

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY**

**MARIA HELENA DO NASCIMENTO SOUZA**

**A MULHER QUE AMAMENTA E SUAS RELAÇÕES SOCIAIS:  
uma perspectiva compreensiva de promoção e apoio**

**Rio de Janeiro  
2006**

**MARIA HELENA DO NASCIMENTO SOUZA**

**A MULHER QUE AMAMENTA E SUAS RELAÇÕES SOCIAIS:  
uma perspectiva compreensiva de promoção e apoio**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

**ORIENTADORA: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Ivis Emília Oliveira Souza**  
**CO-ORIENTADORA: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Florence Romijn Tocantins**

Rio de Janeiro

2006

**A MULHER QUE AMAMENTA E SUAS RELAÇÕES SOCIAIS:  
uma perspectiva compreensiva de promoção e apoio  
por**

**MARIA HELENA DO NASCIMENTO SOUZA**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

---

Profª Drª Ivis Emília Oliveira Souza

Presidente – EEAN/Universidade Federal do Rio de Janeiro

---

Profª Drª Ana Cristina Freitas de Vilhena Abrão

1ª Examinadora – DE/Universidade Federal de São Paulo

---

Prof. Dr. João Aprígio Guerra de Almeida

2º Examinador – IFF/Fundação Osvaldo Cruz

---

Profª Drª Rosângela da Silva Santos

3ª Examinadora – EEAN/Universidade Federal do Rio de Janeiro

---

Profª Florence Romijn Tocantins

4ª Examinadora – EEAP/Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

---

Profª Drª Luciana Maria Borges da Matta Souza

Suplente – Fundação Educacional Serra dos Orgãos

---

Profª Drª Rosane Harter Griep

Suplente – EEAN/ Universidade Federal do Rio de Janeiro

16/março/2006

**FICHA CATALOGRÁFICA**

S719v

Souza, Maria Helena do Nascimento.

A mulher que amamenta e suas relações sociais: uma perspectiva compreensiva de promoção e apoio./ Maria Helena do Nascimento Souza. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2006.

xvi, 156f ; 31 cm

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Ivis Emília de Oliveira Souza

Co-orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Florence Romijn Tocantins

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem Anna Nery /Universidade Federal do Rio de Janeiro/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2006.

Referências: f. 135-148.

1. Aleitamento materno. 2. Saúde da mulher. 3. Rede social. 4. Enfermagem. I. Souza, Ivis Emília de Oliveira. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDD 610.73

## DEDICATÓRIA

À minha mãe Terezinha Maria do Nascimento e às minhas amigas: Paola S., Paola G., Marina, Mônica, Carolina, Silvia, Luciana L., Luciana A., Lourdes, Inês, Ângela, Fabiana e Rosa; pela compreensão, estímulo e companhia em cada fase deste trabalho.

A verdade da vida e da pessoa é que ela pertence a um  
Outro: é feita por um Outro, respira e vive de um Outro;  
neste preciso instante provém de um Outro e é dirigida  
pelas mãos de um Outro.

A pessoa, portanto, quando sabe que pertence é serena,  
aberta ao que é bom e ao que é justo, é tenaz, paciente,  
capaz de suportar e cheia de letícia, por todas as coisas que  
valham a sua letícia.

*(Luigi Giussani)*

Para o desejo do meu coração o mar é uma gota.

*(Adélia Prado)*

## AGRADECIMENTOS

A **Deus**, Aquele que sempre leva ao cumprimento a obra iniciada por Suas mãos.

À **Profª Drª Ivis Emília de Oliveira Souza**, minha orientadora, mas sobretudo amiga, pela atenção, seriedade e competência com que orientou esta pesquisa, transmitindo respeito, compreensão e estímulo aos meus anseios.

À **Profª Florence Romijn Tocantins**, minha co-orientadora que pela sua competência e tranqüilidade contribuiu na ampliação de meus horizontes.

Aos **membros das Bancas Examinadoras**, dos diferentes momentos do Curso de Doutorado, pela atenção e contribuição dispensada em todo o processo de elaboração do estudo.

Às **docentes do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública** da Escola de Enfermagem Anna Nery /UFRJ: Prof<sup>as</sup>: Vilma, Rosane, Elisabete, Catarina, Rachel, Angela, Ana Maria, Regina, Marilurde, Sheila, Liane e Rosa, pela grande amizade e colaboração em todos os momentos. E pela valiosa consideração ao me liberarem das atividades de ensino na graduação para a finalização antecipada da tese.

