ele ia pra casa dele dormir então eu passava a madrugada acordada cuidando do nenê e ele achava que eu tava exagerando. [...]* (Participante 16)

Mesmo após os adventos que libertaram as mulheres das amarras de uma ordem social que a subalternizava em relação ao homem, ainda assim, na perspectiva familiar e antropológica, elas são responsabilizadas pela promoção do cuidado, com o intuito de contribuir para a continuidade da vida. Além disso, a mulher seria responsável tanto pelo autocuidado, como pelos cuidados dos familiares, em particular, pelo recém-nascido e pelo companheiro (BORSA; NUNES, 2011; BARALDI, 2012).

De acordo com Bourdieu (2006), assim como a violência é simbólica e naturalizada pelas ações culturais, a maternidade é arraigada na inscrição social da mulher. Dessa forma, é nítida a manutenção das raízes do patriarcado, na qual o homem prioriza ser o provedor da família e recusa as funções domésticas e o cuidado com o filho (MARTINS; MORORÓ, 2016). Nessa vertente, Borsa e Nunes (2011) refletem que a relação mãe/filho socioculturalmente é uma unidade essencial e impreterível para o desenvolvimento da criança, muito mais do que a díade pai/filho, tanto que, mesmo após vinte anos de estudos na área da maternidade e paternidade, as pesquisas que abarcam as relações mãe/filho sobressaem acentuadamente em relação às pesquisas sobre pai/filho.

O ciclo gravídico-puerperal, para maior parte das mulheres, foi marcado pela ausência do companheiro frente aos cuidados domésticos e auxílio com o bebê, o que refletiu na forma como se conduziu a maternidade. Conforme aponta Zagonel et al. (2003), a fadiga advinda das novas demandas sociais, do cuidado com o bebê, com a casa e ainda com o companheiro faz com que estas não contemplem a maternidade como um todo. Martins e Giugliani (2012) verificaram em sua população que residir com o companheiro aumentava a demanda da mulher em relação às atividades domésticas, o que, de certo modo, influenciava negativamente tanto na condução da maternidade como na manutenção do AM.

Algumas participantes ainda destacaram que os companheiros não conseguiram aceitar as novas demandas da paternidade e queriam manter a mesma rotina de passeio e de descomprometimento visualizada antes do nascimento, e algumas ainda relataram a falta de atenção e de carinho do companheiro. Dessa forma, fica nítida a disparidade entre o companheiro imaginário e o real, ou seja, conforme disposto por Castoldi, Gonçalves e Lopes (2014), na gestação, as mulheres projetaram desejos e expectativas frente às ações do companheiro para a confecção da paternidade, no entanto, com a chegada do filho, elas relatam que os companheiros têm dificuldade no engajamento e na manifestação de cuidado com os filhos. Para os autores, mesmo os companheiros investigados que se consideravam afetuosos e presentes, muitos ainda preferiam trabalhar a ficar com o cuidado do filho, por

conta disso, as mulheres buscavam por auxílio com outros membros de suas redes sociais (CASTOLDI; GONÇALVES; LOPES, 2014).

Ainda há algumas participantes que esperavam apoio financeiro para auxílio na criação dos filhos, entretanto não tiveram, conforme trecho a seguir:

> *[...] eu esperava mais pelo pai [...] ele não foi, quem ficava lá com a criança era eu [...] eu quem sustentei tudo e assim tudo que ele tem hoje foi eu e minha mãe que conseguiu, entendeu? [...]* (Participante 18)

Além do exposto, Ribeiro et al. (2016) contextualizam que, fora a falta de preparação social, cultural e até emocional do homem para a paternidade, a ausência paterna também pode ocorrer em relação aos cuidados do filho por conta da demanda laboral e pela falta de paciência em relação à criança.

Nessa mesma vertente, Rapoport e Piccinini (2006) referem que a ausência dos pais pode inclusive afetar o pagamento de pensão dos filhos, e, por conta das separações, vistas em maior proporção na atualidade, muitas mães acabam cuidando afetiva e financeiramente sozinhas dos filhos. Fato semelhante também foi visualizado na população investigada por Martins e Mororó (2016), dessa forma, quando ocorre a separação pela violência, alguns companheiros deixam de se responsabilizar pelos filhos desse relacionamento desfeito, e a mulher fica responsável por abarcar todos os cuidados do filho para ela.

No cômputo geral, o companheiro deixa de ser parte representativa da rede, uma vez que deixa de ofertar suporte social frente às necessidades dessas mulheres, além da violência que é perpetrada por ele. Dessa forma, outras relações e outros vínculos são manejados para compor a rede de suporte interpessoal, a fim de desfazer a ausência do companheiro.

Nessa situação, a ausência do suporte financeiro do companheiro faz com que membros da rede de suporte social colaborem no auxílio dos gastos com a criança. Inclusive, em algumas situações, a rede financia o custo de vida da mulher, uma vez que algumas relataram chegar passar fome pela falta de renda própria e até mesmo do companheiro. Então os familiares, ou mesmo os vizinhos, que compunham a rede eram responsáveis por colaborar com o sustento.

Em algumas situações, houve, como contraponto, alguns raros companheiros que foram representados nos círculos interno ou intermediário. Isso ocorreu quando os familiares estavam distantes geograficamente ou emocionalmente das mulheres, ou ainda quando as mulheres sentiam o companheiro como chefe da família e, de certa forma, não tinham como se sustentar sem eles. Dessa maneira, o companheiro só teve importante ação na adaptação à

maternidade quando ofertou suporte físico para o recém-nascido e colaborou para o descanso materno. Nestes casos, como visualizado a seguir, o companheiro foi realocado no círculo proximal à mulher.

Figura 6 - Estruturação da rede de suporte social da participante 20 por meio do Diagrama de Escolta Social

Figura 7 - Estruturação da rede de suporte social da participante 13 por meio do Diagrama de Escolta Social

Também é possível observar tais relações nos trechos a seguir:

> *[...] depois do parto ficou uns dois meses sem beber de novo, me ajudou bastante com a B. (bebê) [...] ele (companheiro) pegava ela, ficava andando pra cá e pra lá, direto, aí ela dormia, aí, enquanto ela dormia no colo dele, eu dormia um pouquinho também. Aí depois ele me acordava pra mim dar de mamá, aí eu dava de mamá [...]* (Participante 13)

> *[...] Tive muita ajuda da família dele, da minha família [...] depois que o tio dele chamou atenção dele, ele mudou. Aí foi onde ele foi na ultrassom, mas no final da gestação e ele parou de sair, já não saía mais. Começou a ir atrás de comprar as coisas pra nenê porque até então ele não tinha comprado nada ainda. [...]* (Participante 20)

Infelizmente, a dependência financeira do companheiro e a baixa convivência com os familiares ainda fazem com que algumas mulheres se sujeitem às agressões, conforme expõem Martins e Mororó (2016), entretanto, os mesmos autores acreditam que, como as relações conjugais são construídas, os companheiros podem se reconstruir.

Dessa forma, conforme disposto por Castoldi, Gonçalves e Lopes (2014), ressignificar a paternidade, ou seja, mudar o paradigma do modelo patriarcal que tem como base as heranças do tradicionalismo social faz com que o pai assuma um novo papel de apoio à díade mãe e bebê, o

que faz modificar a história pessoal e familiar dessa família; mas cabe salientar que, nessa trajetória, nuances do modelo mais tradicionalista ou patriarcal ainda podem aparecer.

Ao se voltar ainda para a rede de suporte social interpessoal, além dos diferentes tamanhos, houve diferença na forma como é composta ou distribuída: a maior parte das mulheres que compuseram o estudo tiveram redes com membros distribuídos nos vários círculos concêntricos, o que, segundo Sluzki (1997), garantir-lhes-ia uma maior flexibilidade dessa rede, entretanto, conforme exposto pelo próprio Sluzki, se a densidade, ou seja, a forma como esses indivíduos interagem não for bem estabelecida ou baixa, a tendência é a redução da afetividade entre os membros da rede, o que, de certa forma, impacta na mulher.

No contexto relatado pelas participantes, algumas vezes, elas tinham que aceitar o auxílio vindo da rede sem questionar, caso contrário, poderiam permanecer sem tal auxílio. Esse fato pode ser ilustrado por meio do trecho do relato a seguir:

> *[...] minha mãe não ficou do meu lado, quem ficou do meu lado nessa hora foi ele porque minha mãe não gosta dele e falou que se ele fosse, ela não ia, então, a minha mãe acabou não indo e aí ele ficou do meu lado na hora de ter a neném.[...]* (Participante 9)

Nitidamente, fica explícito que a densidade da rede das participantes lhes afetava, uma vez que a mulher tinha que escolher com quem contar em determinado momento, por conta da falta de interação entre os componentes da rede, fato bastante visualizado nas participantes do estudo. No estudo de Jussani, Serafim e Marcon (2007) sobre a rede social na expansão da família, foi possível verificar que a densidade da rede estava relacionada ao vínculo entre os membros, dessa forma, se os familiares não gostassem do companheiro da filha, de certa forma, essa rede se desestruturava e gerava reflexos na mulher.

Essa baixa densidade também era encontrada quando a filha, no caso, a mulher, não seguia os preceitos da família ou quando tinha algum conflito com os familiares, demonstrando que essas situações fragilizavam a constituição e até a funcionalidade da rede, impactando no suporte oferecido pela família a essa mulher. Fato semelhante foi afirmado por meio de um estudo qualitativo acerca do impacto emocional decorrente de suporte experiente durante a gestação ou a paternidade precoce, no qual foi possível visualizar que as mulheres que quebravam normas sociais ou culturais tinham seus vínculos fragilizados ou até cessados com a rede interpessoal, dando lugar ao isolamento e maior vulnerabilidade (MCLEISH; REDSHAW, 2017).

Ainda em relação à estruturação da rede de suporte social, para essas participantes, a presença e o auxílio de outras mulheres frente ao ciclo gravídico-puerperal foram majoritários, tanto que se observa, por meio dos Diagramas e até mesmo dos relatos, a

predominância de indivíduos do sexo feminino na condução e na funcionalidade da rede, destacando-se a figura materna, a figura da sogra, da irmã, da cunhada, das amigas, das tias e das primas, e, em algumas situações, até mesmo das vizinhas, demonstrando as forças socioculturais ligadas, também, às questões de gênero para a manutenção da maternidade. O trecho a seguir ilustra tal suporte:

> *A minha tia me ajudou quando eu tava gestante [...] minha mãe morava em outra cidade. Então, quem acompanhou minha gestação foi minha sogra [...]* (Participante 14)

Dessa forma, pode-se verificar que, mesmo na ausência física de algumas mulheres significantes para a rede, outras assumem esse papel. A permanência de mulheres é fato preponderante em redes constituídas a partir da maternidade (ZAGONEL et al., 2003; RAPOPORT; PICCININI, 2006; LEANDRO; CHRISTOFFEL, 2011; BARALDI, 2012; MERINO et al., 2013; MANENTE; RODRIGUES, 2016).

Frente à estruturação predominantemente feminina da rede dessas mulheres, evidencia-se a permanência de questões socioculturais fortemente arraigadas, tais como o cuidado com o bebê, o cuidado no pós-parto, a construção do enxoval como marca da maternidade, assim como a manutenção de ritos como chá de bebê e o batizado, conforme pode ser visualizado por meio dos trechos de relatos a seguir:

> *[...] A minha tia, quando ficou sabendo que eu tava grávida, nossa, foi correndo atrás de tudo. Tudo as roupas que o I. (bebê) ganhou foi ela que foi correndo atrás, berço..., carrinho [...]* (Participante 7)

> *"[...] A minha prima, ela foi uma das primeiras pessoas que ficou sabendo que eu tava grávida, ela me ajudou em tudo, comprava roupinha [...] Minha tia [...] ele me ajudou a fazer o chá de bebê [...] ela me ajudou no enxoval [...] Minha mãe também me ajudou muito e em tudo [...] ela nunca deixou de me ajudar assim nessa parte da gravidez. [...]* (Participante 21)

Ainda frente aos simbolismos da maternidade, pode-se verificar que as famílias desenvolvem formas de cuidados ou até mesmo ações simbólicas para esses atos de passagem, como no caso do nascimento (LEANDRO; CHRISTOFFEL, 2011; BARALDI, 2012).

Nesse sentido, destacou-se, para essa população, o preparo do enxoval. A feitura do enxoval pode significar, para a mulher, um preparo para a chegada do bebê, e poder contar com o parceiro nesse rito lhes oferta mais segurança e confiança no parceiro (BACKSTROM et al., 2017). Entretanto, para essas participantes, o companheiro não esteve atrelado ao preparo do enxoval. Apesar de sua ausência, contar com alguma pessoa para a compra do enxoval reduziu o desgaste físico e mental das gestantes, além de deixá-la mais tranquilas, conforme expõem Coutinho et al. (2015).

Referente aos simbolismos da maternidade, a figura feminina foi escolhida no cenário do parto, pois algumas das participantes consideravam tal evento um momento de feminilidade, que não deveria ser exposto aos homens. Apesar de a hospitalização do nascimento ter abalado essa vertente, para algumas mulheres, ter suas mães, amigas ou até mesmo primas, em especial as que já passaram por experiências semelhantes, trazia-lhes força, tranquilidade e, mais que isso, segurança por ter seus cuidados íntimos partilhados com outras mulheres. Nessa perspectiva, a escolha do acompanhante pela mulher auxilia positivamente o processo da parturição, além de lhe ofertar a sensação de amparo e a coragem, reduzindo o medo e a ansiedade (SILVA et al., 2017), conforme ilustrado a seguir:

> *[...] minha mãe que ficou, eu escolhi ela, e ela que foi comigo de madrugada tudo, como eu saí daqui de madrugada, ela que ficou lá no quarto e me ajudou, no banheiro, na hora das dores [...]"* (Participante 11)

Normalmente, as mulheres da rede interpessoal que eram escolhidas para prestar os cuidados no parto e no pós-parto tendiam a ser mais velhas, já possuem experiência da maternidade e tradicionalmente são cuidadoras de outras famílias, demonstrando a forte ligação cultural e social no momento transicional da maternidade (LEANDRO; CHRISTOFFEL, 2011).

Frente às estruturas dessas redes, cabe salientar ainda que, segundo Sluzki (1997), as redes muito homogêneas, ou seja, formadas por idade, cultura, sexo e nível econômico semelhante tendem a gerar transtornos em relação à identidade e até alguns sinais de estresse, uma vez que tendem a pensar da mesma forma, o que não possibilita ao sujeito central pensamentos destoantes dessa rede. Também são responsáveis por perpassar significados arraigados culturalmente e fazer com que esses simbolismos sejam perpetuados.

Ainda por meio desses trechos, podem-se evidenciar as funções exercidas pela rede de suporte social. Para Sluzki (1997), são funções da rede de suporte social a companhia, que indica o compartilhamento de ações cotidianas, e o apoio emocional. Ainda como funcionalidade, existem ações de conselhos, ou seja, ações de compartilhamento de informações; ajuda material e de serviços, que seria colaboração por meio de conhecimento de profissionais, em especial, da saúde; e a função de novos contatos, que exprime a conexão com outras pessoas, as quais até então não tinham relação com a rede de suporte. Cada indivíduo da rede pode exercer mais de uma função, quanto mais íntima a relação, tanto de familiares como de amizades, maior é a tendência de que esses indivíduos abarquem mais funções (SLUZKI, 1997).

Frente à funcionalidade da rede de suporte social interpessoal dessa população, a função mais visualizada foi o aconselhamento fornecido durante o ciclo gravídico-puerperal, o fornecimento de uma alimentação adequada para a gestação e a acolhida aos desejos gestacionais que a mulher apresentava. Dessa maneira, pode-se perceber que o apoio com o pré-natal, o enxoval e o rito do chá de bebê foram as ações mais esperadas entre as mulheres participantes, e que, independente do tamanho da rede de suporte social, na maioria das vezes, os familiares foram os que mais colaboraram para colocar em prática tais ações, pois esses rituais traziam significados importantes para a população estudada.

As mulheres da rede de suporte social interpessoal fizeram-se presentes também no puerpério. Dentre as ações, uma das mais visualizadas era o auxílio às adaptações com o recém-nascido, tanto que algumas mulheres tiveram medo de deixar o hospital, pois não sabiam como conseguiriam lidar com essa demanda e quem iria lhes ajudar, conforme relato a seguir:

> *[...] no resguardo, eu não queria levar alta do hospital, eu morria de medo de ir pra casa, tinha medo... sei lá... com a barriga daquele jeito, doía demais e neném dá trabalho, e com o A. (companheiro) eu num podia contar e confiar que ele fosse me ajudar [...] Ela (irmã) me ajudava muito, ela pegava ele pra eu passar minhas roupas ou fazer alguma coisa que eu tinha que fazer [...] Comprava umas coisinhas pra ele [...]* (Participante 15)

Quando indagadas sobre a perspectiva de apoio frente à maternidade, as mulheres reportam-se às suas mães e às suas irmãs, assim como a avós e tias maternas, mostrando que o cuidado frente à maternidade se propaga simbolicamente entre as gerações (CASTOLDI; GONÇALVES; LOPES, 2014).

Emergiu para essa população, em menor proporção, a ausência da figura materna. E, assim como visualizado frente à ausência do companheiro, a mulher, na ausência da mãe, tendia a achar semelhança em algum componente da rede de suporte interpessoal para fazer seu papel social. Os trechos a seguir ilustram essa ausência:

> *[...] durante o pós-parto até que num brigava tanto não, ela (mãe) só brigava porque ela queria que eu saísse da minha casa pra ir pra casa dela [...] mas ajuda num ajudava não. E nem ajuda ainda, num ajuda em nada [...]* (Participante 8)

> *[...] A minha mãe eu não tenho muito contato com ela porque eu não sei se é porque eu sou muito apegada com meu pai [...] e aí eu acho que ela ficava com ciúmes. [...] E como ela trabalhava todo dia, chegava às 18 horas ela ia pra igreja, a gente não conversava muito [...] eu amo a minha mãe, a gente só não tem esse entendimento, porque como meu pai e minha mãe estão se separando, agora afastou mais ainda eu e ela porque quando eu vou lá, ela num cuida da V. (filha), ela não ajuda eu, ela nem dá oi pra mim às vezes [...] eu sempre vejo aí filha que a mãe é a melhor amiga e eu queria ser assim, conversar, porque eu não tenho com quem conversar... eu só converso com você, eu nunca fui abrir pra ninguém, só Deus que sabe de todas as coisas, mas só você, e a minha mãe eu nunca conversei pra desabafar [...]* (Participante 5)

As mulheres esperavam ter a figura materna, pois, culturalmente, a mãe ajudaria a filha a construir o processo da maternidade, o que, dentro da rede de suporte social, representaria a regulação social por meio da construção dos novos papéis. Diante da impossibilidade desse auxílio, que seria demonstrado por meio dos cuidados maternos, dos cuidados com o bebê, dos cuidados com a casa e frente às adaptações puerperais, outras pessoas, em especial, a sogra era uma das elencadas a replicar essa função.

Segundo Coutinho et al. (2015), as figuras de escolha materna para o cuidado pós-parto ficam em torno da mãe, e, na inviabilidade dela, os sujeitos de escolha são as avós ou as sogras. Para a população entrevistada por Jussani, Serafim e Marcon (2007), a ajuda majoritária durante a maternidade era prestada pela família da mulher, tanto que algumas mulheres relataram que a família do companheiro não se fez presente, e isso pode acontecer pela preferência de auxílio dos parentes maternos.

Por meio do relato anterior, que exemplifica o contexto de algumas mulheres desse estudo, além da disputa de atenção entre mãe e filha, a ausência materna também ocorreu devido ao distanciamento geográfico ou à falta de afinidade entre elas. Quando a questão era apenas geográfica, as mulheres conseguiam ter apoio da mãe por meio de telefonemas ou programas de celular. Esse fato também foi visualizado no estudo de Jussani, Serafim e Marcon (2007), o qual verificou que, por meio do contato telefônico, as mulheres puderam se aproximar de suas mães e considerá-las como fontes de apoio social, uma vez que sentiam uma relação afetuosa, permeada de carinho e atenção.

No entanto, o afastamento materno por rompimento de vínculos ou falta de interação com a rede de suporte interpessoal ecoa na estruturação dos Diagramas e representativamente na composição da rede de suporte social. Quando a mãe mostrou-se distante ou ausente, foi possível verificar seu distanciamento em relação à mulher, ao ser disposta nos círculos mais externos, ou, em alguns casos, essa se equiparou à própria pesquisadora, o que demonstra o mesmo nível de relação e significância, embora a pesquisadora tivesse acesso pontual a essa mulher.

Em alguns casos, as mães ficaram equiparadas ao parceiro agressor, ou no mesmo nível de suporte social ofertado por ele. Dessa forma, pode-se observar que, para essas mulheres, como a rede de suporte social era relativamente pequena, sem amigos e outros familiares, todos os componentes trazem significância para ela, e, nessa vertente, a pesquisadora se equipara aos familiares próximos, pois é a única com quem ela consegue verbalizar sobre a VPI que vivenciava, e, de certa forma, a única de quem ela sente receber apoio:

Figura 8 - Estruturação da rede de suporte social da participante cinco por meio do Diagrama de Escolta Social

Sluzki (1997) refere que, em redes de suporte sociais que têm uma distribuição mais fixa, ou seja, nas quais os membros estão dispostos em um único quadrante, nota-se maior risco de ter relações menos efetivas e flexíveis com esses membros. Para Ude (2002), essa composição espacial em quadrantes demonstra as lacunas e os recursos disponíveis na rede. Nesse ínterim, toda forma de atenção ou simples cuidado se torna relevante para o indivíduo, que acaba por considerar todos os membros importantes, não conseguindo dispersá-los segundo os graus de afinidade e apoio.

Dessa forma, a ausência do papel materno, além da falta da estrutura para construção da maternidade, para algumas mulheres, resulta também em efeitos negativos, como ausência da escuta e do diálogo, em especial, sobre os eventos de VPI. Para algumas mulheres, a ausência da mãe é tão significativa, que ela não é nem realocada na rede de suporte social, conforme visualizado na figura a seguir:

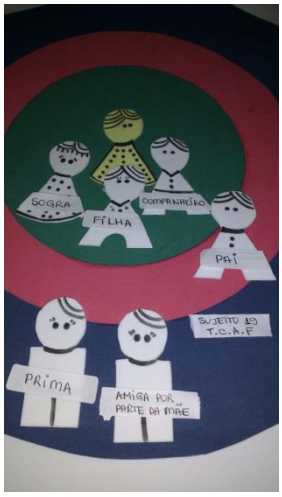

Figura 9 - Estruturação da rede de suporte social da participante 19 por meio do Diagrama de Escolta Social

Isso também foi verbalizado por meio do seguinte relato:

> *[...] meu pai e minha mãe, eles não dão um exemplo, um carinho que uma mãe e um pai têm que dar pros filhos, entendeu?! Eu sinto muita falta deles. Que nem, principalmente da minha mãe, porque, eu penso assim, essas conversas que a gente já teve eu e você, eu acho que era uma conversa pra mim e pra minha mãe ter, entendeu?! Eu sinto falta nessa parte.[...]* (Participante 19)

Dessa forma, foi possível identificar que, para essas mulheres, a pesquisadora foi uma forma de apoio que foi destacada na rede de suporte social. Por meio dos relatos emergidos, a pesquisadora teve atitudes que elas esperavam receber de suas mães, as quais não o fizeram. Conforme exposto no estudo dirigido por Jussani, Serafim e Marcon (2007), implicitamente as mulheres acreditam que podem contar com suas mães incondicionalmente em fases de desafio. Entretanto, de acordo com Mcleish e Redshaw (2017), algumas situações, em particular, a quebra de preceitos familiares, podem romper as relações e promover um distanciamento entre esses membros.

Ainda nessa vertente, o estudo de Mcleish e Redshaw (2017) reafirma que, mesmo tendo suporte, algumas situações não poderiam ser compartilhadas com familiares e amigos, em especial, quando os indivíduos sofriam receio de retaliação, medo de gerar mágoas ou angústia de a família entender um problema pessoal como "frescura". Diante do exposto, talvez a pesquisadora, por meio da ação da escuta ativa e do diálogo, tenha exercido um simbolismo de proximidade e vinculação com a mulher e, por isso, foi considerada como parte da rede de suporte social, conforme visualizado no trecho a seguir:

> *[...] A N. (pesquisadora), você vem aqui escutar minhas conversas, lá na M. (maternidade), então, de qualquer jeito me ajudou, por quê?! De eu estar conversando, distrair mais a mente, jogava pra fora o que eu tava sentindo. Eu ficava mais aliviada, então, ajudou também. [...]* (Participante 13)

Assim, a pesquisadora, para uma parcela dessas mulheres, significou uma ajuda emocional, uma vez que pôde comunicar sem restrições ou receio de julgamentos as transformações puerperais, ou até, em maior escala, os eventos de VPI. De certo modo, esse contato lhes transmitia a sensação de alívio e de companheirismo.

Dessa forma, a ação da pesquisadora foi semelhante à de uma pessoa próxima de seu círculo de convívio, e com a qual ela pode contar nos períodos de dificuldade. A ação da pesquisadora esteve relacionada aos papéis dos membros da rede de suporte social, ou seja, a busca por compor uma rede acontece frente a uma mudança, a uma dificuldade ou até mesmo a uma situação de estresse, e participa dessa rede quem oferta algum tipo de suporte, podendo ser instrumental (auxílio material), suporte emocional, suporte de afirmação (auxílio frente

aos comportamentos e percepções dos valores morais e éticos) ou suporte de informação ou orientação (JUSSANI; SERAFIM; MARCON, 2007).

Por fim, pôde-se conhecer um pouco da estruturação, da funcionalidade e do significado da rede interpessoal, que, para essa população, foi formada, quase na totalidade, por familiares, amigos e vizinhos, os quais prestavam ações de acolhimento, aconselhamento, auxílio material e físico a fim de auxiliar nas adaptações exigidas pelo ciclo gravídico-puerperal. Alguns indivíduos, em especial, os familiares mais íntimos, estiveram ligados à regulação do novo papel social que a mulher passa a exercer ao deixar de ser filha para tornar-se mãe. Foi verificada a ausência de alguns indivíduos, alguns que estavam representados no Diagrama, outros, a depender da ocasião, se o vínculo estivesse interrompido, muitas das vezes, nem representados foram pela Escolta. A depender da ausência de algum indivíduo da rede, foi possível empreender que outros participantes acabavam tentando ofertar essa funcionalidade.