Aos **docentes e colegas do Curso de Pós-Graduação de Doutorado** em Enfermagem da EEAN/UFRJ, que propiciaram o meu crescimento profissional.

Aos **membros do Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Mulher** da EEAN (NUPESM) e do **Grupo de Estudos sobre Alfred Schutz** da UNIRIO (GEAS), pela contribuição na minha formação profissional.

À **minha família** que sempre me incentivou e acompanhou cada momento da minha vida.



À **Profª Creusa Capalbo** pela sua sabedoria, atenção e incentivo.

Aos amigos: **Maria Luisa, Célia, Gisela, Marina e Miguel** pela amizade e valiosas contribuições desde o plano de tese.

Ao meu amigo **José Martins** pelo auxílio na formatação final da tese.

Ao **Alexandre Ferraro**, meu grande amigo, sempre disposto a me ouvir, incentivar e a mostrar as razões pelas quais vale a pena continuar o caminho.

A **Don Luigi Giussani**, por ter sido um verdadeiro pai ao desvelar minha humanidade e o caminho rumo a minha realização.

Aos **amigos do Movimento Católico Comunhão e Libertação**, pela amizade e compreensão nos momentos de ausência para dedicação à pesquisa e ao Curso.

À **equipe do Centro Educacional Cantinho da Natureza do Morro dos Cabritos**, pela colaboração durante a fase do trabalho de campo.

Às estudantes: **Audréia e Robertta**, do Curso de Graduação em Enfermagem da EEAN, pela amizade e apoio na condução das atividades do Projeto de Extensão na Comunidade.

Aos funcionários: **Sonia Xavier e Jorge Anselmo** da Secretaria da Coordenação de Pós-Graduação e Pesquisa da EEAN, pela constante disposição em atender às solicitações.

Às **mulheres protagonistas deste estudo**, pela disponibilidade, envolvimento e contribuição em ampliar o conhecimento sobre a temática estudada.

Enfim, **a todos** que fazem parte da minha rede social e que de forma direta ou indireta foram significativos para esta conquista.

SOUZA, M.H.N.S. **A mulher que amamenta e suas relações sociais: uma perspectiva compreensiva de promoção e apoio.** 2006. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

## RESUMO

A compreensão da prática da amamentação tem sido ampliada para além dos aspectos biológicos, sendo então valorizadas as condições sociais e culturais. A abordagem dos condicionantes sociais pode possibilitar a implementação de estratégias de promoção e de apoio. Trata-se de um estudo do tipo qualitativo, que teve como objetivos: descrever a rede social das mulheres que amamentam; compreender o significado da relação da mulher com a sua rede social e analisar compreensivamente o significado da rede social para a prática da amamentação. Os referenciais teórico-metodológicos utilizados foram a abordagem de rede social e a da fenomenologia sociológica de Alfred Schutz. Utilizou-se como cenário uma comunidade de baixa renda no município do Rio de Janeiro, sendo entrevistadas vinte mulheres com filhos menores de seis meses e vivência na prática da amamentação. A análise dos mapas de rede evidenciou a presença de um forte vínculo das mulheres com membros da sua rede social primária, especialmente com sua mãe, amigas, vizinhas ou com o pai da criança, revelando serem estas as pessoas mais envolvidas com elas durante o período da amamentação. O típico da ação das mulheres ao se relacionarem com sua rede social primária durante a amamentação caracteriza-se por expectativas relacionadas a apoio material e relacionamento social familiar. Na relação com sua rede social secundária, as mulheres vivenciando o fenômeno da amamentação esperam contar com a ajuda de profissionais de saúde para alimentar a criança e para eliminar os sinais de anormalidade identificados na mesma. Foi desvelado ainda, que há uma precariedade na relação com a rede secundária, demonstrada por uma relação de anonimato e que a mulher que amamenta, em seu dia a dia, recorre à rede primária, que lhe é familiar. Desta forma, ressalta-se a importância do profissional de saúde ter uma atitude mais aberta à situação de vida desta mulher, considerando sua bagagem de conhecimento e vivendo contemporaneamente os significados atribuídos pela mesma ao processo de amamentar, buscando estabelecer uma relação de familiaridade.