Agora, cabe-nos destacar ainda que, para além da rede interpessoal, existia também a rede institucional, que, na maior parte das vezes, correspondeu aos serviços de saúde, quando relacionada ao ciclo gravídico-puerperal, e às instituições judiciais ou não governamentais (ONG) quando referente ao cuidado frente à VPI.

No que diz respeito à rede institucional da saúde, percebe-se, ainda, o domínio da figura médica nas consultas. Quanto à funcionalidade, nota-se a falta de promoção de uma saúde integral, permanecendo o modelo biomédico do cuidado, o estigma frente às queixas do cliente e a falta de escuta qualificada. Tal situação pode ser verificada por meio do trecho do relato a seguir:

> *[...] eu acho que tem que ter um acompanhamento bem melhor durante a gestação. Eu não sei como que é, eu não fiz minha gestação no convênio, mas pelo SUS, principalmente assim, precisa ter um apoio psicológico [...] Às vezes você pega uma médica que te trata como uma coisa [...] eu passando os dias cheia de problema, com tudo isso, aí eu chegava passando mal: "ai, é frescura de grávida.", mas ninguém sabia realmente o que tava acontecendo [...] Teve uma doutora que ela falou pra mim, isso que eu num aguentava de dor, eu não andava, daí ela pegou: "e você tá tendo relação sexual?", eu falei: "Não doutora, eu tenho dor.", daí ela: "Não, mas você tem que ter, se não vai acabar seu relacionamento." Eu olhei pra cara dela tipo assim, e pensei: "Quem é você? [...]* (Participante 16)

Com esse relato, reforça-se a visão de que os cuidados tiveram foco nos sinais biológicos, dando pouca ênfase às transformações psicoemocionais que o ciclo gravídico ocasiona. A esse respeito, o reducionismo biomédico faz com que a pessoa seja vista de maneira compartimentada e sem consideração dos seus aspectos emocionais e psicológicos. A família e a comunidade são esquecidas durante esse processo, o que acaba tornando a interação médico-cliente ainda mais frágil (HELMAN, 2009).

Além disso, ainda no modelo biologista, pode-se verificar a prática verticalizada do cuidado, no qual o médico é o detentor do saber, e as queixas trazidas pelo usuário acabam sendo reduzidas. Isso tende a ocorrer quando o profissional fundamenta seu cuidado apenas segundo seus conhecimentos científicos, ou seja, o cuidador é detentor da sabedoria acima do que é relatado pelo cliente (Araújo, 2009).

Faz-se importante destacar o estudo de Brienza e Clapis (2005), o qual já advertia sobre a prevalência de um modelo biologicista, sem focar aspectos socioculturais nas consultas de pré-natal no município de Ribeirão Preto.

Nessa vertente, Albuquerque Netto et al. (2017) configuram que as instituições formais ou informais seriam redes secundárias nas quais as relações são dominadas por reciprocidade, direito ou dinheiro, diferente de redes primárias, que são formadas por familiares, em que os vínculos são formados por reciprocidade e confiança. Por isso, observou-se, para essas participantes, a falta de vinculação com o profissional de saúde, uma vez que houve falta de confiança e segurança.

Segundo Ferrante, Santos e Vieira (2009), essa atuação do médico e as características da interação que desqualifica os clientes podem estar relacionadas à condição social da mulher assistida nos serviços públicos de saúde. Junto a essa leitura da condição da mulher, verifica-se a inserção de pensamentos preconceituosos e das relações de gênero, que são visualizadas pelo profissional como uma hierarquia de classes; dessa maneira, ainda se percebe a perpetuação da subordinação histórica das mulheres, inclusive presenciada, em alguns casos, na relação médico-cliente.

Ainda neste aspecto, Hotimsky, Aguiar e Venturi (2013) salientam que a violência institucional se perpetua através de estereótipos de gênero, tratamento ríspido e desrespeitoso acerca da vida pessoal da cliente e moralismos frente ao comportamento dessas mulheres, atitudes que acabavam afastando as participantes do estudo dos profissionais.

Foi possível notar também que esse modelo biomédico do cuidado perpetuou-se por outras fases do ciclo gravídico-puerperal, conforme disposto pelo trecho do relato a seguir:

> *[...] os médicos diziam que eu não tinha muito leite por causa do nervoso que eu passava, aí ela demorou demais pra pegar o bico do peito na M. (maternidade), daí as enfermeiras vinham e tentavam colocar ela no peito e isso chegou a machucar demais [...] aí eles já pegavam ela, ela nem mamava direito ela já engasgava, aí eles vinham, pegavam ela, levavam pra fazer lavagem, aí traziam de novo e tentavam colocar de novo e ela chorava de fome. Aí teve uma vez que a moça pegou direitinho [...] sugava e já chorava, aí eu vim, trouxe ela com a M. (médica), aí ela me deu uma vitamina pra tomar [...] pra vê se enche o peito, aí encheu [...]* (Participante 8)

Por meio do exposto, percebe-se que se perpetuou a impessoalidade entre profissionais de saúde e clientes. Acredita-se que a falta de vinculação levou as participantes a denominá-los como: “moça”, “mulher”, “o(a) médico(a)”, “o(a) enfermeiro(a) do postinho”, “o(a) enfermeiro(a) do hospital”. Dessa forma, como dispõem Santos e Agra (2016), sabe-se que a abordagem do profissional frente às nutrizes, muitas vezes, irá impactar no modo como esta desenvolverá a prática do AM.

Para além da prática do AM, denota-se como importante a forma com que esses profissionais se vincularão, ou até mesmo orientarão suas clientes, uma vez que se faz necessária a mudança de padrões autoritários para uma abertura ao diálogo e à escuta qualificada, o que proporcionará à cliente construir, junto deste profissional, suas decisões (SANTOS; AGRA, 2016).

Ainda cabe destacar que raramente se visualizaram, neste grupo de mulheres, relações significativas entre profissionais de saúde e clientes, mas, quando isso ocorreu, a própria participante o representou, tanto no Diagrama, como no relato, conforme ilustrados a seguir:

> *[...] ela (assistente social da maternidade) me dava muita autonomia. Falava pra mim seguir em frente, que num é por causa de uma coisa que eu vou me abater, porque eu tinha que prestar muita atenção que eu tinha um bebê agora, que a criança ia mudar minha vida, entendeu? Que num era pra eu me iludir com pessoas, entendeu? Igual a ele, o tipo de agressão que eu passava, ela falou que num era pra eu perder tempo, que a criança num ia sair de perto de mim, que era pra mim denunciar, entendeu? E que se precisasse de um dia da ajuda dela, que podia contar com ela [...] um dia lá na M. (maternidade), um dia antes deu ganhar neném, ela chamou pra fazer uma entrevista lá e eu fui, aí ele queria entrar de qualquer jeito e dizia: “mas eu sou marido dela e eu tenho que entrar...” e era justamente sobre a agressão que ela queria saber e ele queria entrar de todo jeito lá dentro e ela falou que não podia [...]* (Participante 18)

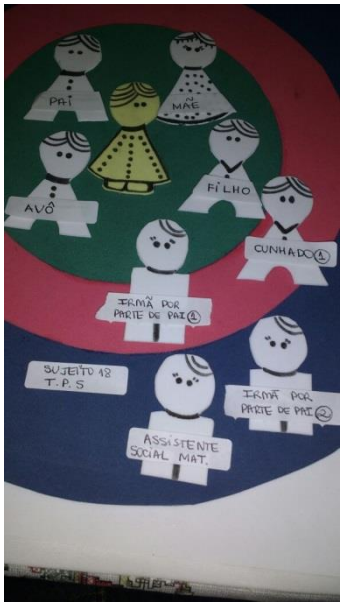

Figura 10 - Estruturação da rede de suporte social da participante 18 por meio do Diagrama de Escolta Social

Desse modo, pode-se empreender que os profissionais com formações que levam em consideração a visão do indivíduo de forma integralista, que levam em consideração as fragilidades, e, em especial, que consideram o contexto sociocultural e histórico dessa mulher, além de permitir uma escuta qualificada e diálogo, fazem com que essa relação traga vínculos fortes e significativos, que tendem a se perpetuar na vida dos indivíduos.

Pode-se perceber, portanto, que essa relação de vínculos significativos com a rede institucional não é tão vista, uma vez que as intervenções, em especial no campo da VCM, ainda permanecem sem uma atenção integral e transversal, fato que compromete a qualidade dessa assistência (LETTIERE; NAKANO, 2015). Por conta disso, conforme afirmam Dutra et al. (2013), as mulheres não confiam no atendimento ofertado pelas instituições, uma vez que percebem serem desqualificadas, não ouvidas e ficam sem ação diante dessa desvalorização frente ao profissional, fazendo com que o vínculo seja travado e não estabelecido.

Esses descréditos em relação às instituições formais se acentuam quando a participante percebe a fragmentação do cuidado, a falta de um discurso único entre os profissionais que integram a rede institucional, e, mais que isso, quando percebem que, para conseguir dar seguimento à queixa da violência, elas têm que peregrinar pelos setores de cuidado, conforme disposto a seguir:

> *[...] eu fui na delegacia da mulher, aí eu fiz um BO contra ele com a Maria da Penha, que ele tinha que ficar 500 metros longe daqui e procurei também a Coordenadoria da Mulher, aí lá me indicou pra eu procurar um advogado [...]* (Participante 9)

> *[...] a moça que tava lá, lá na salinha, falou pra mim: "Ó essa lei Maria da Penha não existe!", ela falou na minha cara isso, falou: "Desculpa eu te falar, mas não existe, a melhor coisa que você tem é esquentar um óleo e joga na cara dele. Isso não existe, só te dou um conselho, mas se você quer ir, você vai lá no Cuiabá e tira um corpo de delito e tal, tal, tal...". Peguei no outro dia, mancando, com o olho roxo, fui no Cuiabá, chegando tinha que ir na Secretária da Saúde fazer não sei o que, eles não sabiam nem me informar, aí eu falei: "Por isso que muitas mulheres desistem da Maria da Penha, porque é muito enrolado e ninguém sabe dar a informação adequada. [...]* (Participante 2)

A falta de inter-relação entre os setores de saúde e proteção à mulher em situação de violência fez com que algumas se desmotivassem a requer seus direitos, permanecendo em situação de violência ou buscando apoio na rede interpessoal. Essa fragmentação da rede faz com que a assistência à mulher ocorra por meio de encaminhamentos, dessa forma, se uma instituição não possui os equipamentos de auxílio para aquele fato, tenta-se buscar os canais de acesso e dar seguimentos entre as diferentes instituições da rede, entretanto, a falta da transversalidade do cuidado prejudica a integralidade, e isso faz com que a mulher transite por uma rede com diferentes posturas e procedimentos, o que faz com que ela, em algum momento, sinta-se insegura por não encontrar acolhimento e apoio dos serviços (DUTRA et al., 2013; LETTIERE; NAKANO, 2015).

Conforme dispõe Schraiber et al. (2005), a rota crítica que essa mulher tomará para solucionar a violência dependerá da resposta advinda das relações e das vinculações que tanto pessoas como instituições procuradas lhes darão. Dessa forma, se as respostas forem positivas, os esforços para sair do ciclo da violência tenderão a ser mais eficazes, assim como o caso contrário também trará um impacto negativo (SCHRAIBER et al., 2005).

Por fim, pode-se compreender que, para essas participantes, a rede institucional mostra-se fragmentada nos setores como saúde, assistência social, serviço judiciário e segurança pública. Em todos os setores da rede institucional, foi possível visualizar a fragmentação do cuidado, ou seja, a mulher vivia peregrinando entre os serviços, conforme suas necessidades e os respectivos encaminhamentos. Algumas participantes chegaram a relatar a falta de segurança em denunciar seus parceiros, uma vez que não conseguiam dar seguimento às queixas e ainda tinham medo de sofrer mais agressão pela denúncia.

Frente aos cuidados no ciclo gravídico-puerperal, as participantes trouxeram em seus relatos a verticalização do atendimento, a falta de espaço para diálogo com os profissionais, o tempo curto de duração das consultas, o que, de certa forma, pode ter contribuído para que a rede interpessoal de cuidado perpetrasse mais seus conhecimentos de cuidado, uma vez que se fizeram mais presentes do que os profissionais. No setor da saúde, a prevalência de médicos foi maior do que a de enfermeiros, demonstrando ainda a falta de ações em equipes e a permanência de uma assistência medicalizada.

Dessa forma, a fim de conhecer mais especificamente a ação da rede institucional diante da VPI e do AM, foram propostas as subcategorias específicas a seguir.

8.2.3.2 As ações da rede de suporte social frente à violência por parceiro íntimo

Dentre as ações que o suporte social desenvolveu diante VPI, destacam-se: as formas de ação e/ou apoio empregadas, que, em alguns momentos, soavam como protetivas, mas, em outros, expunham a mulher às fases de tensão e violência. Assim como, destaca-se os impactos que a própria rede interpessoal sofria com a VPI, e também o foco da violência transmitida intergeracionalmente entre as mulheres das redes das participantes.

Conforme exposto, uma das formas de ação ofertada por essa rede foi a ajuda para que a mulher saísse da situação de violência. As formas de auxílios visualizadas foram o diálogo e o aconselhamento, que, na maior parte dos casos, era direcionada à mulher em situação de violência. Entretanto, também foram visualizados momentos em que esse conselho era dirigido ao casal. Os conselhos, na maior parte das vezes, eram oferecidos por mulheres, em

especial, por familiares com relação mais próximas, tais como: sogra, mãe, prima, tia e, em alguns casos, amigas próximas que tinham conhecimento da VPI. Exemplos desses aconselhamentos seguem nos trechos dos relatos:

> *[...] se eu chego a discutir com o L. (companheiro), ela (sogra) vai até lá em casa e conversa, e ela fala que ele é muito bom pra mim [...] na última briga agora que a gente teve, aí a madrinha dela tinha um apartamento vazio, daí eu fui morar em cima do dela, aí eu fui, aí num tinha ninguém [...] A minha tia chegou a ver uma briga só, que foi quando ele me bateu com a vassoura ou com o rodo, que foi com o cabo da vassoura, daí ela vinha, chegou a presenciar, daí ela foi, juntou as coisas da S. (filha) e pegou umas roupas minhas e eu fui pra casa dela. [...]Só pra eles (familiares) que eu contava porque quando eu chegava a brigar com ele, eu chegava a ir pra casa deles e dormia lá com eles um dia, dois dias [...]* (Participante 8)

> *[...] Ele tem um irmão que é evangélico e chamou a viatura. [...] Voltei pra casa dele e as primas dele começou a me dar conselho, entendeu?! Falando que ele não era homem pra mim, que eu não ia conseguir tirar ele dessa vida [...] eu chegava na casa dele (pai), vamos supor, com uma marca no braço aí ele já sabia, "aí, foi o S. que te bateu. Larga dele, ele não é homem pra você. Volta a estudar, vai procurar um curso, o pai tá aqui... o pai te ajuda...", entendeu?! Em questão disso, ele sempre me aconselhou pra melhor, entendeu?! [...] A L. (sogra) também [...] ela sempre também me deu bons e bons conselhos. [...] ela percebia que a gente tava brigado, se for ver, ela colocava ele pra rua e me deixava dentro da casa dela [...] a minha família se revoltava ao mesmo tempo com ele, mas comigo, porque tipo assim, eu brigava com ele, não dava duas, três semanas eu já queria voltar com ele, entendeu?! [...]* (Participante 19)

Pode-se observar que, enquanto os familiares consanguíneos da mulher em situação de violência tendem a aconselhá-la à separação, com a finalidade de mantê-la afastada do agressor, alguns familiares por parte do companheiro buscam dialogar e mostrar que, mesmo com a violência, o homem (ou companheiro em questão) tem qualidades, fato esse que pode alimentar a confiança e a espera de mudança de comportamento do companheiro; e, em alguns casos, esse tipo de conselho pode não romper o ciclo de violência.

Dutra et al. (2013) verificaram, por meio de seu estudo qualitativo com mulheres que frequentam Centros de Referências para mulheres em situação de violência, que as mães eram a primeira fonte de procura das mulheres. Elas esperavam receber orientações e aconselhamentos para conseguir romper com a VPI.

Dutra et al. (2013) também verificaram que as sogras, quando cientes dos riscos da VPI para a nora, estiveram ao lado dela, ofertando ações de solidariedade e cumplicidade.

Ainda no cômputo familiar, Albuquerque Netto et al. (2017) evidenciam, em meio à população investigada, que alguns membros da rede se destacam como operadores, facilitando a saída da mulher da situação de violência. Segundo Schraiber et al. (2005), nota-se que a primeira fonte de apoio para romper com a violência é o âmbito familiar e o círculo de amigos, entretanto, para esse ter efeito, os membros que o compõem devem respeitar as razões e os desejos das pessoas envolvidas, em primeiro lugar, o respeito à própria mulher.

Pode-se também acompanhar, por meio dos relatos, que as mulheres da rede de apoio, ao se depararem com uma briga do casal, quase nunca apartavam a discussão, mas buscavam atitudes como retirar a mulher do local da violência e levá-la para próximo da rede, o que, de fato, momentaneamente poderia contribuir para cessar a violência. Ao contrário dos indivíduos do sexo feminino que compunham a rede de suporte social, a maior parte dos homens envolvidos na rede, ao presenciarem uma discussão ou briga, acabavam se intrometendo, e, de certa forma, a violência não cessava, apenas mudava de cenário, uma vez que o agressor acabava sendo agredido, o que, muitas vezes, gerava as brigas intrafamiliares.

Pode-se entender que esse contexto exista por conta da hierarquia de gênero que ainda impera na sociedade, e uma das questões apontadas tanto por Bandeira (2013) como por Albuquerque Netto et al. (2015) sobre essa perpetuação se deve à socialização das crianças, com foco ainda no bater e na violência como forma de educar, e, nesse contexto, os meninos, por serem considerados mais fortes fisicamente, acabam sendo incitados a utilizar a força, enquanto as meninas devem ser delicadas e resolver os dilemas por meio de acordo; dessa forma, acredita-se que essa socialização ressoará pelo resto da vida e do comportamento dos indivíduos.

A maior parte dos familiares que compuseram as redes considerava importante denunciar e chamar auxílio policial. Foram evidenciados ainda como formas de apoio para cessar o ciclo de VPI, advindo dos familiares, o oferecimento de auxílio prático e financeiro, tais como estrutura para morar e cuidar do filho, e, mais que isso, alguns familiares que compunham a rede tentavam aumentar a estima da mulher, por meio de elogios, além de tentarem resgatar nessas mulheres sonhos e desejos que não foram colocados em prática por conta do rumo de suas vidas.

Além dessas condutas, alguns familiares, para permanecerem próximos da mulher, realizaram adequações em suas rotinas, e alguns chegaram a mudar de cidade, como um meio de ação protetiva. Nessa vertente, Sluzki (1997) configura a importância tanto do suporte financeiro quanto das demais formas de apoio ofertadas pela rede. Nesse sentido, familiares e amigos tendem a auxiliar removendo a mulher da situação de isolamento e baixa estima, ofertando-lhe condições de partilha e autonomia. Além disso, dentre as formas de ação de atuação da rede interpessoal, pode-se destacar desde a ajuda emocional e material até serviços e informação (ALBUQUERQUE NETTO et al., 2017).

O apoio tanto presencial como de valorização e estima pela mulher colabora para que o ciclo da violência seja rompido. Conforme expõem Dutra et al. (2013), as redes que não colaboram para que as mulheres sintam-se amadas, valorizadas e em um espaço de

reciprocidade podem afetar sua autoestima e fazer com que ela permaneça em situação de VPI por não se considerar digna de apoio.

Essa falta de apoio da rede interpessoal, e até mesmo da comunidade, fez com que as participantes do estudo de Narvaz e Koller (2006) permanecessem na posição de vitimização e de subordinação, tanto que destacaram que acabavam voltando para os relacionamentos violentos após tentativas de separação pela fragilidade da rede associada à dependência financeira que tinham do companheiro.

Para as participantes deste estudo, a reconciliação do casal foi vista com indignação pela rede de suporte social, uma vez que os familiares se mobilizavam para barrar a VPI, mas esta não era uma ação suficiente para quebrar o ciclo, o que, de certa forma, acabava minando as forças das pessoas envolvidas no combate à VPI. Com esse retorno para o agressor, em seu contexto, essa população era intitulada como "mulher de malandro" ou "mulher que gosta de apanhar", pois não quis se desvencilhar da situação de VPI.

Este fato também pode ser visualizado pela população analisada por Dutra et al. (2013), a qual foi culpabilizada pela rede por ter voltado para o agressor, ao mesmo tempo em que os membros da rede se culpam por não terem sido mais efetivos. Entretanto, para os autores, isso decorre da própria dinâmica da rede, ou seja, frente a uma desarticulação, a rede interpessoal pode estar fragilizada, e o poder do companheiro pode ser maior e mais influente, o que, de fato, levaria a esse retorno (DUTRA et al., 2013).

Por isso, para Schraiber et al. (2005), a rede interpessoal que estiver disposta a auxiliar no rompimento da VPI deve entender a dinâmica do casal e da situação da agressão, para que possam compreender, caso a mulher retorne para o parceiro. Dessa forma, os familiares e os amigos devem compreender que as intervenções, por ora, podem ser episódicas e paliativas e que, frente a um descompasso da rede, a mulher pode vir a se tomar dominada novamente.

Cabe destacar, como contraponto ao apoio verificado por parte da rede interpessoal, que alguns familiares, que estavam dispostos no Diagrama, acabavam tendo ações pejorativas e até mesmo taxativas com a mulher, sendo uma dessas ações a culpabilização da vítima pela VPI sofrida, conforme exposto por meio do trecho do relato a seguir:

> *[...] minha mãe que falava, que eu sou muito chata, que eu sou muito briguenta [...] o meu irmão também falava sempre contra mim. [...] meu sogro e minha sogra, ninguém nunca chegou falar, dar conselhos, nem pra mim, nem pra ele. [...] eu briguei com ela (cunhada). Aí ele chegou a levantar a mão pra mim e o pai dele entrou no meio [...]* (Participante 12)

Conforme expõem Dutra et al. (2013), algumas mulheres acabam atribuindo a si a culpabilização pela VPI, uma vez que se sentem fracassadas por não conseguir sustentar o

relacionamento. De certa forma, essas culpas podem ser acentuadas se o contexto sociocultural no qual ela está inserida contribui com palavras e ações que concretizam esse pensamento.

Dados relativamente semelhantes foram observados e expostos por Santi, Nakano e Lettiere (2010) sobre a percepção das mulheres frente ao apoio recebido pelo contexto social. As participantes do estudo relatam sentir que, por vezes, a rede as destaca como merecedora da violência, uma vez que não são capazes de resistir à VPI ou cessá-la. Dessa forma, algumas vezes, os conselhos ofertados pelos familiares podem piorar ou fragilizar ainda mais essas mulheres em situação de VPI (SANTI; NAKANO; LETTIERE, 2010).

Tal vertente de culpabilização também apareceu como resultado no estudo de Meneghel et al. (2003), no qual o comportamento das mulheres, em especial os ligados ao seu gênero, poderiam predispor o companheiro à agressão.

Devido a essa culpabilização à qual as mulheres são sujeitadas, perpetua-se não só a injustiça com o verdadeiro agressor, como também o padrão da dominação masculina no âmbito social e cultural, fazendo com que a invisibilidade da violência sofrida pela mulher continue.

Ainda, por conta dos preceitos socioculturais, e até mesmo dos fatores religiosos transmitidos por parte de alguns familiares ou amigos, pode-se visualizar a permanência da mulher no relacionamento violento devido a cobrança social da formação de uma família, conforme exemplo a seguir:

> *[...] minha família aceitou ele vim aqui pra casa, dormir aqui em casa [...] nós conversamos com meu pai: "Vocês querem arrumar uma casinha?! Vocês podem escolher, eu dou a máquina ou a geladeira.", daí a gente já fez um monte de plano, minha mãe deu um sofá pra gente [...]* (Participante 2)

> *[...] eles (casal da célula da igreja) conversaram com a gente, perguntaram por que, se a gente queria realmente separar ou se queria tentar ficar junto, aí eu falei que queria tentar ficar junto, até por causa da J. (filha) também [...]* (Participante 12)

> *[...] eu comecei a ter uma ilusão na minha cabeça, uma visão realmente de família porque minha própria mãe fala: "já que tem uma filha, não custa tentar, né..." [...]* (Participante 15)

Em menor proporção, mas como algo que também merece destaque, algumas ações visualizadas eram o aconselhamento da mulher para que essa aceitasse sua posição de inferioridade na hierarquia patriarcal, ou seja, incentivando essa mulher a permanecer no relacionamento para manter sua família íntegra, e, mais que isso, que esta colaborasse e obedecesse a seu companheiro, promovendo a segregação de gênero dentro do lar. Isso pode estar tão arraigado que Dutra et al. (2013) relataram que, para as mulheres participantes da sua

pesquisa, era comum tender a ficar no relacionamento violento em prol dos filhos e da manutenção das condições de vida. Os mesmos autores ainda observaram que, para essa população, a orientação e as orações de companheiros de igreja, um telefonema de algum familiar ou até mesmo de um amigo ou vizinho surtiam algum efeito na mulher, que acabava sempre esperando uma mudança do parceiro, e continuava na relação violenta (DUTRA et al., 2013).

Em outra vertente, dentre os aconselhamentos que a rede ofertava para o casal, estava o fato de ensiná-los a dialogar. Em especial, quando envolvidos nos conselhos religiosos, a fim de que o casal se harmonizasse. Segundo Santos e Vieira (2011), as instituições religiosas e os membros ou os grupos oriundos dessas têm sido bastante citados como forma de apoio frente à violência sofrida pela mulher, no entanto, os mesmos autores salientam a baixa qualificação específica desses líderes religiosos ou membros religiosos acerca do assunto.