Palavras chaves: 1.Aleitamento materno, 2.Saúde da mulher, 3.Redes sociais, 4.Enfermagem.

SOUZA, M.H.N.S. **The breastfeeding woman and their social relations: a comprehensive perspective of promotion and support.** 2006. Thesis (PhD in Nursing) – Federal University of Rio de Janeiro, Anna Nery School of Nursing.

#### ABSTRACT

The comprehension of the breastfeeding practice has been improved beyond the biological aspects, being than valorized as cultural and social conditions. The assessment of social conditionings may make viable to implement strategies of promotion and support. This is a qualitative study, with the following objectives: to describe the breastfeeding women's social network; to comprehend the meaning of the woman's relation with her social network, and to analyze comprehensively the meaning of the social network to the breastfeeding practice. The theoretical-methodological framework utilized was the assessment of the social network and sociological phenomenology of Alfred Schutz. The scenario was a low income community in the City of Rio de Janeiro. We interviewed twenty women with kids youngest than six months that have breastfeeding practice. Analyzing the data map showed the presence of a strong relationship between the women and the members of their primary social network, specially with their mother, friends, neighbors or with the child's father, revealing these were the persons more involved with them during the breastfeeding process. The typical of the women's action when relating with their primary social network during the breastfeeding is characterized by expectations related to material support and family social relationship. In relation of their secondary social network, the women experiencing the breastfeeding phenomenon expect to count on health professional help to feed their infant and to eliminate any abnormal signs identified in them. It was also revealed that the secondary social network has deficiencies demonstrated by a relationship of anonymity and that the breastfeeding woman, in her day-to-day, resorts to her primary social network, that is more familiar to her. Thus, the importance of a more open attitude of the health professional toward the women's life situation is evidenced, considering his knowledge, background and contemporary living of the significance of the breastfeeding process, seeking to establish a familiarity relationship.

Keywords: 1. Breastfeeding 2. Women's health 3. Social network 4. Nursing

SOUZA, M.H.N.S. **La mujer que amamanta y sus relaciones sociales: una perspectiva comprensiva de promoción y ayuda.** 2006. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Escuela de Enfermería Anna Nery de la Universidad Federal del Rio de Janeiro.

## RESUMEN

La comprensión de la práctica de amamantamiento se ha ampliado para más allá de los aspectos biológicos, siendo entonces valoradas las condiciones sociales y culturales. El abordaje de los condicionantes sociales puede hacer posible la puesta en práctica de estrategias de promoción y de ayuda. Es un estudio del tipo cualitativo, que tenía como objetivo: describir la red social de las mujeres que amamantan; para entender el significado de la relación de la mujer con su red social y analizar comprensivamente el significado de la red social para la práctica de amamantamiento. Los referenciais teóricos y metodológicos usados habían sido el abordaje de la red social y de la fenomenología sociológica de Alfred Schutz. Una comunidad de baja renta se utilizó como escena en la ciudad de Rio de Janeiro, siendo entrevistadas veinte mujeres con niños menores de seis meses y experiencias en la práctica de amamantamiento. El análisis de los mapas de red evidenció la presencia de un enlace fuerte de las mujeres con los miembros de su red social primaria, especialmente con su madre, amigos, vecinos o con el padre del niño, revelando éstos como la gente más implicada con ellas durante el período del amamantamiento. El típico de la acción de las mujeres al relacionarse con su red social primaria durante el amamantamiento es caracterizado por las expectativas relacionadas a la ayuda material y la relación social familiar. En la relación con su red social secundaria, las mujeres que viven profundamente el fenómeno del amamantamiento esperan contar con la ayuda de los profesionales de salud para alimentar al niño y para eliminar las señales de anormalidad identificadas en la misma. Aún fue desvelado, que hay una precariedad en la relación con la red secundaria, demostrada por una relación del anonimato y que la mujer que amamanta, en su cotidiano, recorre a la red primaria, que le es familiar. De esta forma, es resaltada la importancia del profesional de salud tener una actitud más abierta a la situación de la vida de esta mujer, en vista de su equipaje de conocimiento y viviendo contemporaneamente los significados atribuidos por ella misma al proceso de amamantar, buscando establecer una relación de familiaridad.