Acredita-se que, por conta da rede de suporte, são os familiares que aconselham o relacionamento do casal e esperam um novo contexto para os envolvidos, mas algumas participantes relataram não repassar as cenas de violência vivenciadas para sua rede. A maior parte das participantes não queria envolver suas redes devido às ações explicitadas por meio dos relatos a seguir:

> *[...] eu não queria passar isso pro meu pai e pra minha mãe, né, acho que faria eles sofrerem mais do que eles estão agora.[...]* (Participante 3)

> *[...] o meu pai, a minha mãe, assim, nunca soube. Se o meu pai souber, a casa cai, o bicho vira, tudo muda.[...]* (Participante 5)

Então, pode-se entender que algumas mulheres tinham receio de contar aos pais, pois sabiam que estes tomariam atitudes, e, em algumas situações, essas poderiam ser drásticas; enquanto o medo de relatar para outros familiares envolvia o fato de poderem ser estigmatizadas por não terem ouvido e já terem consciência da situação, de que já teriam sido avisadas.

Segundo Albuquerque Netto et al. (2017), faz-se importante destacar que, ao solicitar um auxílio, a rede na qual este indivíduo se insere sofre impacto em sua dinâmica. Dessa forma, mesmo não tendo conhecimento concreto da VPI, a rede de suporte interpessoal desconfia ou sente os reflexos dessa exposição (ALBUQUERQUE NETTO et al., 2017).

E, por conta desse cenário, algumas mulheres não contavam para sua rede, por sentirem-se envergonhadas com a situação de violência, como visualizado a seguir:

> *[...] eu tinha muita vergonha de contar pra minha família e eu vivia de aparência, tipo eu num queria que minha mãe visse porque ela tinha a vida dela aqui, minha mãe estava em plena lua de mel e eu num queria estragar, sabe? [...] eu tinha medo porque ele (companheiro) não ameaçava só eu, ele ameaçava a minha família também, entendeu? [...] ele falou que um dia eu caí da escada, mas num foi, ele me bateu e falou pra família dele que eu tinha caído da escada do meu serviço [...]* (Participante 18)

Vale ressaltar que alguns companheiros, por ameaçarem os familiares que compunham a rede de suporte da mulher, acabavam a intimidando a contar a situação de violência aos familiares, tanto que os próprios companheiros justificavam as marcas deixadas pela violência física como marcas adquiridas por quedas ou batidas involuntárias de suas mulheres, ou seja, perpetuavam a ação para que a rede não tivesse conhecimento da VPI.

A vergonha, o isolamento e o sentimento de fracasso e de culpa tendem a ocorrer devido ao medo da própria mulher ser estigmatizada, tanto dentro da família, como da sua comunidade. Assim, foram visualizados quadros semelhantes à permanência da invisibilidade da VPI, a ausência de culpa do agressor e a relação de dominação masculina frente à mulher que se encontra fragilizada. Além disso, em especial para mulheres mais novas ou adolescentes, foi comum observar o sigilo da VPI frente aos pais, por não saberem lidar com a situação e também pelo medo de ter que deixar o companheiro agressor, e ainda gostar dele (SCHRAIBER; D´OLIVEIRA, 2003; SCHRAIBER et al., 2005; NARVAZ; KOLLER, 2006; ALBUQUERQUE NETTO et al., 2015; ALBUQUERQUE NETTO et al., 2017).

Pode-se observar também que, para essa população, a VPI é um fato entre as gerações, o que normalmente colabora para que a mulher permaneça na relação violenta. Tais fatos podem ser visualizados por meio dos trechos dos relatos a seguir:

> *[...] ela queria falar, mas ela já passou tanta coisa com meu pai, que meu pai já bateu nela. Enquanto que a minha sogra também já apanhou do marido, ela chegou até perder um filho [...]eu cheguei lá na casa dela chorando e [...] ela falou que a vida é assim, que eu tenho que aprender, que é assim...[...]* (Participante 5)

> *[...] a avó dele também (sabe das brigas), portanto outro dia ela chegou a chorar comigo porque ela já passou isso com o marido dela [...] ela me entende muito bem e tanto que ela falou: "L. no passado era bem pior, que eu era mais nova, e não tinha por onde fazer parar, e tudo eu sofria... [...]* (Participante 15)

Nessa vertente, pode-se contemplar que a VPI esteve propagada entre as gerações, e o aconselhamento desses membros, que pautava o fim da VPI com o amadurecer do homem e do relacionamento, nutria nessas participantes uma esperança de melhora frente à relação, e, de certa forma, a propagação das fases do ciclo da violência. Fatos semelhantes foram encontrados nos estudos de Narvaz e Koller (2006) e Dutra et al. (2013), nos quais as mulheres com mais experiência e maior vínculo afetivo propagavam a naturalização do homem como agressor, o que geralmente acentuava as diferenças com base no gênero.

Cabe destacar que o estudo de Albuquerque Netto et al. (2015) com mulheres em situação de VPI, mas que frequentam Centros de Referências, encontra um achado diferente do anterior: conforme os próprios autores destacam, essa população investigada conseguia romper a violência por apoio de outras mulheres que passaram por situação semelhante. Dessa forma, a empatia nas relações colaborou positivamente quando as situações eram de rompimento do ciclo da violência, mas falhou quando ofertada por mulheres que encaram o ciclo da violência como algo passageiro.

Após analisar as ações da rede de suporte interpessoal frente à VPI, destaca-se também, no mesmo cenário, a rede de suporte institucional, a qual foi formada por profissionais de diversas áreas, em especial, dos âmbitos da saúde e da assistência social, assim como dos âmbitos jurídicos e da segurança pública, como se pode observar no trecho do relato a seguir:

> *[...] fraturou minha bacia que eu cheguei a ir no médico, fui na delegacia pela 5° vez fazer a Maria da Penha [...] fomos para a delegacia novamente, chegou lá, aí os policial lá na porta, aí falou: "Nossa!", aí minha irmã falou: "O que vocês podem fazer para proteger ela? Porque a gente não sabe mais o que fazer!", aí o policial: "Sinceramente, a gente não pode fazer nada.", aí eu falei: "É realmente vocês não podem fazer nada..." porque uma semana atrás eu tinha tido uma briga com ele, ele tinha me dado um tapa na minha cara na frente do policial e não adiantou nada, eu simplesmente entrei no carro do policial, fui lá fazer o boletim na Delegacia da Mulher e não adiantou nada.[...] liguei pra polícia e falei: "Oh, ele (companheiro) tá indo pegar meu pai e vocês têm que ser rápido dessa vez, não tem como esperar." [...] ele (companheiro) chegou lá no salão, logo atrás os policiais já chegaram, aí pegaram ele [...] só não prenderam porque há um mês eu fui com a faca pra cima dele (companheiro), eu fiquei atrás da porta de casa e ele lá do outro lado da rua falando que ia me matar [...] daí a delegada falou: "Você perdeu o direito, ele num vai ficar preso porque você ameaçou ele com a faca!", aí eu falei: "Mas eu só mostrei a faca pra ele (companheiro), ele (companheiro) tava há uns metro de mim!" [...] mas dali eu tive acompanhamento de uma moça [...] aí ela já me encaminhou tudo e em uma semana, uma semana... Demorou uns 15 dias já tava aqui pra mim o papel pra ir na audiência e tudo certinho [...]* (Participante 2)

Observou-se, por meio dos relatos das participantes, que a rede institucional frente à VPI era pouco procurada, e, uma vez acessada, muitas eram as dificuldades de comunicação entre os setores que a compõem.

Uma das causas visíveis para essa baixa busca pela rede institucional foi o tempo de exposição à VPI, ou seja, quanto maior o tempo de exposição à VPI, mais naturalizada essa era para as mulheres. Segundo Dutra et al. (2013), esse fato pode ocorrer, pois maior é a chance de isolamento da mulher por conta dos hábitos do parceiro, o que, de certa forma, reduz seu contato com a rede interpessoal, o que a impacta, de forma desmotivadora, a buscar as instituições.

Ainda nesse sentido, percebe-se que essas participantes só buscou o cenário da saúde ou da assistência social em casos de extrema violência - em especial, frente à violência física,

uma vez que esta deixa danos físicos – ou, quando no serviço de saúde havia uma assistente social disponível e interessada em acolhe-la, caso contrário, só buscavam pela assistente social se fossem encaminhadas.

Dentre as justificativas para essa baixa adesão, os estudos referem que as mulheres tendem a buscar uma rede institucional quando a agressão começa a extrapolar seus limites ou quando se agrava (SANTI; NAKANO; LETTIERE, 2010; DUTRA et al., 2013).

O serviço de saúde costuma ser pouco escolhido como porta de entrada das mulheres, uma vez que elas não se sentem seguras em expor a situação, pois a vinculação médico-cliente é baixa, e, em especial, nesses serviços de emergência, as mulheres sabem que vão contar apenas com a melhora de seus sintomas físicos, uma vez que a conduta medicalizada prevê o cuidado das queixas físicas, quase nunca dando seguimento ou encaminhamento aos outros setores da rede institucional, seja por desconhecimento ou até mesmo por medo de não saber lidar com o tema, já que a formação de tais profissionais não lhes ofertou esse aprendizado (SCHRAIBER; D´OLIVEIRA, 2003; FERRANTE; SANTOS; VIEIRA, 2009; HASSE; VIEIRA, 2017).

Raramente, para essa população, houve busca pelas unidades de atenção básica, e, quando essa existiu, as mulheres também não contaram sobre a violência sofrida por medo de serem estigmatizadas e por acreditar que não seriam acolhidas e não teriam seu problema resolvido. Os profissionais de enfermagem nem foram citados como operadores de auxílio na rede dessas mulheres.

Embora, conforme evidencia a literatura, esses profissionais devessem estar um pouco mais preparados para enxergar a mulher para além de sua queixa física, a lida com outros setores e programas dessas unidades também colabora para que o profissional dê menos ênfase a essa busca, ou seja, ele tende a agir quando o problema é posto pela mulher, caso contrário, raramente se investiga a ação de uma queixa física ou visitas frequentes nessas unidades pela paciente, uma vez que a demanda é alta (SCHRAIBER; D´OLIVEIRA, 2003; LETTIERE; NAKANO; RODRIGUES, 2008; BARALDI et al., 2012; LETTIERE; NAKANO, 2015; ALBUQUERQUE NETTO et al., 2017).

Por fim, conforme abordam Albuquerque Netto et al. (2015), como a VPI ainda é algo do esteio familiar, a saúde pouco volta sua atenção em prol de uma resolutividade e melhoria do cuidado.

Ao contrário das buscas por unidades básicas de saúde, essas mulheres tentavam acessar com maior frequência os setores jurídicos e de segurança pública, por conhecerem a Lei 11.340 de 2006, intitulada Maria da Penha; mas muitas se sentiram perdidas na rota dessa

rede, uma vez que existia falha na comunicação dos endereços e dos encaminhamentos. Nesse percurso, muitas desistiram, e poucas acabaram optando por um advogado particular quando tinham condições financeiras de custeá-lo. Infelizmente, algumas dessas mulheres sentiram-se perdidas frente ao auxílio policial, pois demoravam para chegar e fazer o flagrante, e, algumas vezes, sentiam-se inclusive humilhadas pela pouca importância com que o caso era tratado, até mesmo por delegadas e escrivãs mulheres.

Dessa forma, a falta de integralidade dos poderes, conforme levantamento bibliográfico, salienta e colabora para que essas mulheres desacreditem na proteção que a rede pode ofertar, o que faz com que acabem aceitando a violência perpetrada pelo companheiro, uma vez que não encontram saídas. Segundo os estudos, falta a transversalidade, ou seja, o cuidado integral do sujeito frente às instituições, e segundo suas particularidades, o que ainda não é visualizado. Assim, há preponderância de um seguimento fragmentado, pouco atencioso e integral, que não se comunica e que tem rotinas compartimentadas por cada serviço, o que, de certo modo, confunde a mulher sobre como construir uma rota crítica frente aos serviços ofertados (SCHRAIBER et al., 2005; SANTI; NAKANO; LETTIERE, 2010; DUTRA et al., 2013; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013; HASSE; VIEIRA, 2017).

Dessa forma, os próprios estudos que trabalharam com a verificação da rede institucional e dos trabalhos prestados por ela salientam que, notoriamente, necessita-se de uma mudança, a fim de que a mulher sinta-se respeitada, segura e empoderada para seguir rompendo com o agressor. Para isso, é importante uma visão e uma fala única entre os diversos serviços, que devem focar em resolutividade para as mulheres em situação de violência, e não em prol de suas próprias condutas institucionais. Além disso, fazem-se necessários, conforme abordado pela literatura, treinamentos dos profissionais envolvidos para que consigam compreender a trama que a rede oferta e os serviços nela disponíveis (SCHRAIBER et al., 2005; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013; HASSE; VIEIRA, 2017).

Antes de concluir sobre a rede de suporte institucional, é importante destacar que outros países internacionais também estão buscando avaliar e implantar projetos para combate da VPI, tanto que, na Austrália, os serviços estão trabalhando com foco em busca ativa: quando recebem a informação sobre a violência, buscam e salientam a importância de envolver os familiares, uma vez que estes estarão junto da mulher, com laços de familiaridade e de apoio; assim como têm ofertado uma mudança na formação dos profissionais e dos sistemas de saúde que trabalham nessa temática (SIGNORELLI; TAFT; PEREIRA, 2012).

Assim, também nos Países Baixos, novas perspectivas de cuidado estão sendo propostas e empregadas a fim de facilitar o atendimento às demandas, dentre esses serviços,

destacam-se a educação continuada e o treinamento dos médicos de família para melhor captação e acolhimentos dessas mulheres, e, a fim de que estas se sintam mais confiantes e consigam trabalhar suas necessidades, mulheres que já passaram por situação de VPI estão sendo treinadas para fazer esse seguimento junto dos profissionais da área da saúde (LOEFFEN et al., 2017). Dessa forma, tais ideias podem contribuir para a qualificação dos serviços institucionais brasileiros.

Diante da baixa procura pelas instituições relacionadas à proteção da mulher em situação de violência e da dificuldade de se traçar a rota crítica, foi vista, para essas participantes, uma predileção pelo apoio e pelas ações ofertadas pela rede interpessoal, que, por mais que não conseguissem barrar o ciclo da violência, estavam presentes nos momentos em que essas mulheres mais necessitavam de algum tipo de apoio. Frente a esse contexto, notou-se a baixa adesão pela rede institucional, ou seja, as mulheres só a buscavam quando a situação era insustentável ou quando precisaram de algum cuidado físico, psicológico ou emocional.

8.2.3.3 As ações da rede de suporte social frente à amamentação

Nesta subcategoria, abarcamos um pouco mais sobre a perspectiva da rede de suporte social frente à prática do aleitamento materno. A decisão, assim como a manutenção e a efetivação do AM, segue permeada por atitudes maternas, sociais, biológicas e também pelo aparato do apoio social (SOUSA; FRACOLLI; ZOBOLI, 2013).

Ao avaliar esse assunto, pode-se verificar que os familiares, tanto da mulher como do companheiro, assim como amigos, vizinhos e profissionais da saúde exerceram algum tipo de influência na prática da amamentação. Nessa vertente, cabe destacar, com base na literatura, que a amamentação é uma construção complexa, que se dá por meio de fatores pessoais da mulher, associados aos contextos relacionais, em especial, à herança familiar e intergeracional, e que sofre influência da dinâmica cultural (MARQUES et al., 2010; MONTE; LEAL; PONTES, 2013; SOUSA; FRACOLLI; ZOBOLI, 2013).

Ao analisar os achados, pode-se notar que essa rede interpessoal das participantes foi mais requerida do que as redes institucionais, entretanto, em alguns momentos, essa rede foi fator motivador para o AM, em contrapartida, em outras situações, foi responsável por desmotivar a amamentação. Dentre as ações positivas, destacam-se os trechos das falas a seguir:

> *[...] ela (mãe) sempre ficava ali: "Força. Força. Força filha! Calma que vai passar." No primeiro mês meu peito empedrou, aí ela (mãe) me ajudava a tirar. [...] a minha mãe já fazia vitamina, que a minha mãe sempre foi preocupada com isso [...] ela (irmã) ficava ali: "Ai B., você tem tanto leite. Eu queria tanto ter tido.", então, ela (irmã) me ajudou bastante também [...]* (Participante 2)

> *[...] As minhas cunhadas e a minha sogra falavam que o leite materno era uma vacina contra várias doenças, né, e que era pra eu ir tentando dar, porque quanto mais eu dava, mais leite tinha [...]* (Participante 8)

> *[...] minha sogra me ajudou em tudo, depois que a A.L. nasceu, ela que me ajudava a olhar, eu que amamentava ela de madrugada, daí pra eu poder cochilar, ela que ficava olhando [...] trocava a fralda, fazia ela dormir, voltava dormir mais um pouco e ela olhava [...] ela me ajudou muito, falava pra eu ficar tomando sol que ajudava, né, tem uma pomadinha até, que meu sogro comprou [...]* (Participante 21)

Frente ao exposto, pode-se compreender que a busca pela rede interpessoal foi maior do que a pela institucional, pois, conforme relatam Leandro e Cristofell (2011), o aleitamento materno ultrapassa os limites do biológico, uma vez que sofre interferência dos aspectos socioculturais e da rede de apoio proximal à mulher. Tal achado também foi visualizado no estudo de Baraldi e Praça (2013), no qual encontraram que práticas de cuidados adotadas pelas puérperas, em sua maioria, eram provenientes de seu contexto de vida; nessa vertente, as autoras concluíram que a rede sociocultural tendia a exercer maior influência no âmbito das mulheres do que a rede institucional.

Esses trechos de falas demonstram o tipo de apoio que a rede interpessoal ofertou ou deixou de ofertar. Na maior parte das vezes, os familiares, em especial, os consanguíneos maternos, tinham um papel importante de aconselhamento, de apoio e de motivação frente à prática do aleitamento materno. Ao contrário, os familiares por parte do companheiro acabavam, algumas vezes, deixando a desejar no cuidado que a mulher considerava necessário.

Para Mendes et al. (2017), a opção de prioridade de cuidado feita pelas mulheres iniciava por meio de suas mães, seguido de sogra e do companheiro. Assim como os familiares mais experientes, que já traziam histórico de maternagem, ganhavam destaque frente aos demais membros da rede interpessoal e tendiam a influenciar com maior impacto nas decisões maternas (FUJIMORI et al., 2010; MARQUES et al., 2010).

Primo et al. (2015) também suscitam que as irmãs e tias foram agentes citados para a manutenção do AM para além das avós, do companheiro e outras figuras femininas. O mesmo foi afirmado por Junges et al. (2010).

Para Mendes et al. (2017), o apoio familiar, na maior parte das vezes, atuou de forma positiva, a partir da motivação de sentimentos de superação e de orgulho, em especial, quando

a mulher tinha pensamentos de fracasso frente ao AM ou diante das situações de dificuldades iniciais.

Dentre as formas de apoio ofertadas para essa população, a maior parte salientou o apoio e auxílio frente às dificuldades iniciais do AM, assim como colaboração nas atividades domésticas e no cuidado com o bebê, auxiliando na adaptação ao puerpério. Também foi visualizado apoio frente à alimentação e descanso da puérpera. Quando analisadas essas formas de apoio, verifica-se que a mãe da mulher tem forte influência no puerpério, dessa forma, espera-se que ela reafirme positivamente a conduta da amamentação da filha, o que gera o apoio emocional (SOUSA; FRACOLI; ZOBOLI, 2013).

Além do apoio emocional, verifica-se o apoio instrumental, que seria o cuidado com as rotinas domiciliares, assim como o apoio informativo, ou seja, perpassar conhecimentos geracionais e estar aberta para novas formas de aprendizagem sobre a amamentação (SOUSA; FRACOLI; ZOBOLI, 2013).

Entretanto, conforme dispõem Marques et al. (2010), o apoio familiar pode atuar tanto positiva quanto negativamente frente à motivação para a prática do AM, ou seja, desmotivando ou causando impedimento para seu seguimento. Nesta vertente, pode-se visualizar a falta do apoio da família consanguínea para algumas mulheres. Essa ausência era devida ao distanciamento ou pouco relacionamento entre os membros e até mesmo a discussões intrafamiliares, fatos que acabavam não contribuindo para o apoio à amamentação, conforme visualizado pelos trechos dos depoimentos a seguir:

> *[...] com a minha família, também, eu tive uma discussão e depois disso com 15 dias meu leite secou [...]* (Participante 1)

> *[...] eu esperava que ela (mãe) me desse mais apoio, né [...] ela não deu, ela só sabia criticar. [...]* (Participante 8)

Frente ao relatado, pode-se entender que, mesmo se a ação fosse negativa por parte das avós de seus filhos, as mulheres sentiam falta de suas genitoras frente à prática da amamentação. Isto talvez aconteça devido à necessidade da perpetuação dos conceitos intergeracionais, ou porque o puerpério é visto como uma fase de dificuldade e insegurança, na qual a mulher espera ação de sua rede, em especial, anseia por aconselhamentos de parentes próximos e que vivenciaram a maternidade, ou seja, essa interferência da rede é esperada pela nutriz na maior parte das vezes (MARQUES et al., 2010).

Além da desmotivação para a amamentação, vinda por parte de algumas ações de familiares, pode-se notar que o companheiro acabava também desmotivando a amamentação,

pois, além de não contribuir de forma participativa, acabava criticando e brigando com a companheira por conta de achar que a criança estava passando fome. Dessa forma, conforme descrito por Mendes et al. (2017), mesmo o companheiro não tomando frente da situação do AM, ou sendo participativo no processo, ele gera influências sobre a prática do AM.

Alguns companheiros, como relatado pela maior parte das mulheres, ao se depararem com o choro do bebê, imediatamente cobravam as companheiras de amamentá-los, e, em alguns casos, isso acontecia pois queriam silenciar o choro da criança, conforme falado pelas participantes. Tais contextos podem ser verificados nos trechos das falas a seguir:

> *[...] Que me atrapalhou (amamentação) foi meu companheiro, minha sogra e minha cunhada que ligava pra mim, falavam coisas que eu não gostava, e até meu companheiro que não ficou do meu lado no momento de amamentar, até porque o menino chorava de fome, e ele brigava comigo [...]* (Participante 1)

> *[...] ele (companheiro) gostava que eu dava leite do peito pra ela, tinha hora que ela ficava muito irritada, muito nervosa, e eu ficava irritada também, aí ele ficava bravo. [...]* (Participante 8)

A maior parte dos estudos evidencia a importância do companheiro no processo do AM (FALCETO; GIUGLIANI; FERNANDES, 2004; MULLER; SILVA, 2009; SILVA; SANTIAGO; LAMONIER, 2011; MONTE; LEAL; PONTES, 2013; LIMA; CAZOLA; PICOLI, 2017), entretanto, conforme visualizado na revisão integrativa de Marques et al. (2010), o companheiro pode gerar tanto impacto positivo como negativo, dependendo do seu comportamento e de seu auxílio frente ao AM. Nessa população estudada, além do fator desmotivação para o AM por parte dos companheiros, tem-se associado o fator ausência do companheiro no ciclo gravídico-puerperal, assim como a VPI, ou seja, fatores que intensificariam a falta de apoio do companheiro frente ao AM.

Além disso, o choro do bebê é representativo, para a população, como uma fome que deve ser sanada, dessa forma, a maneira como essa situação é encarada pela rede interpessoal, em especial, pelo companheiro, pode gerar ações impactantes e prejudicar o AM, uma vez que tende a acentuar a insegurança materna (LEANDRO; CRISTOFELL, 2011).

Conforme visto por meio dos relatos, a ausência de apoio da família do companheiro, assim como a falta de suporte familiar e as situações de briga com ele, de certa forma, podem soar como fator desmotivador e até mesmo contribuir para o desmame precoce, uma vez que essa mulher, frente às demandas puerperais, sente-se sozinha, ansiosa, sem poder e sem auxílio para seguir amamentando. Por isso, a mulher deve ser compreendida em suas necessidades, ser amparada frente a suas dificuldades e visualizada frente a sua configuração sociocultural para que consiga permanecer amamentando (FUJIMORI et al., 2010). Além

disso, se possível, é necessário diminuir ao máximo as cargas de estresse e de medo nesse momento da vida.

Dessa forma, além de alguns casos com o cenário familiar conturbado, notou-se também que, para essa população, a mãe da mulher, ou outros familiares que já tinham filhos usavam a própria experiência de vida para mostrar para esta que era importante a introdução de alimentos para a criança. Esse fato contribuía para a introdução alimentar precoce, e até mesmo para o desmame precoce, conforme ilustrado a seguir:

> *[...] daí desde os 4 meses ela (mãe) começou a dar um pouquinho de banana, pegava o caldinho da maçã e já dava, então, a minha mãe já começou porque ela (mãe) dizia que queria um bebê gordo.[...] Ela (mãe) sempre dizia: "Que eu já tive três filhos, né, então pode dar isso, aquilo, aquilo outro..." [...] com 5 meses [...] A tia dela já apresentou o chocolate sem eu saber [...]* (Participante 2)

Desde 1970, dúvidas e controvérsias sobre a prática do AM e a melhor fase para introdução alimentar fizeram com que os revisores e os consultores da OMS promovessem uma revisão científica, a qual os embasou de que o melhor período para esta ocorrer fosse após os seis meses de vida. Dessa forma, ainda acredita-se que se viva um período de adaptação a esse paradigma proposto desde 2001, pela 54ª Assembleia Mundial da Saúde, uma vez que as taxas de AME até o sexto mês é relativamente baixa (GIUGLIANI; VICTORA, 2000; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002).