Palabras clave: Lactancia materna. Salud de la mujer. Red social. Enfermería.

**Lista de Figuras**

<b>Figuras</b>	<b>Pág.</b>
Fig. 1 – Representação geométrica de tipos de rede social	35
Fig. 2 – Representação gráfica do tipo de vínculo na rede social	36
Fig. 3 – Rede social de Bia	56
Fig. 4 – Rede social de Ana Carolina	58
Fig. 5 – Rede social de Isabel	60
Fig. 6 – Rede social de Wal	62
Fig. 7 – Rede social de Lena	63
Fig. 8 – Rede social de Maria	65
Fig. 9 – Rede social de Patrícia	66
Fig. 10 – Rede social de Claudia	68
Fig. 11 – Rede social de Cristina	69
Fig. 12 – Rede social de Isa	71
Fig. 13 – Rede social de Laura	72
Fig. 14 – Rede social de Yasmin	74
Fig. 15 – Rede social de Sofia	75
Fig. 16 – Rede social de Núbia	77
Fig. 17 – Rede social de Luciana	78
Fig. 18 – Rede social de Carla	80
Fig. 19 – Rede social de Priscila	81
Fig. 20 – Rede social de Paula	83
Fig. 21 – Rede social de Graça	84
Fig. 22 – Rede social de Beatriz	86
Fig. 23 – Rede social da mulher que amamenta	134

**Lista de Quadros**

<b>Quadros</b>	<b>Pág.</b>
1 – Características da situação biográfica das mulheres.	89
2 – Características referente à gestação e tempo de amamentação	91
3 - Dificuldades referidas pelas mulheres	92
4 - Tipo de membro da rede social e seu envolvimento com a amamentação	93
5 - Causa referida para o desmame	94
6 - Presença de membros da rede secundária durante a amamentação.	95

## SUMÁRIO

<b>I. CONSIDERAÇÕES INICIAIS:</b>	1
1.1. Amamentação e redes sociais como temáticas de pesquisa	2
1.2. Trajetória Profissional na área Materno Infantil	5
1.3. Justificativa	7
1.4. Objeto	9
1.5. Objetivos	9
<b>II. MARCOS REFERENCIAIS</b>	10
2.1. Amamentação: da visão biológica e social para a perspectiva do vivido	11
2.2. Apoio social: histórico e conceituação	19
2.3. Rede social: histórico e conceituação	22
<b>III . TRAJETÓRIA TEÓRICO-METODOLÓGICA</b>	32
3.1. Rede social: aspectos metodológicos	33
3.2. Abordagem fenomenológica	37
3.3. A Fenomenologia Sociológica de Alfred Schutz	38
3.4. Contextualizando o cenário do estudo	42
3.5. As mulheres depoentes	45
3.6. A etapa de campo	45

<b>IV. ANÁLISE COMPREENSIVA</b>	54
4.1. As mulheres e suas redes sociais	55
4.2. Síntese da caracterização das depoentes	88
4.3. Constituição das categorias concretas	96
4.4. Descrição do típico da ação	114
4.5. Análise compreensiva do típico da ação das mulheres que amamentam na relação com sua rede social.	115
<b>V. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	125
<b>REFERÊNCIAS</b>	135
<b>APÊNDICES</b>	149
A– Carta ao Presidente da Associação dos Moradores da Comunidade	150
B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	151
C – Formulário de Identificação	152
D – Roteiro de Entrevista	153
<b>ANEXOS</b>	154
A – Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	155
B – Representação geométrica de tipos de rede e representação gráfica dos tipos de vínculo na rede social	156



## **I. CONSIDERAÇÕES INICIAIS**

---

### 1.1. Amamentação e redes sociais como temáticas de pesquisa

A amamentação<sup>1</sup> tem se constituído em um dos principais objetos de interesse de pesquisadores e profissionais do setor saúde. No decorrer dos anos a importância desta prática foi ressaltada principalmente mediante a evidência de que o leite materno reduz os índices de morbi-mortalidade infantil (BRASIL, 2004, p 5).