Apesar da recomendação, nessa população, muitas disseram oferecer o chá por uma insistência do contexto social, uma vez que esse ajudaria a criança ser menos chorosa e mais tranquila. Tal achado também foi evidenciado no estudo realizado por Amaral et al. (2015) em Campina Grande- PB, uma vez que as mulheres alegavam que o contexto sociocultural influenciava diretamente o período puerperal, em especial, os mitos e as crenças atreladas à amamentação, conforme ilustrado a seguir:

> *[...] tomou chá de camomila, chá de erva doce [...] Dava pra acalmar, porque ele era nervoso [...] pra parar as cólicas [...] mas assim, era tudo sem açúcar [...] minha mãe que falava.* (Participante 17)

Para as participantes desse estudo, um fator que também contribuiu para não manter o AME até o sexto mês de vida do infante foi o uso irrestrito de água, assim como de chás. Tais resultados também foram vistos em outros estudos nacionais com diferentes metodologias e em diferentes regiões do Brasil (DIAS; FREIRE; FRANCESCHINI, 2010, MARQUES; COTTA; PRIORE, 2011, AMARAL et al., 2015, SALDAN et al., 2015). O trecho abaixo é representativo dessa situação:

> *E no quarto, quinto, no sexto mês eu dava suco, dava chá, também dava água, pra te falar a verdade eu dei e comecei a dar desde o terceiro mês porque ele (médico) falou que tem água no leite, mas eu também dava água pra ele também, tinha medo que tinha sede. E do quinto mês até o oitavo mês eu dava comida [...]* (Participante 4)

Para a maior parte das mulheres, o chá era utilizado com o princípio de acalmar a criança ou até mesmo para regularizar a função intestinal e aliviar as cólicas, e, normalmente, a rede interpessoal, em especial, as mulheres mais experientes que indicavam. Para a população estudada, a justificativa quase unânime para a introdução da água era o clima de Ribeirão Preto-SP, que se configurava, no momento dos primeiros meses dessas crianças, e que também era mais referendado pela rede interpessoal dessa participante do que pela rede institucional, uma vez que esta, por ser ausente, deu precedente para que as participantes se vinculassem e acreditassem mais nos cuidados transmitidos pela rede interpessoal.

Ainda sobre a complementação precoce de alimentos, pode-se visualizar que a rede, em especial, a interpessoal, esteve atrelada a essa prática. Muitas participantes tiveram a aprovação ou o incentivo da rede familiar na condução dessa complementação, conforme afirmado a seguir:

> *[...] ninguém foi contra eu dar a mamadeira pra ela porque eu num tinha leite pra dar pra ela no caso.[...]* (Participante 8)

Cabe destacar, ainda como parte dos relatos anteriores, que a maioria das mulheres do estudo, em algum momento, acreditaram ter leite "fraco" ou insuficiente, por conta de o bebê chorar, e, por causa disso, correlacionavam o choro à fome, e acabavam iniciando uma complementação com outros tipos de leite.

Em alguns casos, além de o LM ser considerado "fraco" ou "insuficiente" para o senso comum, a pressão principalmente familiar, assim como a falta de paciência em manejar o aleitamento materno, contribuiu para a insegurança materna. Diante dessa falta de apoio, reforçava-se a concepção da inferioridade do LM e a teoria da fome pelo choro do recém-nascido. O leite insuficiente ou "fraco" foi um fator de risco, que foi destacado em primeiro lugar como contribuinte para a não amamentação (CAMINHA et al., 2015), conforme trecho a seguir:

> *[...] minha mãe falava: "L. (mulher) é fome isso daí..." [...] o J. (companheiro) não queria que eu colocasse, mas eu via minha filha chorando de fome. [...] era menos incentivo mesmo, era mais pessoa se intrometendo mesmo [...]* (Participante 15)

O trabalho materno também contribuiu para a complementação alimentar precoce, e, em alguns casos, até para o desmame precoce, uma vez que, mesmo tentando manter o AME,

por meio de ordenha e estoque do LM, existia uma dificuldade por parte da família em ofertá-lo, assim como havia o inconveniente de esta ser mais uma atividade a ser exercida, o que deixava a nutriz mais extenuada.

Em contrapartida, algumas mulheres sentiram-se acolhidas por sua rede de suporte interpessoal quando voltaram a trabalhar e relataram benefícios para o estabelecimento do aleitamento, de acordo com o visualizado no trecho a seguir:

> *[...] ela (sogra) me ajudou bastante também depois que eu comecei a trabalhar [...]* (Participante 21)

Nesse sentido, além da pressão que circunda a volta ao trabalho, Frota et al. (2016b) referem que a ideia materna de diminuição da produção láctea, assim como a falta de informação sobre como manter o AM, faz com que essas comecem a complementar. Para que isso não aconteça, o apoio dos familiares e dos profissionais de saúde é fundamental, a fim de que o AME se perpetue exclusivamente até o sexto mês (FROTA et al., 2016b).

Ainda frente à ação da rede interpessoal sobre a prática do AM, por vezes, o saber perpassado entre as gerações, assim como a comparação entre histórias pessoais de amamentação, acabou soando como fator desmotivador para a continuidade do AM, como ilustrado pelo seguinte trecho:

> *[...] eu fui me desanimado de dar mamá pra minha filha por causa da minha mãe, entendeu?! [...] ela fala pra gente hoje que nós mamou no máximo até um mês de vida... ela falava: "ai, você não cansou de dar mama pra ela ainda? Nossa, tá na hora de você tirar ela do peito... tá na hora de você pôr essa menina numa papinha [...]" [...] eu pensava: "nossa, será que já tá na hora de eu tirar ela? [...]* (Participante 19)

Segundo Marques et al. (2010), a mãe é tida como um exemplo para a filha no universo que contempla a maternidade, dessa forma, ela gera uma forte influência nas práticas e nas condutas que a filha toma. Mendes et al. (2017) também referem que as avós acabaram atuando negativamente sobre a duração e a exclusividade do AM.

Na revisão integrativa da literatura realizada por Monte, Leal e Pontes (2013), a figura da avó tanto materna quanto paterna ofereceu, na maior parte das vezes, um impacto negativo no ato de aleitar. Isso ocorreu devido à fala dessas mulheres soar com maior impacto do que a dos profissionais de saúde (MONTE; LEAL; PONTES, 2013).

Ainda em relação à rede interpessoal e o AM, foi visualizado o fato de que algumas mulheres contaram com o apoio de amigas e vizinhas, e, em algumas situações, essas pessoas tinham alguma formação técnica na área da saúde e tiveram papel importante nesse momento, por transpor as dificuldades iniciais da lactação. Foi comum encontrar a participação de outras

mulheres experientes, com destaque para as vizinhas, quando as mulheres não tinham familiar próximo (PRIMO et al., 2015).

É importante salientar que, em duas revisões integrativas da literatura, a rede de apoio interpessoal, ou seja, a rede de forma expandida, que comportaria membros como tios, primos, vizinhos, amigos e até lideres comunitários, foi pouco citada nos artigos analisados, demonstrando uma lacuna literária importante e uma delimitação sobre a forma de apoio que esses outros indivíduos sociais realizam (MARQUES et al., 2010; MONTE; LEAL; PONTES, 2013).

Dessa forma, pode-se compreender que a rede de suporte social interpessoal gerava ação motivadora ou desmotivadora para a prática do AM, a depender da forma como se posicionava frente à prática da amamentação. Além disso, as figuras femininas, mais experientes e que já passaram pela maternidade ganharam destaque simbólico na vida das nutrizes, e, em algumas situações, exerceram mais influência que a própria rede institucional.

Ainda avaliando a influência das redes, buscou-se averiguar como a rede institucional atuou frente ao AM.

Pode-se notar que a rede institucional também gerou influências frente à prática do aleitamento materno, uma vez que essa também tinha o papel de orientar, apoiar e disseminar a amamentação. Essas redes institucionais que foram destacadas pelas participantes tinham como local de referência o hospital ou a maternidade, o Banco de Leite Humano e até mesmo a Unidade de Saúde.

Frente à atuação dos profissionais de saúde no âmbito hospitalar, notou-se uma ação pouco efetiva no aspecto da integralidade do cuidado. Dentre as críticas tecidas pelas participantes, a maior parte delas sentiu falta de escuta profissional, ou seja, a verticalização do cuidado não permitia um cuidado individual, respeitoso e humano. Esse fato é visualizado no trecho do relato a seguir:

> *[...] Eu nunca tinha tido filho, então eu acho assim, faltou orientação no hospital porque quando eu lembro e até hoje, a primeira vez com a R. (filha) mamou, eu tava deitada na cama, ela pôs a R. (filha) no meu peito, a menina começou a sugar no meu peito, menina eu senti tanta dor! [...] Ela nasceu [...] umas 02h da manhã ela levou a menina lá. Elas vieram no quarto umas 07 horas da manhã, a menina tava no meu peito ainda porque eu tentava tirar ela, ela não saia, eu puxava ela, ela não saia, eu não conseguia tirar. Aí eu falei: "ah, deve ser normal.", larguei, quando elas vieram, que elas foram tirar a nenê do meu peito [...] tava na carne viva meu seio [...]eu lembro que a enfermeira de manhã, veio e falou: "não, mas tem que pôr! Tem que pôr!", ela colocou a menina mamando saindo um monte de sangue na boca da menina [...] era muita pressão lá no hospital [...] porque já era muito coisa na minha cabeça, aí eu falei: "não, não quero amamentar. Eu quero ir embora e na minha casa eu vou acalmar e vou dar mamá pra ela, que aqui eu não tô conseguindo." [...] Elas vinham, aí elas começaram a dar leite pra nenê o Nestogeno® ou o NAN®, só que elas vinham com 30ml e tinha que esperar três horas [...] ela ficava duas horas chorando. E elas falavam que era normal, que só podia dar depois de três horas. [...]* (Participante 20)

Dessa forma, foi possível verificar que a maior parte das participantes estava sujeita a um atendimento biologicista, verticalizado e desrespeitoso. A maior parte delas acabou ficando à mercê de protocolos de rotina hospitalar, o que, de certa forma, sempre lhes gerava algum grau de insatisfação e quase sempre desmotivava o aleitamento materno. Cabe destacar que, na maternidade, a maior parte de orientações e de seguimento do AM é realizado por enfermeiros, seguido por obstetras, pediatra e técnicos de enfermagem (BARBIERI et al., 2015).

Devido a esse papel tão importante, há a necessidade desse profissional se atualizar, mostrar-se disponível e compreender as particularidades e os enfrentamentos de cada paciente, uma vez que o diálogo e a disponibilidade tendem a gerar mais impacto do que somente o conhecimento (FUJIMORI et al., 2010; SOUZA; FRACOLLI; ZOBOLI, 2013).

Ainda na vertente do modelo biologicista, algumas mulheres sentiram-se esquecidas pela rede institucional hospitalar durante a internação após o parto, ou seja, no alojamento conjunto, o que demonstra mais um cenário de "esquecimento conjunto" do que um cuidado que vislumbre e leve em consideração as particularidades do binômio. Portanto, reforça-se, assim, a necessidade de o profissional fazer-se presente não apenas por meio de recomendações meramente biologicistas, mas ofertando formas de incentivo e cuidado diretamente, de acordo com a necessidade de cada nutriz (MARQUES et al., 2010; MONTESCHIO; GAIVA; MORERIRA, 2015).

Dentre as formas de ação e de cuidado frente à prática do AM que os profissionais podem prestar ainda na maternidade, destacam-se o fazer-se presente sempre que necessário, estar aberto ao diálogo sobre as condutas a serem tomadas, elogiar as práticas que a mulher desenvolve de cuidado com a amamentação e com o recém-nascido, auxiliar praticamente no manejo do AM, em especial, nas formas de pega correta e posicionamentos, auxiliar frente as dificuldades iniciais com o AM e estar sempre encorajando a nutriz (MARQUES et al., 2010). Infelizmente, para essa população, o modelo biologicista do cuidado preponderou, gerando muitas dificuldades no estabelecimento do AM, que, em alguns casos, aconteceu ainda no período de internação após o parto.

A busca pelo Banco de Leite Humano não foi a ação primordial das nutrizes, algumas só o buscaram quando não conseguiam solucionar em casa as dificuldades com o AM, ou quando eram referenciadas pela Unidade de Saúde a buscar este serviço, como relata a participante 16:

> *[...] eu fui lá no banco de leite, nossa, foi maravilhoso, sabe?! O nenê mamou, me ensinou, mas assim, uma vez? [...] você não pode fazer um acompanhamento lá. [...] ele pegou super bem na primeira vez [...] Tá, mas chegou em casa. e aí? Aí mudou todo o contexto, né.[...]* (Participante 16)

Por isso, conforme destacam Monteschio, Gaiva e Moreira (2015), há a necessidade de efetivar uma rede de suporte intersetorial, ou seja, programar ações e cuidados para além dos profissionais de saúde, isto é, englobar a ação de outros atores sociais e que estarão próximos da nutriz, uma vez que solucionar um problema ou uma dificuldade ou até uma necessidade em AM requer tempo, paciência e suporte contínuo, o que nem sempre poderá ser solucionado por um único órgão de saúde (MARTINEZ-BROCKMAN et al., 2017).

Por isso, a rede institucional deve integrar, em seus preceitos de cuidados, a rede interpessoal da nutriz, com destaque para os membros da rede que têm maior influência sobre ela, e também maior disponibilidade, pois, dessa forma, a prática do cuidado pode ser realizada com auxílio de alguém próximo, que tenha aprendido, conjuntamente com a nutriz, as formas de cuidados e de ação para efetivação do AM.

Dessa forma, não adianta apenas a mulher querer amamentar e ter conhecimento sobre os benefícios da amamentação para que essa aconteça: uma vez que a amamentação é uma prática aprendida, é importante a disponibilidade diária de profissionais de saúde, treinando as nutrizes quanto ao manejo do AM para que esse se estabeleça e se fortaleça diariamente (FUJIMORI et al., 2010).

Além de não contar com uma união de saberes compartilhados entre rede institucional e interpessoal, as participantes alegaram a falta de um discurso único entre profissionais que compõem a rede institucional de saúde. Tal fato também gerava um enfraquecimento do cuidado repassado, o que podia abrir precedente para busca de cuidado frente à rede de suporte interpessoal. Um exemplo deste fato pode ser verificado por meio de um trecho a seguir:

> *[...] Os médicos não ajudam tanto assim em questão de amamentação, eles querem que tira. Eles querem mamadeira... não quer peito. Já as enfermeiras auxiliam a você dar valor na amamentação..[...] Então fica dividido. Os médicos, que deveriam apoiar são contra, mas faz parte.[...]* (Participante 10)

Nesse sentido, a enfermagem apresenta uma ação mais ampla de cuidado, tentando envolver também as famílias frente à prática do AM, ou seja, tentam ao menos incorporar familiares ou acompanhantes nas atividades educativas ou de atenção à saúde, para que estes possam aprender e se informar conjuntamente das nutrizes, a fim de gerar apoio contínuo (SOUSA; FRACOLLI; ZOBOLI, 2013).

Almeida, Luz e Ued (2015) trazem, em seu estudo, essa diferença entre profissionais. Para eles, foi possível detectar que os enfermeiros se mostram muito mais positivos frente à prática do AM do que os médicos e até mesmo do que os docentes. Os pesquisadores encontram que as mulheres referem receber poucas informações sobre a prática do aleitar de seus médicos, além disso, foi possível verificar que os profissionais médicos tendem a ter menor conhecimento sobre o manejo clínico do aleitamento materno e pouca base científica para empreendê-lo e defendê-lo. Por isso, talvez, conforme relatado pelas participantes desse estudo, os médicos, na maior parte das vezes, mostram-se contra o AM se comparado aos enfermeiros.

A falta de um discurso de cuidado similar entre os profissionais pode ocorrer, pois as equipes de saúde ainda trabalham na perspectiva multidisciplinar, fora da realidade da transdisciplinaridade, na qual o sujeito é o foco de ação dos profissionais envolvidos, e vista de forma fragmentada, segundo cada especialidade. Por isso, como destaca Marques et al. (2010), há a necessidade de formação de vínculo entre profissional e cliente, a fim de que as ações em prol do AM sejam traçadas conjuntamente, para que essa pessoa seja vista como sujeito ativo do processo e possa ser cuidada respeitando suas regras biopsicossocioculturais.

Nessa vertente ainda, Santos e Agra (2016) destacam que a ação dos profissionais de saúde deve ser unificada e deve respeitar o sujeito em sua integralidade, pois, dessa forma, o profissional atua como um facilitador, e não como, na maior parte das vezes, uma autoridade, que não está aberta ao diálogo. Dessa forma, a decisão compartilhada e o foco na individualidade de cada binômio auxiliam no conhecimento do sujeito, assim como na proteção e na promoção da saúde focada nas necessidades particulares de cada binômio (SOUZA; MELLO; AYRES, 2013).

Assim, diante da análise das redes de suporte, conclui-se que a rede de suporte interpessoal, por meio de suas ações, tende a influenciar de alguma forma o aleitamento materno. As formas de apoio mais frequentes foram os aconselhamentos sobre a importância do leite materno, por meio de familiares, amigos ou vizinhos, e a ação prática, por meio de divisão de afazeres ou cuidado com o bebê, o que colaborou para o estabelecimento da amamentação.

A participação da rede de suporte frente à temática lactação não foi vista por algumas mulheres, enquanto, para outras, as formas de ação acabavam se tornando intromissões ou até mesmo “palpites” excessivos, que, em alguns momentos, influenciaram negativamente o AME, uma vez que, na maior parte das vezes, essas ações se resumiram a entradas precoces

de alimentos na alimentação dos bebês e, em algumas vezes, contribuíram para o desmame precoce. O contexto familiar turbulento ou com brigas acabou por desmotivar a lactação.

No que diz respeito à rede institucional, é nítido que ainda há a falta de um cuidado interdisciplinar ou transdisciplinar nos trabalhos das equipes de saúde aqui relatadas. Percebe-se também, pelos relatos dessas mulheres, a falta de um cuidado contínuo e integralista, ou seja, que leve em consideração suas bases socioculturais. Esse fato pode ter colaborado para que as mulheres desse estudo acabassem seguindo muito dos preceitos da rede interpessoal, em contrapartida à rede institucional. Por isso, conforme conclui Marques e Pereira (2010), o profissional deve ser treinado para reconhecer a peculiaridade de cada mulher, assim como suas necessidades biológicas, sociais e culturais, a fim de abordar a amamentação de forma individualizada e holística.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no significado que essas mulheres em situação de VPI atribuíram à sua experiência de amamentar e à rede de suporte social, pudemos entender que o pressuposto fez-se correto, uma vez que o AM, por ser parte integrante do ciclo gravídico-puerperal, sofreu repercussão da VPI, tanto na duração, como no tipo do AM, assim como a VPI também colaborou para o desmame precoce e para a introdução precoce de alimentos.

Neste estudo, os modelos teóricos adotados favoreceram a compreensão da perpetuação da VPI e das repercussões desta na saúde da mulher, e até mesmo na saúde materno-infantil, além de possibilitar avaliar e discutir as dimensões da estruturação, da funcionalidade e do significado das redes sociais para essa população, tanto no que diz respeito ao AM como à VPI.

Um resultado que emergiu dos dados, embora não fosse um dos objetivos deste estudo, mas que merece destaque, foi a contextualização da VPI sofrida por essas participantes, que deu origem à categoria: "**Percepção da violência por parceiro íntimo no contexto de vida da mulher"**. Por meio dessa, pudemos identificar que o ciclo da violência fez-se presente para essas participantes, em especial, para aquelas que viviam a naturalização da violência e mantinham expectativa de mudança no comportamento do parceiro. Dentre as causas alegadas para a VPI, a maior parte esteve relacionada à vulnerabilidade financeira da mulher em relação ao companheiro, assim como às situações de ciúmes, de cobrança por mudança e também devido aos revides nos momentos de briga. Algumas mulheres se culpabilizavam pela violência sofrida.

No que diz respeito ao tipo de violência, observamos, nessa população, a violência psicológica, patrimonial, física e sexual, que tenderam a variar de acordo com o ciclo gravídico-puerperal. Na gestação, observou-se uma diminuição na agressão física, entretanto, no puerpério, em especial quando a criança já não era mais tão dependente da mãe, a violência física tendeu a aumentar novamente.

Ainda vale ressaltar que, para essas participantes, os sintomas depressivos e a não aceitação da VPI foram as principais repercussões que elas sentiam; e, dentre as formas de enfrentamento que essas justificaram existir, as mais importantes foram romper as disparidades, ou seja, conseguir trabalhar, romper a violência, por não querer o filho atrelado a ela, ou conseguir apoio judicial.

Nesta vertente e com base na categoria "**A violência por parceiro íntimo e as repercussões no aleitamento materno e na criança",** pudemos entender, por meio das

vivências dessas participantes, que a VPI gerou repercussões negativas para o AM, uma vez que, para a maior parte das participantes, a situação de violência interferiu no tempo da mamada, ou seja, as brigas, em especial no momento da amamentação, faziam com que o bebê interrompesse a mamada ou que elas deixassem de aleitar para revidar ao parceiro.

Ainda nesse contexto, o estresse e os sinais de depressão, oriundos da experiência com a VPI, foram os fatores que geraram interferência no modo como o AM foi praticado, ou seja, no tipo e no tempo que esse se propagou. Além disso, para as participantes que relataram mais sinais de transtornos psicológicos, pudemos verificar, em algum momento, uma menor afetividade com o filho, ou até mesmo, menor atenção para com esse, o que favoreceu o risco para o desmame, uma vez que, em períodos críticos da violência, elas acabavam ofertando LA porque não se sentiam aptas a oferecer o peito.

Observamos também que a maior parte das participantes teve o desejo de amamentar, entretanto, as dificuldades iniciais no manejo do AM, assim como a volta ao trabalho, foram situações que desmotivaram a prática do AM, em especial, o AME até o sexto mês de vida do bebê.

Outro aspecto que impactou também na prática do AM foi o comportamento do companheiro para além da VPI, uma vez que a maior parte deles concordava com a amamentação, no entanto, não apoiava a mulher e simplesmente dizia para que a mulher amamentasse o bebê a fim de diminuir o choro da criança, ou simplesmente para reforçar o padrão patriarcal de que a natureza da mulher seria servir ao bebê, uma vez que seria do âmago feminino esse cuidado.

Além disso, a baixa autoestima, advinda dos discursos pejorativos de seus parceiros em relação aos seus corpos durante a maternidade, também esteve associada à chance maior de desmame.

Diante do exposto, a VPI gerou repercussões negativas para o binômio mãe-bebê, em especial, para a criança, visto que conviver em um contexto violento fez com que esses bebês se apresentassem mais chorosos ao primeiro sinal de discussão entre os pais, alguns ainda tinham sono conturbado, enquanto outros preferiam ficar apegados à mãe, e não queriam ter contato com o pai. Pode-se identificar também que, para as crianças maiores de seis meses, em particular, para as que já conviviam com outras crianças em creches ou no ambiente familiar, foi comum observar a perpetuação de agressividade com os colegas de convívio.

Quanto à rede de suporte social, pode-se observar tanto ações positivas como negativas sobre a prática do AM dessa população. Foi comum observar a influência do contexto biopsicossociocultural na prática do AM. Em relação ao tipo de rede, foi mais

observada a ação da rede interpessoal no cuidado do período puerperal, e a rede de suporte institucional só foi buscada frente a uma necessidade que a rede interpessoal não sabia esclarecer.

Dentre as ações positivas da rede frente o AM, destacou-se a ajuda no manejo da amamentação e colaboração nos afazeres domésticos, a fim de a mulher poder viver a adaptação do puerpério de forma integral. Como ações negativas, pode-se destacar o afastamento da rede de suporte social, seja pela estigmatização da mulher por conta da situação de VPI ou por causa da impossibilidade de acesso até a mulher devido ao fato de o companheiro agressor afastá-la, uma vez que essa ausência da rede de suporte, em especial, da interpessoal, pode tornar a adaptação puerperal ainda mais complicada e desfavorecer o AM.

Por meio do referencial teórico de Bourdieu (2002, 2006), verificamos que essas participantes estavam envoltas em um sistema patriarcal, mesmo após anos de luta pela liberdade das mulheres, e acredita-se que uma dos fatores que dificultam esse rompimento de padrão ainda é tanto a socialização como a perpetuação intergeral de tal patriarcalismo velado. Isto porque, diante da maternidade, algumas participantes se anularam perante o companheiro em prol do cuidado do filho e da garantia de uma família para este.

Nesta perspectiva, foi comum observar que muitas, além de não terem uma expectativa de mudança de vida, acabavam se conformando com o destino de "ser mulher", uma vez que foram socializadas desse modo, o qual, muitas vezes, vem implicitamente demarcado no corpo sociocultural do indivíduo, restando-lhes cuidar do lar, dos filhos e dos companheiros assim.

Por isso, pode-se perceber que a mulher se culpava pela propagação da violência em algumas situações, uma vez que ela incorporava que a quebra do paradigma do patriarcado a tornava vulnerável à agressão, pois estava contrária a um contexto sociocultural dominante. Nesse sentido, observou-se que alguns companheiros cometiam a agressão no sentido de reeducar as mulheres, uma vez que era difícil entender que sua mulher estava contra o senso comum daquele contexto sociocultural.

Ainda é importante destacar, com base em Badinter (1985), que muitos companheiros acreditavam no mito do amor materno, ou seja, ao se pensar no AM, muitos dos companheiros acreditavam que era natural e uma obrigação da mulher ofertar o seio ao bebê toda vez que esse chorava. Com isso, e de acordo com o senso comum, foi muito observada a obrigação atribuída à mulher de ser uma mãe exemplar, uma vez que, para esse contexto, a maternidade é algo essencial da mulher. Por isso, era comum o cuidado durante o ciclo

gravídico-puerperal ser realizado entre mulheres mais experientes, e quase nunca por parte do companheiro.

Ainda com foco nos objetivos desse estudo e por meio da categoria "**A estrutura e a funcionalidade da rede de suporte social interpessoal e institucional",** pudemos compreender, por meio da construção do Diagrama de Escolta familiar, o mapeamento dessas redes e as influências tanto da rede interpessoal como institucional sobre a VPI e o AM.

Nessa categoria, foi vista para essas participantes uma predileção pelo apoio e pelas ações ofertadas pela rede interpessoal, que, por mais que não conseguisse barrar o ciclo da violência, estava presente nos momentos em que essas mulheres mais necessitavam de algum tipo de apoio. Frente a esse contexto, notou-se a baixa adesão à rede institucional, ou seja, as mulheres só a buscavam quando a situação era insustentável ou quando precisaram de algum cuidado físico, psicológico ou emocional.

Assim, conclui-se que a rede de suporte interpessoal, por meio de suas ações, tende a influenciar, de alguma forma, o aleitamento materno. As formas de apoio mais frequentes foram os aconselhamentos sobre a importância do leite materno, por meio de familiares, amigos ou vizinhos, e a ação prática, por meio de divisão de afazeres ou cuidado com o bebê, ações que colaboraram para o estabelecimento da amamentação.

Em relação à composição dessa rede, fizeram parte da rede social os indivíduos que, em algum momento do ciclo gravídico-puerperal, tenham se vinculado a essa participante, em particular, no momento de vulnerabilidade.

Percebeu-se que a rede interpessoal frente ao AM teve ações mais prejudiciais para a perpetuação do AME, uma vez que os "palpites" excessivos contribuíram para diminuir a confiança da mulher no LM e colaboraram para a inserção precoce de alimentos na alimentação dos bebês, fato que, algumas vezes, favoreceu o desmame precoce.

Nesta vertente, mas com o foco na rede institucional, observamos a falta de um cuidado interdisciplinar ou transdisciplinar em todo o ciclo gravídico-puerperal, mais especificamente após a alta hospitalar. A falta de um cuidado contínuo e integral contribuiu para que os preceitos da rede interpessoal fossem favorecidos quando comparados aos repassados pela rede institucional. Isso também ocorreu devido à verticalização do atendimento, à falta de espaço para diálogo com os profissionais e ao curto tempo de duração das consultas.

Ainda ressaltamos a maior referência aos médicos do que enfermeiros, o que denota uma falta de ações em equipe e a permanência de uma assistência centrada no profissional médico, além da perpetuação de um modelo de saúde medicalizado.

Frente à VPI, pudemos observar que a rede interpessoal, na maior parte das vezes, foi a primeira a ser procurada ou a ter conhecimento da VPI. Essa só não foi acionada em ocasiões em que as participantes tiveram receio de serem estigmatizadas pelos amigos e familiares ou se o companheiro agressor ameaçasse esses membros. A maior parte da rede interpessoal, ao tomar conhecimento da violência, buscava ações para proteção da mulher ou tentava convencê-la de um afastamento do agressor por meio da separação. Entretanto, um ponto desmotivador para as mulheres em relação à rede interpessoal era que, quando os membros da rede colaboravam no afastamento da VPI, geralmente não concordavam com a volta do casal, e, quando esta ocorria, poderiam acabar taxando a mulher de submissa e sem perspectiva de mudança.

Vale ressaltar ainda que alguns membros da rede interpessoal, em especial, os familiares, em alguns momentos, modificaram seus cotidianos para poderem estar próximos da mulher em situação de VPI, tentando, assim, ser um obstáculo para a propagação da violência.

Em caso de ausência da rede interpessoal, as participantes optavam por buscar a rede de suporte institucional, entretanto, essa rede mostrou-se fragmentada nos setores como saúde, assistência social, serviço judiciário e segurança pública. Dessa forma, a mulher acabava peregrinando entre os serviços, conforme suas necessidades e os respectivos encaminhamentos, fato que desmotivou muitas participantes a seguirem com uma denúncia, uma vez que a fragilidade deste processo lhes causava medo de sofrer mais agressão, caso o companheiro viesse a descobrir.

Visualizamos também que o setor da saúde era buscado quando a agressão lhes deixava marcas ou dor, ou quando os reflexos dessa violência impactavam na sua saúde física e emocional, caso contrário, muitas não buscavam esse serviço. O serviço de assistência social foi muito pouco procurado. Ele apenas se fez presente quando ofertado para a mulher, caso contrário, ele raramente foi citado por essa população. Os setores de segurança pública e judiciário foram acionados como forma de garantir a medida protetiva para afastamento do agressor, no entanto, mesmo com a liminar da medida protetiva em mãos, muitas mulheres relataram não sentirem-se seguras, uma vez que não eram prioridade quando pediam segurança policial, o que, de certa forma, denotou a vulnerabilidade e a insegurança em que essa mulher sobrevivia.

Em relação ao referencial teórico de Sluzki (1997), pudemos entender os vínculos, a relação, a estrutura, a funcionalidade e o significado da rede de suporte social para o

indivíduo, uma vez que o próprio autor destaca que o sujeito é construído, em especial, socioculturalmente, com bases nessas relações que estabelece com a rede.

Ainda nesta vertente, pudemos conhecer as fragilidades e as potencialidades da rede de suporte social, o que pode contribuir para uma reestruturação tanto dos serviços de saúde frente ao acolhimento do AM como dos serviços de atenção à mulher em situação de violência.

Além disso, como aborda Sluzki (2002), a "rede social significativa" nem sempre se limitava à família consanguínea, o que também podemos observar por meio do estudo dessa população, uma vez que a rede de suporte interpessoal contou com amigos, conhecidos e vizinhos, pessoas que, em algumas situações, foram mais significativas e relevantes do que os próprios parentes consanguíneos. E, tanto quanto os familiares, os membros dessa rede foram proporcionalmente mais influentes quanto maior o contato e maior a vinculação com a participante.

Destaca-se, como instrumento para contextualizar e mapear a rede de suporte social, o Diagrama de Escolta Social. Este instrumento, como foi utilizado no caso deste estudo, gerou resultados positivos, pois favoreceu o mapeamento da rede, contribuindo para o conhecimento das suas possíveis fragilidades e dos seus potenciais. Dessa forma, considera-se importante salientar essa possibilidade do uso do Diagrama nos serviços de saúde, ou até mesmo, nos serviços de atenção à mulher em situação de violência, para mapear sua rede de suporte social interpessoal e até institucional. Assim, com tais achados, torna-se relevante destacar algumas ações, a fim de procurar melhorias, tanto na saúde, como nos demais setores sociais e populacionais.

Em relação à categoria "**Percepção da violência por parceiro íntimo no contexto de vida da mulher"**, destaca-se a necessidade de políticas públicas a fim de capacitar os profissionais envolvidos nos setores de atenção à mulher em situação de violência a detectarem mais precocemente a VPI, e, em seguida, facilitar o acesso aos serviços de atenção à mulher agredida. Além disso, julga-se importante haver palestras ou cursos junto à sociedade, a fim de que as pessoas conheçam os direitos e as formas de apoio às mulheres que permanecem em situação de violência, para que consigam denunciar o ocorrido ou orientar essas mulheres sobre como romper a violência sofrida.

Frente à categoria "**A violência por parceiro íntimo e as repercussões no aleitamento materno e na criança",** percebe-se a necessidade de capacitação e sensibilização dos profissionais, em especial, os da área da saúde, tanto da atenção básica, como de serviços de maternidade e bancos de leite, a fim de que consigam triar as mulheres

que estão em situação de violência e ofertar-lhes ações de cuidados. Para isso, é importante destacar a vinculação com essa mulher, dessa forma, a fim de favorecer essa ação, pode-se propor aos profissionais uma atenção integral; e uma ação que colaboraria para maior vínculo entre cliente e profissional seria o seguimento desta mulher pelo mesmo profissional até que sua demanda fosse sanada.

Além disso, destaca-se como importante que os serviços tenham protocolos a serem seguidos pelos profissionais, independente de suas formações, o que, de certo modo, oferece ao cliente uma segurança e uma maior confiança nas ações perpassadas por estes, em especial, quando o foco é o AM, uma vez que, a depender da demanda do serviço e das equipes que compõem os plantões, perceberam-se diferentes ações, o que deixava as mulheres confusas e menos confiantes.

Perante a categoria "**A estrutura e o contexto da rede de suporte social interpessoal e institucional frente à amamentação e a violência por parceiro íntimo",** demonstra-se a necessidade de que a sociedade, em especial, as comunidades tenham conhecimentos acerca das redes de apoio institucional para que possam auxiliar as mulheres em situação de violência frente às demandas, o que colaboraria para que essa traçasse a rota a ser seguida, a fim de sair da situação de violência.

Focalizando a rede institucional, reitera-se a necessidade de uma rede de setores interligados, na qual o foco seja a transversalidade do cuidado da mulher em situação de VPI, pois, dessa forma, a peregrinação entre os serviços seria menor, fato que denotaria maior confiança e, consequentemente, persistência, para que as mulheres continuassem no processo de se libertar da violência sofrida. Para isso, também se sente a necessidade de que haja profissionais mais acolhedores e que trabalhem baseados nas leis e nas políticas públicas, e não em relação ao ceticismo e ao fatalismo próprio, que acabam estigmatizando a mulher, diminuindo sua estima e seu desejo de romper o ciclo da violência, fazendo com que ela desista de dar seguimento à queixa ou à denuncia seguida de processo.

Finalizando, destacamos a necessidade da realização de novos estudos com abordagem na prática do AM e a influência da VPI ou demais tipos de violência, uma vez que a produção científica nesta área ainda é relativamente escassa.

Destaca-se, como limitação deste estudo, que não podemos generalizar os dados para populações de diferentes regiões e locais, nesse sentido, enfocamos a necessidade de outros estudos qualitativos nesta temática, em outros contextos e outras regiões, a fim de que possamos conhecer como as diferentes populações lidam com tais fatos.

Além disso, julga-se interessante, como proposta de um estudo futuro, uma vez que se conhece o impacto da VPI na prática do AM, o acompanhamento contínuo da participante junto a uma equipe interdisciplinar, que lhe oferecesse auxílio tanto no âmbito da violência como nos cuidados com o AM, para verificar se esse apoio integral e frequente contribuiria para a redução dos efeitos da violência sob o AM. Ainda nesta vertente, cabe salientar a importância da enfermagem na condução integral do cuidado, fato este que demonstra um preparo tanto para um trabalho transdisciplinar, com foco na mulher em situação de violência, como para o auxílio da manutenção do AM.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS[2]

ABECHE, A. M. et al. Aspectos socio-econômicos do parceiro da adolescente gestante. **Revista HCPA**, Porto Alegre, v. 27, n. 1, p. 5-9, 2007.

ACOSTA, D. F. et al. Violência contra a mulher por parceiro íntimo: (in)visibilidade do problema. **Texto & Contexto - Enfermagem,** Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 21-7, jan./mar., 2013.

ALBUQUERQUE NETTO, L. A. et al. Mulheres em situação de violência pelo parceiro íntimo: tomada de decisão por apoio institucional especializado. **Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre,** v. 36, n. esp., p. 135-42, 2015.

ALBUQUERQUE NETTO, L. et al. Isolamento de mulheres em situação de violência pelo parceiro íntimo: uma condição em redes sociais. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, 2017.

ALI, N. S.; **ALI, B. S.; AZAM,** I. S. Post partum anxiety and depression in peri-urban communities of Karachi, Pakistan: a quasi-experimental study. **BMC Public Health**, London, v. 9, n. 384, p.1-10, Oct. 2009.

ALMEIDA, J. M.; LUZ, S. A. B.; UED, F. V. Apoio ao aleitamento materno pelos profissionais de saúde: revisão integrativa da literatura. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 355-62, set. 2015.

AMARAL, L. J. X. et al. Fatores que influenciam na interrupção do aleitamento exclusivo em nutrizes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 36, n. spe, p. 127-34, 2015.

ANDERSON, S. A.; CHINN, H.I.; FISHER, K. D. History and current status of infant formulas. **American Society for Clinical Nutrition**, Bethesda, v. 35, n. 2, p. 381-97, Feb. 1982.

ANTONUCCI, T. C.; AKIYAMA, H. Social networks in adult life and a preliminary examination of the convoy model. **Journal of Gerontology**, St. Louis, v. 42, n. 5, p. 519-527, 1987.

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

[2] De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR6023

ARAÚJO, N. M. **É a vida de sempre:** corpo e sexualidade no processo do nascimento. 2009. 185 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

ASSEMBLEIA GERAL DA ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. **Convenção Interamericana para Previnir, Punir e Erradicar a violência contra a mulher**, "Convenção de Belém do Pará", 1994.

AVERBUCH, T.; SPATZ, D. Breastfeeding mothers and violence: what nurses need to know. **MNC American Journal of Maternal and Child Nursing**, New York, v. 34, n. 5, p. 284-9, Sep./Oct. 2009.

BACKSTROM, C. et al. 'It makes you feel like you are not alone': Expectant first-time mothers' experiences of social support within the social network, when preparing for childbirth and parenting. **Sexual & Reproductive Healthcare**, Amsterdam, v. 12, p. 51-7, Jun. 2017.

BAIR-MERRITT, M. H.; BLACKSTONE, M.; FEUDTNER, C. Physical health outcomes of childhood exposure to intimate partner violence: a systematic review. **Pediatrics**, Springfield, v. 117, n. 2, p. 278-90, Feb. 2006.

BANDEIRA, L. A violência doméstica: uma fratura social nas relações vivenciadas entre homens e mulheres. In: VENTURI, G.; GODINHO, T. (Orgs.). **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado:** uma década de mudanças na opinião pública. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; Edições SESC, 2013. p.63-78.

BAPTISTA, M. N.; BAPTISTA, A. S. D.; TORRES, E. C. R. Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. **Psic: revista de psicologia da Vetor Editora**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 39-48, jan./jun. 2006.

BARALDI, A. C. P. et al. Violência contra a mulher na rede de atenção básica: o que os enfermeiros sabem sobre o problema? **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 12, n. 3, p. 307-18, ago./set. 2012.

BARALDI, N. G. **Período pós-parto:** práticas de cuidado adotadas pela puérpera. 2012. 204f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

BARALDI, N. G., ANARUMA, S. M. "Dando voz às usuárias": formas de expressar a satisfação das mulheres que frequentam as atividades desenvolvidas na Semana Mundial do Aleitamento Materno, em uma Unidade Básica de Saúde do município de Rio Claro. In: SEMINÁRIO SOBRE LINGUAGENS, POLÍTICAS DE SUBJETIVAÇÃO E EDUCAÇÃO: CULTURA E FORMAÇÃO-IMAGENS E ENCONTROS. 7, 2011, Rio Claro. **Anais**. Rio Claro: Unesp, 2011. Disponível em: <http://www.rc.unesp.br/ib/educacao/geplinguagens/VII_Seminario/Trabalhos/textos_formatados/nayara_giraldi_baraldi.pdf> . Acesso em: 14 mar. 2014.

BARALDI, N. G.; PRAÇA, N. S. Práticas de cuidado do recém-nascido baseadas no contexto de vida da puérpera. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 12, n. 2, p. 282-9, abr./jun. 2013.

BARBIERI, M. C. et al. Aleitamento materno: orientações recebidas no pré-natal, parto e puerpério. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 36, n. 1 supl., p. 17-24, ago. 2015.

BARREIRA, S. M. C.; MACHADO, F. A. S. Amamentação: compreendendo a influência do familiar**. Acta Scientiarum Health Sciences**, Maringá, v. 26, n. 1, p. 11-20, 2004.

BARROS, C. R. S.; SCHRAIBER, L. B. Violência por parceiro íntimo no relato de mulheres e de homens usuários de unidades básica. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, n. 7, 2017.

BARROS, E. N. et al. Prevalência e fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres de uma comunidade em Recife/Pernambuco, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 591-8, fev. 2016.

BITTAR, D. B. **Violência simbólica entre adolescentes nas relações afetivas do namoro e a rede de apoio social**. 2015. 204f. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

BORSA, J. C.; NUNES, M. L. T. Aspectos psicossociais da parentalidade: o papel de homens e mulheres na família nuclear. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 29, n. 64, p. 31-9, jan./mar. 2011.

BORSOI, T. S.; BRANDAO, E. R.; CAVALCANTI, M. L. T. Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 165-174, mar. 2009.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina.** Tradução de Maria Helena Kuhner. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico.** Tradução de Fernando Tomaz. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.

BRASIL. **Lei nº10.778/03, de 24 de novembro de 2003:** estabelece a notificação compulsória, no território nacional, no caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde público ou privada. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 nov. 2003. Seção1, p. 11.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº2406, 5 de novembro de 2004:** institui o Serviço de Notificação Compulsória de violência contra a mulher e aprova instrumento e fluxo para notificação. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 nov. 2004. Seção1, p. 25.

BRASIL. **Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual - matriz pedagógica para formação de redes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006:** cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do paragrafo 8º do artigo 226 da constituição Federal, da convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres e da Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher; dispõe sobre a criação dos juizados de violência doméstica e familiar contra a mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e da outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 08 de agosto de 2006. Seção 1, p.1.

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

BRASIL. **Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRIENZA, A. M.; CLAPIS, M. J. Acesso ao pré-natal na rede básica de saúde no município de Ribeirão Preto: análise da assistência recebida por um grupo de mulheres. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 3, 2005.

BRITO, T. R. P.; COSTA, R. S.; PAVARINI, S. C. I. Idosos com alteração cognitiva em contexto de pobreza: estudando a rede de suporte social. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 906-13, ago. 2012.

BRITO; R. S.; OLIVEIRA, E. M. F. Aleitamento materno: mudanças ocorridas na vida conjugal do pai. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 27, n. 2, p. 193-202, jun. 2006.

BULLOCK, L. F.; LIBBUS, M. K.; SABLE, M. R. Battering and breast-feeding in a WIC population. **The Canadian journal of nursing research**, Montreal, v. 32, n. 4, p. 43-56, Mar. 2001.

CAMINHA, M. F. C. et al. Aspectos históricos, científicos, socioeconômicos e industriais do aleitamento materno. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 10, n. 1, p. 25-37, jan./mar. 2010.

CAMINHA, M. F. C. et al. Fatores de risco para a não amamentação: um estudo caso-controle. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 15, n. 2, p. 193-9, abr./jun. 2015.

CANAVAL G. E. E et al. La teoría de las transiciones y la salud de la mujer en el embarazo y en el posparto. **Aquichán**, Bogotá, v. 7, n. 1, p. 8-24, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972007000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 mar. 2014.

CARNEIRO, J. F. et al. Violência física pelo parceiro íntimo e uso inadequado do pré-natal entre mulheres do nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 243-55, abr./jun. 2016.

CASTOLDI; L.; GONÇALVES, T. R.; LOPES, R. C. S. Envolvimento paterno da gestação ao primeiro ano de vida do bebê. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 19, n. 2, p. 247-259, abr./jun. 2014.

CATALÁ-MINANA, A. et al. Contextual factors related to alcohol abuse among intimate partner violence offenders. **Substance use & misuse**, Monticello, NY, v. 52, n. 3, p. 294-302, Oct. 2016.

CERULLI, C. et al. Exploring the impact of intimate partner violence on breastfeeding initiation: does it matter? **Breastfeeding medicine**, New Rochelle, N.Y, v. 5, n. 5, p. 225-226, Oct. 2010.

COLLADO-PENA, S. P.; VILLANUEVA, E. L. A. Relationship between familial violence during pregnancy and risk of low weight in the newborn. **Ginecología y obstetricia de México**, México, v. 75, n. 5, p. 259-67, May 2007.

COREN. Violência de gênero. **Enfermagem Revista**, São Paulo, n. 4, p. 40-49, 2013.

COSTA, M. C. G. **Puerpério:** a ambivalência das estratégias para o cuidado. 2001. 156f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

COUTINHO, E. C. et al. Suporte social durante o ciclo gravídico-puerperal: Papel do pai ou pessoa significativa no parto. **CIAIQ2014**, [s.l.], v. 2, 2015.

CUNNINGHAM, F. G. et al. **Williams Obstetrícia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L. et al. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 299-310, abr. 2009.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Mulheres em situação de violência entre rotas críticas e redes intersetoriais de atenção. **Revista de Medicina**, São Paulo, v. 92, n. 2, p. 134-40, abr./jun. 2013.

DE CARVALHO MARTINS, A.; MORORÓ, G. M. Aprendizado intergeracional de violência por parceiro íntimo: desvendando a história de vida de mulheres que foram mães na adolescência. **Revista Saúde em Foco**, Teresina, v. 1, n. 1, p. 1-11, 2016.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: MNAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Orgs.). **Caminhos do pensamento:** epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 195-226.

DESSEN, M. A.; BRAZ, M. P. Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. **Psicologia: teoria e pesquisa**, Brasília, v. 16, n. 3, p. 221-31, set./dez. 2000.

DEVRIES, K. M. et al. Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries. **Reproductive Health Matters**, London, v. 18, n. 36, p. 158-70, Nov. 2010.

DIAS, M. C. A. P; FREIRE, L. M. S.; FRANCESCHINI, S. C. C. Recomendações para alimentação complementar para crianças menores de 2 anos. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 23, n. 3, p. 475-86, maio/jun. 2010.

DUBOVA, S. V. et al. Partner violence against pregnant women in Mexico City. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 582-90, ago. 2007.

DUTRA, M. L. et al. A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica. **Ciência & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1293-1304, maio 2013.

ELLSBERG, M. Violence against women and the Millennium Development Goals: Facilitating women's access to support. **International journal of gynaecology and obstetrics**, New York, v. 94, n. 3, p. 325-332, Sep. 2006.

ENKIN, M. et al. **Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

FALCETO, O. G.; GIUGLIANI, E.; FERNANDES, C. L. Couples´ relationships and breastfeeding: is there an association? **Journal of Human Lactation**, St. Louis, v. 20, n. 1, p. 46-55, 2004.

FALEIROS, F. T. V.; TREZZA, E. M. C; CARANDINA, L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 19, n. 5, p. 623-30, set./out., 2006.

FERRANTE, F. G.; SANTOS, M. A.; VIEIRA, E. M. Violência contra a mulher: percepção dos médicos das unidades básicas de saúde da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, n. 31, p. 287-299, out./dez. 2009.

FONSECA, R. M. G et al. Violência doméstica contra a mulher na visão do agente comunitário de saúde. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 6, p. 974-80, dez. 2009.

FROTA, M. A. et al. Perspectiva materna acerca da repercussão da violência doméstica infantil no desenvolvimento humano. **Revista de enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, Divinópolis, v. 6, n. 2, p. 2180-9, maio/ago. 2016a.

FROTA, M. A. et al. Interfaces of the discontinuation of breastfeeding. **Acta Scientiarum Health Sciences**, Maringá, v. 38, n. 1, p. 33-8, jan./jun. 2016b.

FUJIMORI, E. et al. Aspectos relacionados ao estabelecimento e a manutenção do aleitamento materno exclusivo na perspectiva de mulheres atendidas em uma unidade básica de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 14, n. 33, p. 315-27, abr./jun. 2010.

FURTADO, L. C. R.; ASSIS, T. R. Diferentes fatores que influenciam na decisão e na duração do aleitamento materno: uma revisão da literatura. **Movimenta**, Anápolis, v. 5, n. 4, p. 303-12, 2012.

GARCIA-MORENO, C. et al. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. **Lancet**, London, v. 368, n. 9543, p. 1260-9, Oct. 2006.

GASPAR, S. P. G. **Vítimas silenciosas:** crianças expostas à violência interparental. 2016. 91f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Psicologia e Sociologia, Universidade Autónoma de Lisboa, Lisboa, 2016.

GIUGLIANI, E. R. J; VICTORA, C. G. Alimentação complementar. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 76, supl. 3, p. 253-62, 2000.

GOMES, R. A mulher em situação de violência sob a ótica da saúde. In: MINAYO, M.C.S (Ed.). **Violência sob o olhar da saúde:** a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 199-222.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. S; DESLANDES, S. F., GOMES, R. **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2008. p.79-108.

GOMES, R. et al. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: MINAYO, M. C. S; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos:** abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p.185-222.

GONÇALVES, T. R. et al. Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1755-69, mar. 2011.

HASSELMANN, M. H.; REICHENHEIM, M. E. Parental violence and the occurrence of severe and acute malnutrition in childhood. **Paediatric and Perinatal Epidemiology**, London, v. 20, n. 4, p. 299-311, Jun. 2006.

HASSELMANN, M. H.; WERNECK, G. L.; DA SILVA, C. V. C. Symptoms of postpartum depression and early interruption of exclusive breastfeeding in the first two months of life. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 2, p. 341-52, 2008. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v24s2/19.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2014.

HEH, S. S. "Doing the month" and "Social Support". **Journal of Medicine**, London, v. 2, n. 2, p. 11-6, 2004. Disponível em: <http://www.mc.fju.edu.tw/userfiles/file/Med%20Journal/Vol.2%20No.2/%E8%BC%94%E5%A4%A72%E5%8D%B72%E6%9C%9F-02.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2014.

HEISE, L.; PITANGUY, J.; GERMAIN, A. **Violence against women: the hidden health burden**. Washington: World Bank, 1994.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença.** Porto Alegre: Artes Médicas, 2009.

HOTIMSKY, S. N.; AGUIAR, J. M.; VENTURI, G. A violência institucional no parto em maternidades brasileiras. In: VENTURI, G.; GODINHO, T. (Orgs.). **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado:** uma década de mudanças na opinião pública. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; Edições SESC, 2013. p. 217-230.

HUTH-BOCKS, A. C.**,** LEVENDOSKY, A. A., BOGAT, G. A. The effects of domestic violence during pregnancy on maternal and infant health. **Violence and victims**, New York, v. 17, n. 2, p. 169-185, Apr. 2002.

INSTITUTO Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). IBGE Cidades. **IBGE**, Brasília, 2010. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=354340>. Acesso em: 15 maio 2013.

IZAGUIRRE, A.; CALVETE, E. Intimate partner violence during pregnancy: women's narratives about their mothering experiences. **Psychosocial intervention**, Amsterdan, v. 23, n. 3, p. 209-15, Sep./Dec. 2014.

JAMES, J. P. et al. Does intimate partner violence impacto on women's initiation and duration of breastfeeding. **Breastfeeding review**, Nunawading, v. 22, n. 2, p. 11-9, Jul. 2014.

JARDINI, L. **A violência por parceiro íntimo e sua relação com a vivência da amamentação.** 2013. 121f. Tese (Mestrado em Ciências Médicas) - Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2013.

JUNGES, C.F. et al. Percepções de puérperas quanto aos fatores que influenciam o aleitamento materno. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 343-50, jun. 2010.

JUSSANI, N. C.; SERAFIM, D.; MARCON, S. S. Rede social durante a expansão da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 2, p. 184-9, mar./abr. 2007.

KALIL, I. R.; COSTA, M.C. "Nada mais natural que amamentar"- Discursos contemporâneos sobre aleitamento materno no Brasil. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 4, p. 1-13, dez. 2012.