No entanto, após a década de 90, a discussão sobre a amamentação vem sendo ampliada para além dos aspectos biológicos, na perspectiva de compreender os diversos significados que estão presentes no processo de amamentar. Tais significados, reflexo de condicionantes sociais, econômicos, políticos e culturais, estão centrados atualmente na valorização da mulher enquanto protagonista da amamentação (RAMOS e ALMEIDA, 2003, ALMEIDA e NOVAK, 2004).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) o aleitamento materno exclusivo<sup>2</sup> deve ser preconizado até os seis meses de idade da criança. Contudo, nota-se que as experiências de não sucesso na amamentação ou de desmame precoce<sup>3</sup>, ainda estão presentes em diversas sociedades (WHO, 2001, OMS, 2001).

O desmame pode ser entendido como o período compreendido entre a introdução de novos alimentos na dieta da criança e a supressão completa do aleitamento materno. Assim, de acordo com a OMS a introdução de alimentos complementares ao leite materno nos primeiros seis meses de vida pode ser denominada de desmame precoce (OMS, 2001, WHO, 2001, FERNANDES *et al*, 2002). E esta duração do tempo de aleitamento materno aquém do

---

<sup>1</sup> Neste estudo a amamentação é entendida como ação da mulher dar leite de peito à criança fazendo uso das mamas. Está conjugada ao caráter fenomenal, descrito por Arantes (1991), pela singularidade que se mostra em cada mulher que vivencia esta prática. Sendo diferente de aleitamento materno, entendido como ato de alimentar a criança com leite materno (WHO, 2001). Entretanto, ressalta-se que para alguns autores referenciados neste estudo os termos: amamentação e aleitamento materno são considerados sinônimos.

<sup>2</sup> Aleitamento materno exclusivo: quando a criança recebe somente leite materno (diretamente do peito ou ordenhado) e nenhum outro líquido ou sólido (com exceção de medicamentos, suplementos minerais ou vitaminas). (BRASIL, 1991).

<sup>3</sup> Desmame precoce: introdução de qualquer tipo de alimento complementar na dieta da criança que até então se encontrava em regime de aleitamento materno exclusivo, antes dos seis meses de vida. (OMS, 2001).

preconizado constitui um fator preocupante, principalmente quando associada à situação de pobreza, característica de grande parcela da população brasileira, pois aumenta a vulnerabilidade de morbidade infantil (FERNANDES *et al* 2002, FERREIRA e MONTEIRO, 2002, PRIMO, AMORIM e LIMA, 2004).

No Brasil, a realidade da pobreza é cada vez mais complexa, tornando-se um desafio em nível nacional. Dentre os problemas decorrentes da situação de pobreza encontra-se: “a baixa escolaridade, desemprego, precárias condições de moradia, acesso inadequado aos sistemas de saúde, rede social frágil, dificuldade de acesso a alimentos e medicamentos, hábitos alimentares inadequados, doenças associadas, desmame precoce e outros” (FERNANDES *et al*, 2002).

As estratégias de promoção, proteção e apoio da amamentação têm se transformado, em linhas prioritárias de interesse para os formuladores de políticas públicas, sendo enfatizadas no modelo assistencial do Sistema Único de Saúde e nos programas, tais como: Programa Saúde da Família, Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança, entre outros.

A variedade de abordagens com a qual vem sendo tratada a questão da amamentação, do ponto de vista técnico, assistencial ou político, constitui uma crítica ao paradigma que reconhece o aleitamento materno como uma prática natural ou instintiva, desconsiderando os aspectos sócio-culturais envolvidos no ato de amamentar (ALMEIDA, 1999, p.11). Segundo este mesmo autor: “a amamentação é uma categoria híbrida construída por atributos definidos tanto pela natureza como pela cultura, ou seja, tanto pelas questões biológicas como pelas dimensões socioculturais”. Sendo que: “os condicionantes sócio-culturais tendem a se sobrepor aos determinantes biológicos” (ALMEIDA, 1999, p.16, ALMEIDA e NOVAK, 2004, p. 119). Nesta mesma linha de entendimento, Silva (1990, p.21) sustentou o

pensamento de que “o aleitamento é uma questão fundamentalmente sócio-antropológica, guarda relação essencial com o homem e sua cultura”.

Neste sentido, entende-se que para a compreensão dos fatores condicionantes do ato de amamentar, é necessário considerar tanto aspectos biológicos quanto os sociais.