KELLING, J. Exploring women's expirences of domestic violence: injury, impact and infantfeeding. **British Journal of Midwifery**, London, v. 20, n. 12, Dec. 2012.

KENDALL-TACKETT, K. A. Breastfeeding and the sexual abuse survivor. **Journal of human lactation**, Charlottesville, v. 14, n. 2, p. 125-30, Jun. 1998.

KENDALL-TACKETT, K. A. Violence against women and the perinatal period – the impact of lifetime violence and abuse on pregnancy, postpartum, and breastfeeding. **Trauma, Violence & Abuse**, Thousand Oaks, CA, v. 8, n. 3, p. 344-53, Jul. 2007.

KENDALL-TACKETT, K. A. Violence against women and the perinatal period: The impact of lifetime violence and abuse on pregnancy and postpartum. **Trauma Psychology**, v.3, n.1, p. 8-11, 2008.

KRUG, E. G. et al. **WHO:** report on violence and health. Genebra: World Health Organization, 2002.

LAU, Y.; CHAN, K. S. Influence of intimate partner violence during pregnancy and early postpartum depressive symptoms on breastfeeding among Chinese women in Hong Kong. **Journal of midwifery & women's health**, New York, v. 52, n. 2, Mar./Apr. 2007

LEANDRO, J. S.; CHRISTOFFEL, M. M. Cuidado familial de recém-nascidos no domicilio: um estudo de caso etnográfico. **Texto & Contexto - Enfermagem, Florianópolis,** v. 20, n. esp., p. 223-31, 2011.

LETTIERE, A. **Violência doméstica sob o olhar das mulheres atendidas em um instituto médico legal:** as possibilidades e os limites de enfrentamento da violência vivenciada. 2010. 119f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

LETTIERE, A; NAKANO, A. M. S. Rede de atenção à mulher em situação de violência: os desafios da transversalidade do cuidado. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 17, n. 4, out./dez. 2015.

LETTIERE, A; NAKANO, A. M. S.; BITTAR, D. B. Violência contra a mulher e suas implicações na saúde materno-infantil. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 524-9, 2012.

LETTIERE, A; NAKANO, A. M. S.; RODRIGUES, D. T. Violência contra a mulher: a visibilidade do problema para um grupo de profissionais de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 467-73, set. 2008.

LIMA, J. P.; CAZOLA, L. H. O.; PÍCOLI, R. P. A participação do pai no processo de amamentação. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 22, n. 1, 2017.

LIU, N. et al. The effect of health and nutrition education intervention on women's postpartum beliefs and practices: a randomized controlled trial. **BMC Public Health**, London, v. 9, n. 45, Feb. 2009. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2640472/pdf/1471-2458-9-45.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2014.

LOEFFEN, J. W. et al. Mentor mother support for mothers experiencing intimate partner violence in family practice: a qualitative study of three different perspectives on the facilitators and barriers of implementation. **The European Journal of General Practice**, London, v. 23, n. 1, p. 27-34, Dec. 2017.

LORDELO, L. R. A psicologia do desenvolvimento humano no século XXI: pressupostos teóricos e o desafio da interdisciplinaridade. In: MOREIRA, L. V. C. M. (Coord.). **Psicologia, família e direito.** Curitiba: Juruá, 2013.

LOURENÇO, M. A.; DESLANDES S. F. Experiência do cuidado materno e amamentação sob a ótica de mulheres vítimas de violência conjugal**. Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 615-621, ago. 2008.

MANENTE, M. V.; RODRIGUES, O. M. P. R. Maternidade e trabalho: associação entre depressão pós-parto, apoio social e satisfação conjugal. **Pensando familias**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 99-111, jul. 2016.

MARCACINE, K. O. **A vivência do período pós-parto e a sua relação com a violência doméstica e por parceiro íntimo.** 2012. 137f. Dissertação (Mestrado) - Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2012.

MARCOVIZ, G. V.; RAIMONDO, M. L.; LABRONICI, L. M. O percurso de resiliência de mulheres em situação de violência conjugal. **Revista de Enfermagem da UFPI**, Teresina, v. 3, n. 2, abr./jun. 2014.

MARQUES, D. M.; PEREIRA, A. L. Amamentar: sempre benefícios, nem sempre prazer. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 9, n. 2, p. 214-19, abr./jun., 2010.

MARQUES, E. S. et al. A influencia da rede social da nutriz no aleitamento materno: o papel estratégico dos familiares e dos profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1391-1400, jun. 2010.

MARQUES, E. S.; COTTA, R. M. M.; PRIORE, S. E. Mitos e crenças sobre o aleitamento materno. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2461-2468, maio 2011.

MARTINEZ-BROCKMAN, J. L. et al. An assessment of social cognitive predictors of exclusive breastfeeding behavior using the health action process approch. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 182, p. 106-16, Apr. 2017.

MARTINS, E. J.; GIUGLIANI, E. R. J. Quem são as mulheres que amamentam por dois anos ou mais? **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 88, n. 1, p. 67-73, fev. 2012.

MATER. Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto. **MATER**, Ribeirão Preto, [ca. 2010]. Disponível em: <http://www.hcrp.fmrp.usp.br/sitehc/upload%5CCentro%20de%20Refer%C3%AAncia%20a%20Sa%C3%BAde%20da%20Mulher_Mater.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2014.

MCLEISH, J.; REDSHAW, M. Mothers' accounts of the impact on emotional wellbeing of organised peer support in pregnancy and early parenthood: a qualitative study. **BMC pregnancy and childbirth**, London, v. 17, n. 28, p. 1-14, Jan. 2017.

MEDINA, I. A.; MAYCA, J. Creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas Awajun y Wampis. **Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica**, Lima, v. 23, n. 1, p. 22-32, ene./mar. 2006.

MENDES, T. D. P. L. et al. Compreendendo o aleitamento materno no contexto familiar: utilização de genograma e ecomapa. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 38-52, 2017.

MENEGUEL, S. N. et al. Impacto de grupos de mulheres em situação de vulnerabilidade de gênero. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 955-63, jul./ago. 2003.

MENEGHEL, S. N. et al. Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 743-52, abr. 2011.

MERIGHI, M. A. B; GONÇALVES, R.; RODRIGUES, I. G. Vivenciando o período puerperal: uma abordagem compreensiva da Fenomenologia Social. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 6, p. 775-9, nov./dez. 2006.

MERINO M. F. G. L. et al. As dificuldades da maternidade e o apoio familiar sob o olhar da mãe adolescente. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 12, n. 4, p. 670-8, out./dez. 2013.

MINAYO, M. C. S. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, supl. 1, p. 7-18, 1994.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. Violence and health care as an interdisciplinary field and an arena for collective action. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 513-31, nov. 1997.

MINAYO, M. C. S.O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S.; GOMES, R.; DESLANDES; S. F. (Orgs.). **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2008.

MONTE, G. C. S. B.; LEAL, L. P.; PONTES, C. M. Rede social de apoio à mulher na amamentação. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 18, n. 1, p. 148-55, jan./mar. 2013.

MONTEIRO, J. C. S. et al. Leite produzido e saciedade da criança na percepção da nutriz durante o aleitamento materno exclusivo. **Texto & Contexto - Enfermagem, Florianópolis,** v. 20, n. 2, p. 359-67, abr./jun. 2011.

MONTEIRO, J. C. S.; NAKANO, A. M. S.; GOMES, F. A. O aleitamento materno enquanto uma prática construída: reflexões acerca da evolução histórica da amamentação e desmame precoce no Brasil. **Investigación y educación en enfermería**, Medellin, v. 29, n. 2, p. 315-21, jul. 2011.

MONTESCHIO, C. A. C; GAIVA, M. A. M.; MOREIRA, M. D. S. O enfermeiro frente ao desmame precoce na consulta de enfermagem à criança. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 5, p. 869-75, set./out. 2015.

MORAES, C. L. et al. Severe physical violence between intimate partners during pregnancy: risk factor for early cessation of exclusive breast-feeding. **Public health nutrition**, Wallingford, v. 14, n. 12, p. 2148-55, Dec. 2011.

MORAES, C. L.; ARANA, F. D. M; REICHENHIM, M. E. Violência física entre parceiros íntimos na gestação como fator de risco para a má qualidade do pré-natal. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 4, p. 667-76, ago. 2010.

MORAES, C. L.; REICHENHEIM, M. E. Domestic violence during pregnancy in Rio de Janeiro, Brasil. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, Limerick, v. 79, n. 3, p. 269-277, Dec. 2002.

MOREIRA, M. C.; SARRIERA, J. C. Satisfação e composição da rede de apoio social a gestantes adolescentes. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 13, n. 4, p. 781-789, dez. 2008.

MORGADO, C. M. C.; WERNECK, G. L.; HASSELMANN, M. H. Rede e apoio social e práticas alimentares de crianças no quarto mês de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 367-76, fev. 2013.

MULLER, F. S.; SILVA, I. A. Representações sociais de um grupo de mulheres/nutrizes sobre o apoio à amamentação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 5, p. 651-657, set./out. 2009.

NARVAZ, M. G; KOLLER, S. L. Famílias e Patriarcado: da prescrição normativa à subversão criativa. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 49-55, abr. 2006.

NEME, B. **Obstetrícia básica**. São Paulo: Sarvier, 2000.

OLIVEIRA, A. S. D. **Violência entre parceiros íntimos na gestação:** um fator de risco para o desmame precoce? 2008. 217f. Tese (Doutorado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

OLIVEIRA, L. C. Q. et al. Violência por parceiro íntimo na gestação: identificação de mulheres vítimas de seus parceiros. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 36, n. esp., p. 233-8, 2015.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Declaração sobre a eliminação da violência contra as mulheres:** resolução n° 48/104, 20 de dezembro de 1993 [sob proposta da Terceira Comissão (A/48/629)], 85ª sessão plenária. Nova York: ONU, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial sobre violência e saúde.** Genebra: OMS, 2002.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **In-depth study on all forms of violence against women**. New York: ONU, 2006. Disponível em: <http://daccess-ods.un.org/TMP/8874883.html>. Acesso em: 20 jul. 2014.

PALLITTO, C. C.; O'CAMPO, P. The relationship between intimate partner violence and unintended pregnancy: analyses of a national sample from Colombia. **International family planning perspectives**, New York, v. 30, n. 4, p. 165-73, Dec. 2004.

PAULA-COUTO, M. C. P. et al. Adaptação e utilização de uma medida de avaliação da rede de apoio social-diagrama da escolta-para idosos brasileiros. **Universitas psychologica**, Bogotá, v.7, n.2, p.493-505, mayo/ago. 2008.

PIPERATA, B. A. Forty days and forty nights: a biocultural perspective on postpartum practices in the Amazon. **Social science & medicine**, Oxford, v. 67, n. 7, p. 1094-103, Oct. 2008. Disponível em: <http://anthropology.osu.edu/docs/faculty/Piperata_SSM_2008.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2014.

PRIMO, C. C. et al. Redes sociais que apoiam a mulher durante a amamentação. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 20, n. 2, p. 433-40, 2015.

PUCCIA, M. I .R.; MAMEDE, M. V. Revisão integrativa sobre a violência por parceiro íntimo na gestação. **Revista eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 14, n. 4, p. 944-56, 2012. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n4/v14n4a24.htm>. Acesso em: 20 jun. 2014.

QUILES MARCOS, Y.; TEROL CANTERO, M. C. Assessment of social support dimensions in patients with eating disorders. **The Spanish Journal of Psychology**, Madrid, v. 12, n. 1, p. 226-35, May 2009. (alterar citações no trabalho)

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

RAPPOPORT, A.; PICCININI, C. A. Apoio social e experiência na maternidade. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 85-96, abr. 2006.

REA, M. F. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 1, p. 37-45, 2003

RESENDE, M. C. et al. Rede de relações sociais e satisfação com a vida de adultos e idosos. **Psicologia para América Latina**, n. 5, fev. 2006.

RIBEIRO, J. P. et al. Participação do pai na gestação, parto e puerpério: refletindo as interfaces da assistência de enfermagem. **Espaço para Saúde - Revista de Saúde Pública do Paraná**, Londrina, v. 16, n. 3, p. 73-82, jul./set. 2015.

RIBEIRO, M. R. C. et al. Effects of socioeconomic status and social support on violence against Pregnant Women: a structural equation modeling analysis. **PLos ONE**, San Francisco, v. 12, n. 1, Jan. 2017.

RODRIGUES, D. T. **Análise da violência doméstica entre as mulheres atendidas em uma maternidade de baixo risco.** 2007.166f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

ROLLINGS, N. C. et al. Por que investir e o que será necessário para melhorar as práticas de amamentação? **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, p. 25-44, 2016.

SALDAN, P. C. et al. Práticas de aleitamento materno de crianças menores de dois anos de idade com base em indicadores da Organização Mundial da Saúde. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 28, n. 4, p. 409-420, jul./ago. 2015.

SANTI, L. N.; NAKANO, A. M. S.; LETTIERE, A. Percepção de mulheres em situação de violência sobre o suporte e apoio recebido em seu contexto social. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 417-24, jul./set. 2010.

SANTOS, A. C. W.; MORE, C. L. O. O. Repercussão da violência na mulher e suas formas de enfrentamento. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 49, p. 227-35, ago. 2011.

SANTOS, D. F. et al. Percepção de mulheres acerca da violência vivenciada. **Revista online de Pesquisa – Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 193-9, 2017.

SANTOS, E. M.; AGRA, G. F. A. "Só o leite materno!"–significados de nutrizes sobre o aleitamento materno exclusivo. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 37, n. 2, p. 93-106, jul./dez. 2016.

SANTOS, M. A.; VIEIRA, E. M. Recursos sociais para apoio às mulheres em situação de violência em Ribeirão Preto, SP, na perspectiva de informantes-chave. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 15, n. 36, p. 93-108, jan./mar. 2011.

SCHRAIBER, L. B. et al. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 470-77, ago. 2002.

SCHRAIBER, L. B. et al. Prevalence of intimate partner violence against women in regions of Brazil. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 797-807, Oct. 2007.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Violência contra as mulheres: interfaces com a saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 3, n. 5, p. 11-27, ago. 1999.

SCHRAIBER, L. B.; D´OLIVEIRA, A. F. P. L. **O que devem saber os profissionais de saúde para promover os direitos e a saúde das mulheres em situação de violência doméstica.** São Paulo: CREMESP; FUNDAÇÃO FORD, 2003. Disponível em: <http://mulheres.org.br/wp-content/uploads/2016/10/Cartilha-Sa%C3%BAde-das-Mulheres-Viol-Dom%C3%A9stica.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2015.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L; FALCÃO, M. T. C. et al. **Violência dói e não é direito:** a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos. São Paulo: Editora Unesp, 2005.

SCOTT, J. A. et al. Predictors of breastfeeding duration: evidence from a cohort study. **Pediatrics**, Springfield, v. 117, n. 4, p. 646-55, Apr. 2006.

SHAMU, S. et al. A systematic review of African studies on intimate partner violence against pregnant women: prevalence and risk factors. **PLos ONE**, San Francisco, v. 6, n. 3, p. 175-91, Mar. 2011.

SHEIHAM, A. Public health approaches to promoting periodontal health. **Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 2, p. 61-82, 2001.

SIGALLA, G. N.et al. Social support and intimate partner violence during pregnancy among women attending antenatal care in Moshi Municipality, Northern Tanzania. **BMC Public Health**, London, v. 17, n. 1, p.1-12, Mar. 2017.

SIGNORELLI, M. C.; TAFT, A.; PEREIRA, P. P. G. Intimate partner violence against women and healthcare in Australia: charting the scene. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 1037-48, abr. 2012.

SILVA, B. T.; SANTIAGO, L. B.; LAMONIER, J. A. Fathers support on breastfeeding: an integrative review. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 122-130, 2012.

SILVA, E. P. et al. Frequência e padrão da violência por parceiro íntimo antes, durante e depois da gravidez. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1044-53, dez. 2011.

SILVA, G. A. P.; COSTA, K. A. O; GIUGLIANI, E. R. J. Infant feeding: beyond the nutritional aspects. **Jornal de Pediatria,** Rio de Janeiro, v. 92, n. 3, supl. 1, p. 2-7, May/Jun. 2016.

SILVA, L. L.; COELHO, E. B. S; CAPONI, S. N. C. Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 11, n. 21, p. 93-103, jan./abr. 2007.

SILVA, R. A. et al. Enfrentamento da violência infligida pelo parceiro íntimo por mulheres em área urbana da região Nordeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1014-22, dez. 2012.

SILVA, T. C. et al. Práticas de atenção ao parto e nascimento: uma revisão integrativa. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, Minas Gerais, v. 7, 2017.

SILVERMAN, J. G. et al. Intimate partner violence victimization prior to and during pregnancy among women residing in 26 U.S. states: associations with maternal and neonatal health. A**merican Journal of Obstetrics and Gynecology,** St. Louis, v. 195, n. 1, p. 140-48, Jul. 2006.

SLUZKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica:** alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SNOW, D. E; SWAN, S. C. The development of a theory of women's use of violence in intimate relationships. **Violence Against Women**, Thousand Oaks, CA, v. 12, n. 11, p. 1026-45, Nov. 2006.

SOIFER, R. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1977.

SOUSA, A. M.; FRACOLLI, L. A.; ZOBOLI, E. L. C. P. Práticas familiares relacionadas à manutenção da amamentação: revisão da literatura e metassíntese. **Revista panamericana de salud pública**, Washington, v. 34, n. 2, p. 127-134, ago. 2013.

SOUZA, C. B.; SANTO, L. C. E.; GIUGLIANI, E. R. J. Políticas públicas de incentivo ao aleitamento materno: a experiência do Brasil (online). **Mamamiaamamentar**, [s. l.], [ca. 2010]. Disponível em: <https://mamamiaamamentar.files.wordpress.com/2010/12/texto-revista-francesa.pdf>. Acesso em: 15 maio 2017.

SOUZA, J. B. P. G.; MENDES, L. L.; BINOTI, M. L. Perfil do aleitamento materno e da alimentação complementar em crianças menores de dois anos atendidas em um centro de referência da cidade de Juiz de Fora-MG. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 19, n. 1, p. 67-75, 2016.

SOUZA, M. H. N.; SOUZA, I. E. O; TOCANTINS, F. R. A utilização do referencial metodológico de rede social na assistência de enfermagem a mulheres que amamentam. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 3, p. 354-60, maio/jun. 2009.

SOUZA, S. N. D. H. D.; MELLO, D. F. D.; AYRES, J. R. D. C. M. O aleitamento materno na perspectiva da vulnerabilidade programática e do cuidado. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1186-94, jun. 2013.

STEFANELLO, J.; NAKANO, A. M. S; GOMES, F. A. Crenças e tabus relacionados ao cuidado no pós-parto: o significado para um grupo de mulheres. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 275-81, 2008.

TURNBULL-PLAZA, B.; ESCALANTE-IZETA, E.; KLUNDER-KLUNDER, M. The role of social networks in exclusive breastfeeding. **Revista Medica Institute Mexico Seguro Sociedade**, [s. l.], v. 44, n. 2, p. 97-104, 2006.

UDE, W. Enfrentamento da violência sexual infanto-juvenil e construção de redes sociais: produção de indicadores e possibilidades de intervenção. In: CUNHA, E. P.; SILVA, E. M.; GIOVANETTI, M. A. C. **Enfrentamento à violência sexual infanto-juvenil:** expansão do PAIR em Minas Gerais. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2008. p.30-60.

VENÂNCIO, S. I. et al. Análise de implantação da Rede Amamenta Brasil: desafios e perspectivas da promoção do aleitamento materno na atenção básica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, p. 2261-74, nov. 2013.

VERNY, T. R.; WEINTRAUB, P. **O bebê do amanhã:** um novo paradigma para a criação dos filhos. São Paulo: Barany, 2014.

VICTORA, C. G. et al. Amamentação no século 21: epidemiologia, mecanismos, e efeitos ao longo da vida. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, 2016. No prelo.

VICTORIA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde:** uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VIEIRA, E. M., PERDONA, G. S. C.; SANTOS, M. A. Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 730-37, jun. 2011.

VIEIRA, E. M.; HASSE, M. Percepções dos profissionais de uma rede intersetorial sobre o atendimento a mulheres em situação de violência. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 21, n. 60, p. 51-62, out. 2016.

VIEIRA, G. O. et al. Trends in breastfeeding indicators in a city of northeastern Brazil. **Jornal de Pediatria,** Rio de Janeiro, v. 91, n. 3, p. 270-7, maio/jun. 2015.

VINAGRE, R. D.; DINIZ, E. M. A.; VAZ, F. A. C. Leite humano: um pouco de sua história. **Pediatria,** São Paulo, v. 23, n. 4, p. 340-5, 2001.

WALLACE, C. et al. Substance use, psychological distress and violence among pregnant and breastfeeding Australian women. **Australian and New Zealand journal of public health**, Canberra, v. 31, n. 1, p. 51-56, Feb. 2007.

WALLENBORN, J. T. et al. Knowledge of breastfeeding recommendations and breastfeeding duration: a survival analysis on infant feeding practices II. **Breastfeeding medicine**, New Rochelle, v.12, p.156-62, Apr. 2017.

WARREN, P. L. First-time mothers: Social support and confidence in infant care. **Journal of advanced nursing**, Oxford, v. 50, n. 5, p. 479-88, Jun. 2005.

WENZEL, D.; SOUZA, S. B. Fatores associados ao aleitamento materno nas diferentes Regiões do Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 14, n. 3, p. 241-249, set. 2014.

WHITAKER, D. **Mulher e homem:** o mito da desigualdade. São Paulo: Moderna, 1990.

WINNICOTT, D. W. **Os bebês e suas mães.** São Paulo: Martins Fontes, 2013.

WORLD HEALTHY ORGANIZATION (WHO). **WHO Multi-country study on women's health and domestic violence against women.** Geneva: World Health Organization, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Health Organization: Indicators for assessing infants and young child feeding practices.** Washington DC,: World Health Organization, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Intimate partner violence during pregnancy.** Geneva: World Health Organization, 2011.

ZAGONEL, I. P. S. et al. O cuidado humano diante da transição ao papel materno: vivências no puerpério. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 5, n. 2, p. 24-32, 2003.

ZUNIGA, H. P. P.; MONTEIRO, C. A. Uma nova hipótese para a ascensão da mortalidade infantil da Cidade de São Paulo nos anos 60. In: MONTEIRO, C. A. (Org.). **Velhos e novos males da Saúde no Brasil.** São Paulo: Hucitec; NUPENS; USP, 2000. p. 157-69.

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE A

QUESTIONÁRIO (Pré-Natal)

Iniciais da Entrevistada: _____ Nº Registro: _____ Data: ___/___/___
Telefone:
Endereço:

Características Sociodemográficas e Econômicas

1. Qual a data do seu nascimento? ___/___/___ 1 ___/___/___

2. Até que série/ano você estudou? (Em anos completos estudados)_____ 2___

3. Qual é sua ocupação? (Leia as opções em voz alta) 3___
( ) 1. do lar/ dona-de-casa
( ) 2. desempregada
( ) 3. estudante
( ) 4. trabalho com carteira assinada
( ) 5. trabalho sem carteira assinada

4. Para você qual a cor da sua pele? (Leia as opções em voz alta) 4___
( ) 1. Branca
( ) 2. Parda
( ) 3. Preta
( ) 4. Amarela
( ) 5. Vermelha

5. Qual a sua religião? (Leia as opções em voz alta) 5___
( ) 1. Católica
( ) 2. Evangélica
( ) 3. Espírita
( ) 4. Não tem
( ) 5. Outra: _____

6. Você fuma? 6___
( ) 1. Sim
( ) 2. Não (se não, vá para questão 8)

7. Quantos cigarros por dia? _____ 7___

8. Com que frequência você toma bebida alcoólica durante a gravidez? 8___
( ) 1. Todos ou quase todos os dias
( ) 2. Uma ou duas vezes por semana
( ) 3. Uma a três vezes por mês
( ) 4. Menos uma vez por mês
( ) 5. Nunca

9. Com que frequência você tomava bebida alcoólica antes de engravidar? 9___
( ) 1. Todos ou quase todos os dias

( ) 2. Uma ou duas vezes por semana
( ) 3. Uma a três vezes por mês
( ) 4. Menos uma vez por mês
( ) 5. Nunca

10. Você usa outras drogas? 10___
( ) 1. Sim
( ) 2. Não
Se S**IM,** ir para próxima pergunta e se **Não**, pular para a pergunta 12.

11. Com que frequência? 11___
( ) 1. Todos ou quase todos os dias
( ) 2. Uma ou duas vezes por semana
( ) 3. Uma a três vezes por mês
( ) 4. Menos uma vez por mês

12. E antes da gravidez, você usou drogas alguma vez? 12___
( ) 1. Sim
( ) 2. Não

13. Qual seu estado civil? (Leia as opções em voz alta) 13___
( ) 1. Solteira
( ) 2. Casada
( ) 3. Separada/divorciada
( ) 4. Viúva

14. Você está? (Leia as opções em voz alta) 14___
( ) 1. Vivendo com um companheiro
( ) 2. Tem um parceiro/ namorado, mas não vive junto

15. Há quanto tempo você está com o atual companheiro/namorado? (Independente de coabitação) 15___
_____ anos ou _____ meses (222 não sabe, 999 não se aplica)

16. Qual idade do seu companheiro? _____ anos (222 não sabe, 999 não se aplica) 16___

17. Até que série/ ano ele estudou? (Em anos completos estudados) _____ 17___
(222 não sabe, 999 não se aplica)

18. Qual a ocupação de seu companheiro? (Leia as opções em voz alta) 18___
( ) 1. do lar
( ) 2. desempregado
( ) 3. estudante
( ) 4. trabalho com carteira assinada
( ) 5. trabalho sem carteira assinada

19. Ele fuma? 19___
( ) 1. Sim
( ) 2. Não (se não, vá para questão 18)

20. Quantos cigarros por dia? _____ (222 não sabe, 999 não se aplica) 20___

21. Com que frequência seu companheiro/namorado toma bebida alcoólica? 21___
( ) 1. Todos ou quase todos os dias
( ) 2. Uma ou duas vezes por semana
( ) 3. Uma a três vezes por mês

( ) 4. Menos uma vez por mês
( ) 5. Nunca

22a. Seu marido/companheiro/namorado usa drogas atualmente? 22a___
( ) 1. Sim
( ) 2. Não
Se **SIM**, perguntar 22b:

22b. Com que frequência? 22b___
( ) 1. Todos ou quase todos os dias
( ) 2. Uma ou duas vezes por semana
( ) 3. Uma a três vezes por mês
( ) 4. Menos uma vez por mês

Observação: se a resposta foi NÃO prossiga, se SIM vá para a questão 24

23. Ele já usou drogas alguma vez na vida? 23___
( ) 1. Sim
( ) 2. Não

24. O local onde você mora é: 24___
( ) 1. Próprio
( ) 2. Alugado
( ) 3. Emprestado
( ) 4. Invadido

25. Qual a renda da sua família? _____ (222 não sabe) 25___

26. Quantas pessoas vivem com essa renda? _____ 26___

27. Quem é o chefe da família ou quem sustenta sua casa? 27___
( ) 1. Você
( ) 2. Seu companheiro
( ) 3. Ambos
( ) 4. Pai
( ) 5. Mãe
( ) 6. Outro: _____

Características Obstétricas

28. Quantas vezes você engravidou?_____ 28___

29. Essa gravidez foi planejada? ( )1. Sim ( )2. Não 29___

30. Quantos abortos você teve?_____ 30___

Características Relacionadas à Violência de Gênero

31. Sua convivência com seu companheiro/namorado, na maioria das vezes é: 31___
( ) 1. Boa
( ) 2. Ruim
( ) 3. Regular

32. Com a gravidez você me diria que essa convivência: 32___
( ) 1. Não mudou
( ) 2. Piorou
( ) 3. Melhorou

33. Você sente que seu marido/companheiro controla muito sua vida? 33___
1. ( ) SIM 2. ( ) NÂO

34. Eu quero que você me diga se seu atual companheiro alguma vez na vida, tratou você da seguinte forma:	A) (Se sim ,continue em B. Se não, vá para o próximo item)	B) Isto aconteceu durante esta gravidez? (Se sim, prossiga. Se não, vá para D a partir do item 2)	C) Durante a gravidez você diria que isso aconteceu?	D) Antes de engravidar você diria que isso aconteceu?
1) Insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma?	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Uma 2. Poucas 3. Muitas	1. Nenhuma 2. Uma 3. Poucas 4. Muitas
2) Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas?	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Uma 2. Poucas 3. Muitas	1. Nenhuma 2. Uma 3. Poucas 4. Muitas
3) Fez coisas para assustá-la ou intimidá-la de propósito?	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Uma 2. Poucas 3. Muitas	1. Nenhuma 2. Uma 3. Poucas 4. Muitas
4) Ameaçou machucá-la ou alguém ou algo de que (m) você gosta?	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Uma 2. Poucas 3. Muitas	1. Nenhuma 2. Uma 3. Poucas 4. Muitas

35. Alguma vez, o seu atual companheiro tratou você da seguinte forma:	A) (Se sim, continue em B. Se não, vá para o próximo item)	B) Isto durante esta gravidez? (Se sim, prossiga. Se não, vá para D a partir do item 2)	C) Durante a gravidez você diria que isto aconteceu?	D) Antes de engravidar você diria que isso aconteceu?
1) Deu-lhe um tapa ou jogou algo em você que poderia machucá-la?	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Uma 2. Poucas 3. Muitas	1. Nenhuma 2. Uma 3. Poucas 4. Muitas
2) Empurrou-a ou deu-lhe um tranco ou chacoalhão?	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Uma 2. Poucas 3. Muitas	1. Nenhuma 2. Uma 3. Poucas 4. Muitas

3) Machucou-a com um soco ou com algum objeto?	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Uma 2. Poucas 3. Muitas	1. Nenhuma 2. Uma 3. Poucas 4. Muitas
4) Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você?	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Uma 2. Poucas 3. Muitas	1. Nenhuma 2. Uma 3. Poucas 4. Muitas
5) Estrangulou ou queimou você de propósito?	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Uma 2. Poucas 3. Muitas	1. Nenhuma 2. Uma 3. Poucas 4. Muitas
6) Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você?	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Uma 2. Poucas 3. Muitas	1. Nenhuma 2. Uma 3. Poucas 4. Muitas

36. Alguma vez, o seu atual companheiro tratou você da seguinte forma:	A) (Se sim, continue em B. Se não, vá para o próximo item)	B) Isto aconteceu durante esta gravidez? (Se sim, prossiga. Se não, vá para D a partir do item 2)	C) Durante a gravidez você diria que isto aconteceu?	D) Antes de engravidar você diria que isso aconteceu?
1)Forçou-a fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria?	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Uma 2. Poucas 3. Muitas	1. Nenhuma 2. Uma 3. Poucas 4. Muitas
2) Você teve relação sexual porque estava com medo do que ele pudesse fazer?	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Uma 2. Poucas 3. Muitas	1. Nenhuma 2. Uma 3. Poucas 4. Muitas
3) Forçou-a a uma prática sexual degradante ou humilhante?	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Uma 2. Poucas 3. Muitas	1. Nenhuma 2. Uma 3. Poucas 4. Muitas

Se a entrevistada respondeu **SIM** a alguma das perguntas 33, 34 e 35, continue a entrevista na sequência; se a resposta foi **NÃO**, pule para pergunta 39.

37. Você diria que o comportamento do seu marido/companheiro/namorado afetou ou está afetando sua saúde física ou mental? 37___

( ) 1. Sim
( ) 2. Não

Se **SIM**, perguntar:

38___

38. Você diria que afetou sua saúde:
( ) 1. Pouco
( ) 2. Médio
( ) 3. Muito

39. Alguma outra pessoa, na sua vida, já insultou você, depreciou ou humilhou, ou fez com que você se sentisse mal? 39___
( ) 1. Sim
( ) 2. Não

40. Alguma outra pessoa já bateu, deu tapas, chutou ou machucou você fisicamente? 40___
( ) 1. Sim
( ) 2. Não

41. Alguma outra pessoa já forçou você a ter relação sexual contra a sua vontade? 41___
( ) 1. Sim
( ) 2. Não

42. Alguma vez, alguém a tocou sexualmente ou obrigou-a a uma atividade sexual, quando você não queria, antes de completar 15 anos? 42___
( ) 1. Sim
( ) 2. Não

43. Você considera que sofreu violência na vida? 43___
( ) 1. Sim
( ) 2. Não

44. Durante a entrevista, conversamos sobre alguns assuntos difíceis. Como você se sente após conversarmos sobre essas coisas? 44___
( ) 1. MELHOR
( ) 2. PIOR
( ) 3. INDIFERENTE (Nem melhor, nem pior)

APÊNDICE B

Formulário com questões norteadoras para a entrevista em profundidade

Identificação:_____

Data da entrevista: _____ **Número da entrevistada:**_____

Entrevista em profundidade

Questão disparadora: Como você já me contou nas outras etapas do estudo, você passou por situações de brigas e desentendimentos com seu parceiro. Gostaria que você me contasse em uma história resumida o que aconteciam/acontecessem nestas discussões e nestas brigas?

- Manifestação de violência presente ou não durante o processo da amamentação (tipo, fator precipitador da violência, o impacto na sua condição de amamentar e formas de enfrentamento).

- Pessoas representadas nos diferentes círculos que presenciaram a briga ou que tem conhecimento dessa situação de conflito. Atuação das pessoas referidas frente à situação.

- Em relação à amamentação, pessoas representadas nestes círculos ou que não estão representadas aqui, que tem participado do processo de amamentação e a percepção quanto a essa participação (ajuda ou desmotivação)

Questão disparadora: Se você não estivesse em uma situação de desentimento ou briga com seu parceiro, você acredita que sua experiência de amamentação seria diferente?

APÊNDICE C

DESCRIÇÃO DAS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participante n.1: Residente no bairro Alto do Ipiranga.

Integraram a rede de suporte social 10 sujeitos, sendo nove familiares e uma amiga.

Quanto ao histórico de violência, relatou que a convivência com o companheiro era regular e, com a gravidez, não se modificou. Sente que o parceiro controlava sua vida. Relatou que sofreu violência verbal do tipo insulto, intimidação e ameaça durante a gestação e fora dela. Sofreu algumas violências físicas do tipo empurrões fora da gestação e nega violência sexual. Relatou que o comportamento do companheiro lhe afetou um pouco. Frente à família, relatou violência verbal por meio da mãe, avó, tio materno e irmã. Mas acredita que não sofreu violência na vida.

Quanto ao histórico do período pós-parto, informou que amamentou exclusivamente por 15 dias. Referiu que teve sinais de mastite após discussão com a mãe e o padrasto, por conta disso, relata que o leite secou, então iniciou, por dois dias, leite artificial, então, como o bebê não se adaptou, seguiu o cuidado passado pela família e passou a dar leite de saquinho misturado com água e chá de erva doce para cólica. Relatou que recebeu apoio do companheiro para amamentar. Diz que a relação de ambos melhorou, pois estava mais carinhoso, e relata ainda que ele brigava para ela continuar amamentando. A partir dos 90 dias pós-parto, relatou piora do relacionamento por ciúmes, e ele não permitia acesso às redes sociais e a cobrava do serviço doméstico. Com 180 dias de pós-parto, ela reforçou que discutiam quase todos os dias e que, na última discussão, ela dormiu no chão para não ficar perto dele, mas tinha dó quando ele dizia que sairia de casa, pois, como ambos moravam na casa do fundo da mãe dela, ele não teria onde residir.

Participante n.2: Residente no bairro Ipiranga.

Integraram a rede de suporte social 10 sujeitos, sendo nove familiares e uma amiga.

Quanto ao histórico de violência, relatou que a convivência com o companheiro era boa e, com a gravidez, melhorou. Sente que o parceiro não controlava sua vida. Negou que tenha sofrido violência psicológica, física ou sexual e salientou que não sofreu violência na vida.

Quanto aos dados referentes ao período pós-parto, relatou que o AME permaneceu até 90 dias. Referiu que teve ingurgitamento e fissuras, mas curou com sol e pomada. No verão, entrou com água. Relatou que recebeu apoio do companheiro para amamentar, mesmo não morando juntos, mas, com quatro meses do bebê, o companheiro, às vezes, fazia uma chuquinha para oferecer para o bebê com LA. Com cinco meses, o bebê desmamou e seguiu com LA e introdução alimentar. Quanto à relação com o companheiro, disse que piorou no pós-parto, pois ele começou a apresentar ciúmes e deixou de dar atenção a ela. Houve um episódio de traição por parte dele quando ela estava com 28 dias de pós-parto, e ele a agrediu fisicamente por ter visto o caso. Quando morou na casa dele, a violência aumentou, tanto que fugiu por conta de ameaça de morte. Buscou inclusive pela Delegacia da Mulher e estava na espera da medida protetiva. Antes da entrevista gravada, ela contou que sofreu inclusive violência sexual por meio de estupro. Ela chegou a engravidar, mas abortou espontaneamente com 2 meses e tinha receio de que ele pensasse que ela quis provocar o aborto e pudesse machucá-la. Ela segue na luta para mantê-lo afastado dela, mas as ameaças e as perseguições ainda existem, mesmo com medida protetiva.

Participante n.3: Residente no bairro Quintino Facci 1.

Integraram a rede de suporte social oito sujeitos, sendo todos familiares.

Quanto ao histórico de violência, relata que a convivência com o companheiro era boa e, com a gravidez, melhorou. Sente que o parceiro controla sua vida. Negou que tenha sofrido violência psicológica, física ou sexual e salientou que não sofreu violência na vida.

Quanto aos dados referentes ao período do pós-parto, relatou que amamentou exclusivamente por 15 dias. Referiu que não teve dificuldades com a amamentação, mas manteve AMP por oferecer chá e água. Com 90 dias de pós-parto, apresentou sinais de mastite. Com quatro meses, entrou, por ordem médica, com suco de frutas e iogurte, e, com 5 meses, devido à volta ao trabalho, tentou leite de vaca, mas, como o bebê não se adaptou, entrou com LA. Com sete meses, ocorreu o desmame. Nos primeiros 30 dias de pós-parto, a relação apresentou melhora e o companheiro achava amamentar natural, porém, com 3 meses, ele começou a apresentar muito ciúmes e alegava não cuidar do bebê por esse ser menina, e não sentia-se bem com os cuidados. Por volta dos seis meses, a relação de ambos piorou e começaram as agressões físicas e o controle de saídas e do uso de roupas. Como a agressão era maior quando morou com ele, decidiu retornar para a casa dos pais quando estes descobriram as agressões, mas não se sentia bem em morar com os pais.

Participante n.4: Residente no bairro Jardim Paulista.

Integraram a rede de suporte social nove sujeitos, sendo seis familiares e três amigas.

Quanto ao histórico de violência, relatou que a convivência com o companheiro era boa e, com a gravidez, melhorou. Sente que o parceiro controlava sua vida. Negou que tenha sofrido violência psicológica, física ou sexual e salientou que não sofreu violência na vida.

Quanto aos dados referentes ao período pós-parto, relatou que amamentou exclusivamente por 120 dias. Referiu que teve sinais de ingurgitamento mamário com aproximadamente 90 dias de pós-parto. O companheiro preferia que ela ofertasse a mamadeira, e, como descobriu alergia à proteína do leite de vaca, ao invés da dieta materna, deu preferência para o leite de aminoácidos. Nos 30 primeiros dias de pós-parto, a relação de ambos havia melhorado, mas, com 90 dias do bebê, começaram a ocorrer as brigas por conta do uso da mamadeira. E, no retorno dos 180 dias, ela relatou que houve a separação dele por conta de traição e insultos, mas ela continuou residindo sozinha com o filho quando ele saiu de casa. Referiu ter bom relacionamento com a família do companheiro, entretanto, em alguns momentos, achou a mesma invasiva, em especial a cunhada que ofereceu LA sem sua autorização, logo após terem alta hospitalar.

Participante n.5: Residente no bairro Maria Casagrande.

Integraram a rede de suporte social seis sujeitos, sendo cinco familiares e a pesquisadora responsável pelo projeto.

Quanto ao histórico de violência, relatou que a convivência com o companheiro era boa e, com a gravidez, não se modificou. Sente que o parceiro não controlava sua vida. Negou que tenha sofrido violência psicológica, física ou sexual e salientou que não sofreu violência na vida.

Quanto aos dados do período pós-parto, relatou que o AME permaneceu até 60 dias. Depois manteve AMP com chá e água. Referiu que não teve nenhuma dificuldade inicial com AM. Com 90 dias pós-parto, ofereceu papa salgada industrializada, pois a médica havia liberado, mas foi um equívoco. E, após 180 dias de nascido, o bebê era alimentado com o peito, LA e alimentação da família. Com 90 dias pós-parto, ela estava residindo na casa da sogra e referiu que as agressões estavam frequentes, então disse que não tinha uma condição

ideal para amamentar por conta das discussões. Além disso, reclamou que tinha que cuidar da casa, uma vez que todos trabalhavam, então, apenas quando estava na casa do pai, conseguia descansar. Por volta dos 6 meses após o nascimento do bebê, o sogro alugou uma casa para que o filho e a nora morassem sozinhos, uma vez que não aguentavam mais as brigas. Ela referiu medo de ir morar sozinha com ele, pois acreditava que as brigas iriam piorar, mas, após um mês morando juntos, ela acredita que a relação melhorou, porque, de certa forma, era menos serviço para ela, e as cobranças por ajuda que ela fazia com ele acabaram diminuindo. Tinha boa relação com o pai e com os sogros, mas sentia falta do relacionamento com a mãe,, tanto que considerou a pesquisadora como parte da rede, pois o contato que tinha com essa era a relação que esperava ter com a mãe.

Participante n.6: Residente no bairro Florestan Fernandes.

Integraram a rede de suporte social nove sujeitos, sendo sete familiares e duas amigas.

Quanto ao histórico de violência, relatou que a convivência com o companheiro era boa e, com a gravidez, melhorou. Sente que o parceiro não controlava sua vida. Referiu que o companheiro cometia violência psicológica por meio de insultos e depreciação em público, mas negou que tenha sofrido violência física ou sexual. Contou também que esse comportamento do marido não afetou sua saúde física ou mental. E considerou que sofreu violência na vida.

Quanto aos dados do período pós-parto, relatou que amamentou exclusivamente por 30 dias. Referiu que não teve dificuldades com a amamentação, mas, após 30 dias de pós-parto, manteve AM por oferecer chá, água e LA, inicialmente dado por conta própria, e, em seguida, autorizado pelo médico. Até os três meses do bebê, referiu que a relação com o companheiro era boa, mas que tinham muitas discussões por conta de uma ex-namorada dele. Por volta dos seis meses pós-parto, separou-se do companheiro e residia sozinha em dois cômodos apenas. O motivo da separação foram as agressões e a suspeita de traição, porém, como perdeu o emprego e não tinha como se sustentar, acabou voltando com o companheiro e a residir na casa dos sogros quando o bebê tinha 11 meses. Ao voltar, recebeu ajuda dos cunhados por parte do companheiro e acredita que, por isso, a relação melhorou. Vale destacar que, para ela, o ciúme tinha conotação de amor e cuidado do companheiro para com ela. Ela tinha maior contato com os familiares dele e amigas porque a mãe a largou desde pequena, e esta foi cuidada pela avó, que havia falecido há alguns anos.

Participante n.7: Residente no bairro Jardim Paulista.

Integraram a rede de suporte social cinco sujeitos, sendo todos familiares.

Quanto ao histórico de violência, relata que a convivência com o companheiro era regular e, com a gravidez, piorou. Sente que o parceiro controlava sua vida. Referiu que o companheiro cometia violência psicológica por meio de insultos, depreciação em público e ameaças; referiu violência física, tais como tapa, empurrão e socos, mas negou que tenha sofrido violência sexual. Foi possível observar que, na gestação, os episódios violentos diminuíram, mas não deixaram de existir. Contou também que esse comportamento do marido afetou muito sua saúde física ou mental. E considerou que sofreu violência na vida.

Quanto aos dados do período pós-parto, refere que amamentou exclusivamente por 25 dias. Referiu que teve fissuras nos mamilos nos primeiros dias de pós-parto. Mesmo mantendo o AM, ofertou água e chá para o bebê por orientação da família, e, por volta do 2º mês, já começou ofertar leite de caixinha com farinha láctea, pois acreditava que sustentava mais o bebê, e, com 5 meses, iniciou as frutas e papas. Segundo ela, só foi ofertado água e chá por vontade própria, e o pediatra foi liberando os demais alimentos. Frente ao relacionamento,

logo após o nascimento, ambos estavam residindo em casas separadas. Ela morava com a mãe, mas ele fazia visitas constantes e apoiava o AM, pois dizia que o peito iria servir apenas à ele e ao filho, então, se houvesse frouxidão (queda), não tinha problema. Por volta dos três meses de pós-parto, ela foi residir com a tia em uma chácara, pois brigou com o irmão, e o companheiro não alugava uma casa, embora sempre prometesse, e as discussões se faziam presentes, não mais agressão, mas a mágoa era grande por conta das brigas. Após os 6 meses de pós-parto, acredita que a relação de ambos melhorou, porém, como ele é caminhoneiro e passa alguns dias fora de casa, então, como dito por ela, o relacionamento pode ter melhorado por isso.

Participante n.8: Residente no bairro Parque Industrial.

Integraram a rede de suporte social sete sujeitos, sendo seis familiares e um amiga.

Quanto ao histórico da violência, refere que a convivência com o companheiro era regular e, com a gravidez, melhorou. Sente que o parceiro não controlava sua vida. Referiu que o companheiro cometia violência psicológica por meio de insultos, mas negou que tenha sofrido violência física ou sexual. Foi possível observar que, na gestação, os episódios violentos aumentaram em comparação a antes. Contou também que esse comportamento do marido não afetou sua saúde física ou mental. E considerou que sofreu violência na vida.

Quanto aos dados do período pós-parto, relatou que o AME permaneceu até 29 dias, seguido de desmame, pois, como o bebê chorava muito, preferiu entrar com LA junto ao LM, mas sentiu a preferência dela pela mamadeira e acabou desistindo do LM. Por volta dos seis meses, o bebê já recebia comida da família, inclusive refrigerante. Com relação ao relacionamento, logo após o nascimento do bebê, ela referiu que houve melhora e que ele incentivava o AM, pois, além de ela emagrecer, era vacina para o bebê. Com 90 dias de pós-parto, a relação permanecia boa, porém começaram as primeiras discussões. Por volta dos seis meses do bebê, já morando apenas os 3, voltaram as agressões, ela tentou ficar separada dele, mas, além da criança pedir pelo pai, ela não tinha apoio da família e estava sem condições de se manter, então acabou voltando para casa e tentando conviver com o companheiro. Relatou que a mãe, além de ser distante dela, não a ajudava, pois não gostava do companheiro, dessa forma, a ajuda vinha mais da família dele.

Participante n.9: Residente no bairro Campos Elíseos.

Integraram a rede de suporte social sete sujeitos, sendo todos familiares.

Quanto ao histórico de violência, relatou que a convivência com o companheiro era regular e, com a gravidez, melhorou. Sente que o parceiro controlava sua vida. Referiu que o companheiro cometia violência psicológica por meio de insultos e ameaças e violência física por meio de empurrões, mas negou ter sofrido violência sexual. Foi possível observar que, na gestação, os episódios violentos aumentaram em comparação a antes. Contou também que esse comportamento do marido não afetou sua saúde física ou mental. E considerou que não sofreu violência na vida.

Quanto aos dados do período pós-parto, refere que amamentou exclusivamente por 37 dias. Referiu que apresentou sinais de mastite por volta dos três meses. Manteve AMP com inserção de chá e água e não teve dificuldades com a amamentação, mas manteve AMP por oferecer chá e água até 120 dias do bebê; em seguida, por interferência familiar, começou a oferecer papa salgada e frutas, pois acreditava que, se a criança não aprendesse a comer outros sabores, não iria aceitar outros alimentos, mas permaneceu em AM. Com relação ao companheiro, ambos foram morar juntos após o nascimento do bebê, mas houve piora da relação tanto por questão financeira como pelas discussões. Por volta dos 3 meses de pós-

parto, ela fugiu de casa por conta das agressões e voltou residir com a mãe e com o irmão nos fundos da casa da irmã; ainda o considera transtornado, então busca auxílio na Coordenadoria da Mulher por recomendação da pesquisadora. Após os seis meses, tentam reconciliação, mas ela não sabe se sente carinho por ele, e, como as agressões voltam a acontecer, ela pede novamente apoio da mãe, que a aceita novamente. Ela também referia que o companheiro não suportava ouvir a criança chorar, e não lhe ajudava no cuidado com a criança. Tentava manter boa relação com os familiares dele, até porque eles ajudavam com alimentação, mas sentia apoio da família dela para que ela conseguisse sair dessa situação.

Participante n.10: Residente no bairro Jardim Helena.

Integraram a rede de suporte social nove sujeitos, sendo oito familiares e um grupo de profissionais da saúde.

Quanto ao histórico da violência, referiu que a convivência com o companheiro era boa e, com a gravidez, não mudou. Sente que o parceiro não controlava sua vida. Referiu que o companheiro cometia violência psicológica por meio de insultos por conta da pressão que a mãe dela causava no relacionamento dos ambos, mas negou ter sofrido violência física e sexual. Foi possível observar que, na gestação, os episódios violentos mantiveram-se iguais se comparados a antes. Contou também que esse comportamento do marido não afetou sua saúde física ou mental. E considerou que não sofreu violência na vida.

Quanto aos dados do período pós-parto, relatou que amamentou exclusivamente por 20 dias. Referiu que não teve dificuldades com o AM, mas começou a complementar com LA, por conta própria, pois achava que o LM não era suficiente, mas reforçou que não tinha ambiente calmo para conseguir aleitar. A partir de quatro meses, iniciou frutas e, logo em seguida, papa salgada, a pedido do médico. Após o nascimento do bebê, relata que o relacionamento melhorou, pois a mãe dela, que ajudava a disparar as brigas, começou a aceitar o companheiro. Cabe destacar que ambos moravam separados e que ela recebia mais auxílio dele quando estava na casa dele.

Participante n.11: Residente no bairro Jardim Paiva.

Integraram a rede de suporte social três sujeitos, sendo todos familiares.

Quanto ao histórico de violência, relatou que a convivência com o companheiro era boa e, com a gravidez, melhorou. Sente que o parceiro controlava sua vida. Referiu que o companheiro cometeu violência psicológica por meio de intimidação, porém antes da gestação, e negou que tenha sofrido violência física ou sexual. Negou qualquer tipo de violência na gestação. Contou também que esse comportamento do marido não afetou sua saúde física ou mental e considerou que não sofreu violência na vida.

Quanto aos dados do período pós-parto, referiu que amamentou exclusivamente por 10 dias, até que referiu fissuras em ambos os mamilos, e, como não conseguia amamentar, entrou com LA por uma semana, mas depois retornou somente para AME até 120 dias do bebê, pois, em seguida, iniciou água e passou para o AMP e, com 180 dias de pós-parto, permaneceu com LM e papas doce e salgada. Quanto ao relacionamento, não havia mudado desde a gestação, ela estava residindo com a mãe, irmã e a sobrinha; aproximadamente com três meses do bebê, houve piora do relacionamento, pois ela descobriu um boletim de ocorrência e ele não aceitou, além disso, ela relatou que ele bebia bastante, então preferiu se separar dele. Próximo dos seis meses do bebê, como não estava mais com ele, tentou um novo relacionamento, mas que o novo companheiro começou a ameaçar tanto ela como o filho, dessa forma, como maneira de protegê-los, a mãe dela pediu para que o ex-companheiro levasse a filha para residir com a família dele, mas ele descobriu a verdade do outro relacionamento, e, mesmo

oferecendo a casa da família dele para morarem juntos, o relacionamento só piorou. Até que ela criou coragem um dia, voltou para a casa da mãe, começou a trabalhar e se afastou novamente do companheiro.

Participante n.12: Residente no bairro Jardim Aeroporto.

Integraram a rede de suporte social seis sujeitos, sendo todos familiares.

Quanto ao histórico de violência, referiu que a convivência com o companheiro era boa e, com a gravidez, melhorou. Sente que o parceiro controlava sua vida. Referiu que o companheiro cometeu violência psicológica, por meio de intimidação, e física, do tipo empurrão, porém antes da gestação, e negou que tenha sofrido violência sexual. Negou qualquer tipo de violência na gestação. Contou também que esse comportamento do marido não afetou sua saúde física ou mental e considerou que sofreu violência na vida.

Quanto aos dados do período pós-parto, relatou que não chegou a amamentar a filha, pois ela nasceu e ficou em observação e jejum. No hospital, como era ofertado o LA, ela relatou que pouco a filha conseguia sugar no seio, e, ao voltar para a casa, a mãe dela, por ver a criança chorar, a desmotivou a amamentar e a incentivou a partir direto para o LA. Quanto ao relacionamento, o relacionamento havia melhorado logo após o nascimento da filha, mas, em torno de três meses do bebê, ele começou a beber novamente, e os insultos e as discussões voltaram. Com seis meses do bebê, ela relatou uma sutil melhora com o companheiro, pois foram viajar e estavam de férias, mas, ao voltar para a casa, no cotidiano, os insultos ainda aconteciam, pois ela não aceitava o perfil do companheiro tanto pela bebida como pelo jeito brincalhão. Eles residiam junto dos sogros e dos cunhados, e ela queria muito uma casa apenas para eles, pois a convivência não era boa com os familiares dele, uma vez que ele sentia que estavam morando lá de favor.

Participante n.13: Residente no bairro Monte Alegre.

Integraram a rede de suporte social nove sujeitos, sendo cinco familiares, duas amigas, uma vizinha e a pesquisadora deste estudo.

Quanto ao histórico de violência, referiu que a convivência com o companheiro era regular e, com a gravidez, melhorou. Sente que o parceiro não controlava sua vida. Referiu que o companheiro cometeu violência psicológica, por meio de insultos, e física, do tipo empurrão, porém antes da gestação, e negou que tenha sofrido violência sexual. Negou qualquer tipo de violência na gestação. Contou também que esse comportamento do marido afetou um pouco sua saúde física ou mental e considerou que não sofreu violência na vida.

Quanto aos dados do período pós-parto, relatou que amamentou exclusivamente por 150 dias. Referiu que não teve dificuldades com o AM. Iniciou água por conta do calor, e, em seguida, por orientação médica, sucos, papas doce e salgada. Quanto ao relacionamento, referiu que, logo após o nascimento do bebê, ele acabou diminuindo a bebida e a saída com os amigos, mas, por volta dos dois para três meses da filha, o vício voltou, assim como as saídas, e, por ela não aceitar, as discussões e as agressões voltaram, entretanto acredita que, devido ao apoio oferecido pela vizinha, a qual morava na casa da frente, eles conseguiram melhorar o relacionamento, pois ambos não têm parentes próximos na cidade. Ela conta que não mantém tanto contato com a família dele, mas com a dela fala sempre pelos meios eletrônicos, e que a mãe dela até ofereceu para ela voltar ao nordeste, mas ela preferiu tentar manter o relacionamento, uma vez que ele havia voltado a ficar mais em casa quando a filha cresceu.

Participante n.14: Residente no bairro Ipiranga.

Integraram a rede de suporte social oito sujeitos, sendo todos familiares.

Quanto ao histórico de violência, referiu que a convivência com o companheiro era boa e, com a gravidez, melhorou. Sente que o parceiro não controlava sua vida. Referiu que o companheiro cometia violência psicológica por meio de insultos, mas negou ter sofrido violência física e sexual. Foi possível observar que, na gestação, houve mais episódios violentos do que antes desta. Contou também que esse comportamento do marido não afetou sua saúde física ou mental e considerou que sofreu violência na vida.

Quanto aos dados do período pós-parto, relatou que não amamentou exclusivamente, pois teve dificuldades com a amamentação ainda no hospital, devido ao bebê não conseguir prender o peito e sugar, então era ofertado para o bebê LA e LM. Ao voltar para casa, manteve o AM misto e iniciou chás porque acreditava que acalmava a filha. Por volta dos 3 meses do bebê, acabou mantendo LM com chá e água devido ao calor, e, por volta do 5º mês do bebê, por orientação médica, inicia demais alimentos, tais como frutas, papas doce e salgada e sucos. Quanto ao relacionamento, relata que ela sempre se irritou com o companheiro devido ao fato morarem na casa dos pais dele, e não ter bom relacionamento com a sogra. Além disso, o vício da bebida acabava gerando as discussões, mas ela sempre controlava o risco de agressões dizendo ao companheiro que iria embora caso acontecesse. A relação com a mãe não era boa, uma vez que foi deixada ainda quando criança em um orfanato, porém, mesmo assim, relatou amar muito a mãe, mas contava com o apoio mais próximo do pai e da madrasta.

Participante n.15: Residente no bairro Ipiranga.

Integraram a rede de suporte social oito sujeitos, sendo cinco familiares, duas vizinhas e uma amiga.

Quanto ao histórico da violência, referiu que a convivência com o companheiro era boa e, com a gravidez, melhorou. Sente que o parceiro não controlava sua vida. Referiu que o companheiro cometeu violência psicológica por meio de insultos, porém antes da gestação, e negou que tenha sofrido violência física e sexual. Negou qualquer tipo de violência na gestação. Contou também que esse comportamento do marido não afetou sua saúde física ou mental e considerou que não sofreu violência na vida.

Quanto aos dados do período pós-parto, relatou que amamentou exclusivamente por 90 dias. Referiu que não teve dificuldades com o AM, mas sempre relatou que não contava com o apoio do companheiro para amamentar. Desmamou o bebê com 90 dias de vida porque não tinha mais produção de leite. Quanto ao relacionamento do casal, ela relatou que, até por volta dos 90 dias do bebê, não havia tido mudança, ou seja, os insultos permaneciam, mesmo eles morando separados. Como era filha adotiva, por uma discussão com a irmã por herança, acabou preferindo sair de casa, então foram morar juntos, e, nesse momento, relata piora do relacionamento e início das agressões físicas. Pode contar com o auxílio da sogra, da cunhada e da avó do companheiro, que preferiu que eles voltassem a morar juntos com os pais dele a fim de prevenir a violência. Porém, conforme relatado por ela, as agressões físicas diminuíram, mas a falta de apoio com a criança e os insultos permaneceram. Além disso, ela o considerava nervoso e com pouca paciência, então tinha medo dele.

Participante n.16: Residente no bairro Ipiranga.

Integraram a rede de suporte social 10 sujeitos, sendo todos familiares.

Quanto ao histórico da violência, referiu que a convivência com o companheiro era boa e, com a gravidez, melhorou. Sente que o parceiro controlava sua vida. Referiu que o

companheiro cometeu violência psicológica por meio de insultos, depreciações em público e ameaças, mas negou que tenha sofrido violência física e sexual. Negou qualquer tipo de violência na gestação. Foi possível observar que, na gestação, houve mais episódios violentos, pois, antes da gestação, não tinha havido. Contou também que esse comportamento do companheiro não afetou sua saúde física ou mental e considerou que não sofreu violência na vida.

Quanto aos dados do período pós-parto, relatou que não amamentou exclusivamente, pois, na maternidade particular, foi oferecido complemento, e, ao retornar para a casa, permaneceu em AMP, pois incluiu o chá para cólica na alimentação do filho. Por volta dos três meses, desmamou o bebê, pois, como tinha fissuras frequentes, preteriu complementar com LA, seguindo orientação do pediatra. Com relação ao companheiro, relatou que havia tido uma melhora no primeiro mês do bebê, e, mesmo morando cada um com seus pais, ele a auxiliava com o bebê, mas, por volta do 3º mês do bebê, as brigas recomeçaram, e ele ameaçava se matar, pois, conforme referido por ela, ele realizava tratamento psiquiátrico. Em nosso último encontro, por volta dos seis para sete meses do bebê, ela afirmou que ambos estavam se entendendo, ainda residiam em casas separadas, e que as discussões verbais estavam diminuindo. Cabe destacar que ela parou a faculdade com a chegada do filho, mas permaneceu trabalhando com carteira assinada. Ela é filha única e tinha um relacionamento de muita confiança com o pai, que lhe ajudava com o filho, enquanto, com a mãe, acabava tendo alguns atritos. Das participantes, era relativamente a que apresentava maior poder aquisitivo e tinha emprego fixo.

Participante n.17: Residente no bairro Simioni.

Integraram a rede de suporte social seis sujeitos, sendo todos familiares.

Quanto ao histórico da violência, referiu que a convivência com o companheiro era boa e, com a gravidez, melhorou. Sente que o parceiro não controlava sua vida. Referiu que o companheiro cometia violência psicológica por meio de insultos, violência física, do tipo tapa, empurrão e soco, mas negou que tenha sofrido violência sexual. Foi possível observar que, na gestação, houve mais episódios violentos do que antes desta. Contou também que esse comportamento do marido afetou um pouco sua saúde física ou mental e considerou que não sofreu violência na vida.

Quanto aos dados do período pós-parto, referiu que não amamentou exclusivamente dentro do 1º mês, pois permaneceu com complementação de LA durante internação, e, ao ser liberada para casa, embora estivesse no LM, ela, por orientação da sogra, iniciou chá para as cólicas. Do 1º ao 3º mês, permaneceu em AME, mas, depois do 3º mês, introduziu água devido ao calor, e, por volta do 5º mês de vida do bebê, iniciou alimentação complementar com papas, frutas e sucos. Quanto ao relacionamento, das mulheres acompanhadas na pesquisa, foi uma das que mais vivenciou VPI: com 10 dias de pós-parto e ainda com a cirurgia cesariana recente, sofreu agressão física. Em todos os nossos encontros, o relacionamento só piorava, inclusive, na visita de 90 dias pós-parto, um pouco antes da pesquisadora chegar, ela havia sofrido agressão. Ela permaneceu residindo com os sogros e a cunhada após o companheiro ter sido expulso de casa pelo padrasto e, mesmo com a VPI, relatava ter pena do companheiro pela expulsão e, por gostar muito dele, ainda estava disposta a tentar melhorar o relacionamento. Não voltou a residir com a mãe e duas irmãs por conta do padrasto, mas tinha vergonha de viver na sogra, porém, como não tinha condições de se manter com o salário que recebia, acabou aceitando essa condição.

Participante n.18: Residente no bairro Jardim Aeroporto.

Integraram a rede de suporte social oito sujeitos, sendo sete familiares e uma assistente social.

Quanto ao histórico de violência, referiu que a convivência com o companheiro era boa e, com a gravidez, melhorou. Sente que o parceiro não controlava sua vida. Referiu que nunca sofreu violência psicológica, física e sexual. E considerou que não sofreu violência na vida.

Quanto aos dados do período pós-parto, foi a única da pesquisa que permaneceu em AME por 180 dias, tendo apenas inserção de LA em uma internação do filho por três dias, por volta dos 4 meses dele. Nos encontros do pós-parto, referia que o relacionamento estava melhorando, porém esse relato ocorria porque o companheiro estava sempre ao lado dela. Dessa forma, a realidade do relacionamento violento só foi contada após a fuga dela para outra cidade, na qual foi residir com a família. Ela relatou que tinha medo de receber alta da maternidade, pois não sabia onde iria morar e como seria a vida dela após a chegada do filho. Nos primeiros dias de pós-parto, teve que dormir em um carro com a criança enquanto ele (companheiro) estava em festa com amigos. Ao irem morar juntos, longe das famílias, no final do primeiro mês do bebê, as violências passaram a ser constantes e de variadas formas, tanto que, para a família não desconfiar da VPI, ele contava alguma história de queda dela e contextualizava as marcas da agressão. Ela voltou a trabalhar para tentar sair da situação de VPI, e pediu para que seu gerente descontasse as comissões, pois ele queria controlar todo o dinheiro dela. A mãe dela, ao descobrir as agressões, morou ao lado da filha por um tempo, mas, por acreditar que havia melhorado, voltou à terra natal, até que, um dia a filha ligou para buscá-la na rodoviária, pois tinha fugido do relacionamento agressivo.

Participante n.19: Residente no bairro Sumarezinho.

Integraram a rede de suporte social seis sujeitos, sendo cinco familiares e uma amiga.

Quanto ao histórico da violência, referiu que a convivência com o companheiro era boa e, com a gravidez, não mudou. Sente que o parceiro não controlava sua vida. Referiu que o companheiro cometeu, antes da gestação, violência psicológica, por meio de depreciações em público e ameaças, violência física, do tipo tapa, empurrão e soco, mas negou que tenha sofrido violência sexual. Negou qualquer tipo de violência na gestação. Contou também que esse comportamento do companheiro não afetou sua saúde física ou mental e considerou que não sofreu violência na vida.

Quanto aos dados do período pós-parto, relatou que amamentou exclusivamente por 40 dias, embora o bebê tenha recebido LA enquanto não houve produção de colostro, e, em casa, tentou ofertar chá para cólica, mas o bebê não aceitou. Após 40 dias de nascido, ela começou a ofertar, além do LM, água para o calor e chá para a criança dormir, e, com seis meses, complementou a alimentação conforme dieta da família. Quanto ao relacionamento, como referido por ela, ele seguiu por fases conforme eles foram mudando de casas. Logo que o bebê nasceu, eles estavam residindo com os pais dela, o companheiro estava desempregado, e junto deles moravam outras irmãs com filhos pequenos, era um ambiente quase sem privacidade, e muitas brigas saíam entre o companheiro e o pai dela, pelo modo com que ele a tratava. Por volta dos 3 meses do bebê, a fim de tentar afastar o companheiro do pai, foram residir com a sogra e os outros filhos desta, mas eles tinham um cômodo separado da casa, porém, devido às discussões, a sogra acabou pedindo para irem morar sozinhos. Como ele passou a trabalhar com os primos e se afastou do tráfico, ela considerou que, após irem morar sozinhos, o relacionamento melhorou, mas, como salientado por ela, ela tentava acalmá-lo nos momentos em que estava nervoso e passaram a conversar mais antes de discutirem, além disso, ela passou a cuidar mais dos afazeres domésticos e não ficava na rua, pois ele não

gostava, porém ele ainda permanecia empinando pipa com os amigos enquanto ela cuidava da casa.

Participante n.20: Residente no bairro Ipiranga.

Integraram a rede de suporte social seis sujeitos, sendo todos familiares.

Quanto ao histórico da violência, referiu que a convivência era boa e, com a gravidez, piorou. Sente que o parceiro controlava sua vida. Referiu que o companheiro cometia violência psicológica, por meio de insultos, depreciação em público e ameaças, violência física, do tipo empurrão, e violência sexual, por manter relações sem ela ter vontade. Referiu que o companheiro cometeu violência psicológica por meio de insultos, depreciações em público e ameaças, mas negou que tenha sofrido violência física e sexual. Foi possível observar que, na gestação, houve menos episódios violentos do que antes desta. Contou também que esse comportamento do companheiro não afetou sua saúde física ou mental e considerou que não sofreu violência na vida.

Quanto aos dados do período pós-parto, relatou que amamentou exclusivamente por 15 dias. E referiu ter muita dificuldade com o AM desde a maternidade. Manteve AMP com chá até por volta dos dois meses do bebê e, próximo do 3º mês do bebê, desmamou, pois voltou a trabalhar. Após o nascimento da filha, o relacionamento melhorou bastante, ele sempre a ajudou com a amamentação e com o cuidado da casa, mas, por volta do 6º mês, tiveram uma discussão com agressão, o que a fez pensar na separação, mas devido à dependência financeira do momento e à filha, acabou aceitando a desculpa, depois desse evento, acredita que o relacionamento se manteve estável, mas, por estar trabalhando, referiu que ameaçava o companheiro de deixá-lo por ter condição de se manter com a filha. Tinha relacionamento bom com os familiares, mas comentou que o pai e a madrasta acabavam ficando próximo dela por conta de ela pagar os cuidados que eles lhes prestavam.

Participante n.21: Residente no bairro Parque das Andorinhas.

Integraram a rede de suporte social oito sujeitos, sendo sete familiares e uma amiga.

Quanto ao histórico da violência, referiu que a convivência com o companheiro era boa e, com a gravidez, melhorou. Sente que o parceiro não controlava sua vida. Referiu que o companheiro cometeu violência psicológica, por meio de insultos, violência física, do tipo tapa e empurrão, porém antes da gestação, e negou que tenha sofrido violência física e sexual. Negou qualquer tipo de violência na gestação. Contou também que esse comportamento do marido não afetou sua saúde física ou mental e considerou que não sofreu violência na vida.

Quanto aos dados do período pós-parto, relatou que amamentou exclusivamente por 150 dias, quando passou para o AMP, pois ofertava água devido ao clima quente. Uns dias antes do 6º mês, o pediatra pediu a inserção de alimentação complementar com sucos e papas. Referiu que teve fissuras e ingurgitamento ainda no primeiro mês em que a filha nasceu. Quanto ao relacionamento, sempre morou com os sogros e a cunhada com déficit mental, pois a mãe não aceitava o relacionamento, e não concordou com a gravidez, mas, depois do nascimento do bebê, voltaram a conversar e a se ajudarem, entretanto ainda o companheiro e a mãe dela não mantinham um bom relacionamento. Como até aproximadamente o 3º mês do bebê, o companheiro permanecia sem emprego, as discussões eram constantes porque ela não concordava com o jeito de ele depender dos pais. Ao ser empregado, ela relata uma melhora no relacionamento, e acreditava que, por ambos estarem trabalhando, logo mais iriam morar em um imóvel somente deles.

APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Nayara Girardi Baraldi, obstetriz, aluna de doutorado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, estou realizando a pesquisa **"A vivência do aleitamento materno em um contexto de situação de violência por parceiro íntimo e a rede de suporte social"**, para saber como acontece a amamentação nas situações de conflitos conjugais junto ao parceiro íntimo e o suporte oferecido pela rede de apoio.

Este trabalho faz parte de um projeto maior, ao qual já foi participante, e destacam-se como pesquisadoras envolvidas neste:

Ana Márcia Spanó Nakano, Professora Doutora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP;

Daniela Taysa Rodrigues Pimentel, Enfermeira Especialista da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP.

Necessito que responda uma entrevista, que será gravada, durando aproximadamente 40 minutos, e realizada em local e horário de sua escolha. A senhora é livre para não querer participar do estudo, e para desistir do mesmo a qualquer momento, sem que seu atendimento, ou de sua família, na Unidade de Saúde, seja prejudicado.

Você não terá nenhum gasto, e seu nome não será divulgado. Dessa forma, sua participação nesta pesquisa não trará gastos financeiros para você. Todas as suas dúvidas sobre a pesquisa poderão ser esclarecidas a qualquer momento pelas pesquisadoras, nos telefones citados acima. Teremos o compromisso de que a senhora será devidamente orientada com relação ao tema, se isso for do seu interesse.

Não é esperado que você receba benefícios diretos pela participação nesta pesquisa, entretanto, acreditamos que com este estudo poderemos planejar uma melhor assistência as mulheres em situação de violência.

Os riscos esperados pela sua participação nesta pesquisa são emocionais como tristeza, angustia e medo durante a entrevista, assim, se necessário, estaremos prontas para ouvi-la e auxiliá-la a buscar no serviço público o atendimento psicológico e suporte adequado, e a entrevista poderá ser interrompida a qualquer momento e retomada em outro se assim você desejar. Além disso, garantimos que você terá total liberdade para aceitar ou não participar desta pesquisa e de deixar de participar a qualquer momento sem precisar se justificar, retirando seu consentimento em qualquer fase do estudo, e isto não interferirá no seu atendimento e no do seu bebê aqui no serviço ou em qualquer outro serviço de saúde.

Os resultados serão divulgados em eventos e publicados em revistas científicas mantendo o anonimato. O que você disser será do conhecimento meu e de minha orientadora, mantendo o sigilo de sua participação.

Este documento tem duas vias, e após nossa assinatura, você ficará com uma via e eu com a outra. Em caso de dúvidas você poderá entrar em contato comigo pelo telefone (16) 3602-3405, ou contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo pelo telefone (16) 3602-3386, de segunda à sexta-feira das 8h às 17h.

Declaro que li e compreendi as informações recebidas. Fui esclarecida sobre todas as dúvidas apresentadas e aceito as condições acima descritas.

_____	_____	_____
Nome da participante de pesquisa	Assinatura da participante de pesquisa	Data
_____	_____	_____
Nome da pesquisadora	Assinatura da pesquisadora	Data

APÊNDICE E

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Nayara Girardi Baraldi, obstetriz, aluna de doutorado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, estou realizando a pesquisa **"A vivência do aleitamento materno em um contexto de situação de violência por parceiro íntimo e o suporte social"**, para saber como acontece a amamentação nas situações de conflitos conjugais junto ao parceiro íntimo e o suporte oferecido pela rede de apoio.

Este trabalho faz parte de um projeto maior, ao qual já foi participante, e destacam-se como pesquisadoras envolvidas neste:
Ana Márcia Spanó Nakano, Professora Doutora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP;
Daniela Taysa Rodrigues Pimentel, Enfermeira Especialista da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP.

Necessito que responda uma entrevista, que será gravada, durando aproximadamente 40 minutos, e realizada em local e horário de sua escolha. A senhora é livre para não querer participar do estudo, e para desistir do mesmo a qualquer momento, sem que seu atendimento, ou de sua família, na Unidade de Saúde, seja prejudicado.

Você não terá nenhum gasto, e seu nome não será divulgado. Dessa forma, sua participação nesta pesquisa não trará gastos financeiros para você. Todas as suas dúvidas sobre a pesquisa poderão ser esclarecidas a qualquer momento pelas pesquisadoras, nos telefones citados acima. Teremos o compromisso de que a senhora será devidamente orientada com relação ao tema, se isso for do seu interesse.

Não é esperado que você receba benefícios diretos pela participação nesta pesquisa, entretanto, acreditamos que com este estudo poderemos planejar uma melhor assistência as mulheres em situação de violência.

Os riscos esperados pela sua participação nesta pesquisa são emocionais como tristeza, angustia e medo durante a entrevista, assim, se necessário, estaremos prontas para ouvi-la e auxiliá-la a buscar no serviço público o atendimento psicológico e suporte adequado, e a entrevista poderá ser interrompida a qualquer momento e retomada em outro se assim você desejar. Além disso, garantimos que você terá total liberdade para aceitar ou não participar desta pesquisa e de deixar de participar a qualquer momento sem precisar se justificar, retirando seu consentimento em qualquer fase do estudo, e isto não interferirá no seu atendimento e no do seu bebê aqui no serviço ou em qualquer outro serviço de saúde.

Os resultados serão divulgados em eventos e publicados em revistas científicas mantendo o anonimato. O que você disser será do conhecimento meu e de minha orientadora, mantendo o sigilo de sua participação.

Este documento tem duas vias, e após nossa assinatura, você ficará com uma via e eu com a outra. Em caso de dúvidas você poderá entrar em contato comigo pelo telefone (16) 3602-3405, ou contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo pelo telefone (16) 3602-3386, de segunda à sexta-feira das 8h às 17h.

Declaro que li e compreendi as informações recebidas. Fui esclarecida sobre todas as dúvidas apresentadas e aceito as condições acima descritas.

Nome da participante de pesquisa	Assinatura da participante de pesquisa	Data
Nome da pesquisadora	Assinatura da pesquisadora	Data

APÊNDICE F
Carta de encaminhamento para serviço de psicologia

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem
Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

Prezada,

Encaminhamos _____ para acompanhamento psicológico junto ao Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia em Saúde (LEEPS). Cabe dizer, que ela é participante da pesquisa intitulada: "Violência por parceiro íntimo no ciclo gravídico puerperal: a autoconfiança da mulher frente à amamentação e o suporte familiar".

Você, _____
deve comparecer junto com este documento na Clínica de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP), no endereço: Av. Bandeirantes, 3900; CEP: 14040-901; Bairro: Monte Alegre; Ribeirão Preto-SP e buscar pela Clínica de Psicologia na Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto.

Horários disponibilizados:
Terça-feira: A partir das 14 horas e até às 15:30 horas.
Quinta-feira: A partir das 14 horas e até às 15:30 horas.
Sexta-feira: A partir das 7:30 horas e até às 09:30 horas.

Gratas pelo auxílio do serviço.
Atenciosamente,

Pesquisadoras:
Profa. Dra. Ana Márcia Spanó Nakano.
Obstetriz e mestra Nayara Girardi Baraldi.
Enfermeira e mestra Daniela Taysa Rodrigues Pimentel.

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO A

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315-3382 - 55 16 3315-3381 - Fax: 55 16 3315-0516
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 219/2014

Ribeirão Preto, 25 de novembro de 2014.

Prezada Senhora,

Comunicamos que as mudanças no projeto de pesquisa, abaixo especificado, foram analisadas e consideradas **APROVADAS AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 25 de novembro de 2014.

Protocolo CAAE: 24049713.4.0000.5393

Projeto: A VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO NO CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL: A AUTOCONFIANÇA DA MULHER FRENTE À AMAMENTAÇÃO E O SUPORTE FAMILIAR.

Pesquisadores: Ana Márcia Spanó Nakano
Daniela Taysa Rodrigues Pimentel, Nayara Girardi Baraldi

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profa. Dra. Ana Márcia Spanó Nakano
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO B

Construção do Diagrama de Escolta Social

Passo 1- Quero que pense em todas as pessoas que passaram pela sua vida durante a gestação, o parto, o pós-parto e a amamentação. Após pensar, vamos anotar os nomes e o grau de parentesco nas etiquetas.

Passo 2- Vamos juntas construir sua rede de apoio, olhando para todas essas pessoas:

1- ***De quem você se sente tão próximo que seria difícil imaginar a vida sem elas***, dessa forma esse boneco que representará essa pessoas deverá ser posicionado no círculo mais interno e próximo da representação da puérpera.

2- ***De quem você não se sente tão próxima, mas ainda assim são muito importantes para você***, dessa forma esse boneco que representará essa pessoa deverá ser posicionado no circulo intermediário.

3- ***Pense nas pessoas que ainda nas pessoas que não mencionou, mas das quais se sente próximo e que crê que são importantes o suficiente de modo que deveriam ser colocadas em sua rede de contato***. Dessa forma esse boneco que representará essa pessoa deverá ser colocadas no círculo externo.