Com relação aos fenômenos biológicos que interferem na prática da amamentação, há uma vasta literatura a este respeito, pois, durante anos foram predominantes os conceitos do tipo: “amamentar é natural”, “toda mãe tem leite”, “o leite materno tem tudo que seu filho precisa”, “protege contra infecções”, e outros. No entanto, mesmo após inúmeras campanhas educativas de promoção ao aleitamento materno, permanece a questão: por que algumas mães não apresentam sucesso na amamentação exclusiva, mesmo conhecendo todas as vantagens do leite materno para a criança? (ALMEIDA 1999, p. 15).

Esta questão revela que na prática, a amamentação não é instintiva nem automática, é uma ação que está fundamentada na subjetividade e na vivência das mulheres, sendo condicionada pelo contexto social.

Segundo Sanicola (1995), o conhecimento da rede social na qual a pessoa e sua família estão inseridas permite a compreensão da dinâmica relacional, constituindo um subsídio para a reflexão e para estabelecimento de ações de intervenção junto a clientela atendida.

Por rede social, entende-se um “conjunto de relações interpessoais que determinam as características da pessoa, tais como: hábitos, costumes, crenças e valores”, sendo que desta rede, a pessoa pode receber ajuda emocional, material, de serviços e informações (SOARES, 2002, p.31).

Na literatura da área da saúde poucos são os estudos que abordam a rede social dos indivíduos. Sluzki (1997, p.67) refere que: “uma rede social estável protege a pessoa contra doenças, atua como agente de ajuda e afeta a pertinência e a rapidez da utilização de serviços

de saúde”, enquanto que por outro lado: “a pobreza relativa de relações sociais constitui um fator de risco para a saúde”.

Assim, no estudo dos condicionantes sócio-culturais, a abordagem metodológica de intervenção da rede social e a busca dos significados atribuídos pelas mães a partir de sua experiência vivida, podem se constituir em formas inovadoras mais abrangentes do pesquisador e profissional de saúde pensar ou repensar a prática da amamentação.

## **1.2. Trajetória profissional na área Materno Infantil**

Durante o Curso de Graduação em Enfermagem, uma das minhas experiências significativas foi a realização de um trabalho voluntário em uma comunidade carente do município de São Paulo, na qual atuava juntamente com enfermeiras e médicos na promoção da saúde materno-infantil. Neste sentido, por dois anos, mediante visitas domiciliares semanais, realizei atividades referentes à promoção da saúde de gestantes e crianças menores de dois anos, moradoras daquela comunidade.

Após o término do curso de graduação comecei a trabalhar em dois locais: num Hospital Maternidade da rede pública e em uma Instituição Federal de Ensino Superior.

Na Maternidade, atuando inicialmente como enfermeira da sala de parto e, posteriormente, como supervisora do Hospital, deparei-me com várias situações onde era evidente a dificuldade que algumas mulheres apresentavam no ato de amamentar e a importância do apoio dos profissionais de saúde, da família e dos amigos, para a instalação e o sucesso da amamentação.

Assim, embora muitas vezes me encontrasse como a única enfermeira do plantão, sempre priorizava algum momento para conversar com as puérperas sobre a amamentação ou auxiliá-las em suas primeiras experiências. Já nesta ocasião, percebia a diferença entre o

conhecimento teórico sobre aleitamento materno, adquirido recentemente na graduação e o estabelecimento do processo de amamentação pela mulher enquanto puérpera e nutriz<sup>4</sup>.

No trabalho desenvolvido na Universidade Federal de São Paulo, durante dez anos, tive a oportunidade de participar, juntamente com uma equipe interdisciplinar, de intervenções de promoção à saúde das famílias, em vinte e duas comunidades de baixa renda. No período de 1993 a 1995, a partir de um estudo prévio desenvolvido em quatro destas favelas, onde se observou uma mediana de aleitamento materno exclusivo de 15 dias, desenvolvi um estudo<sup>5</sup> sobre esta temática junto a mulheres residentes em quatro comunidades de baixa renda do município de São Paulo. Desta forma, tive a oportunidade de criar nestas comunidades carentes um programa de promoção à amamentação exclusiva, mediante visitas domiciliares, do período gestacional até o sexto mês pós parto. Entre as 50 mulheres que foram acompanhadas até 6 meses após o parto, verificou-se que a mediana de aleitamento materno exclusivo e de aleitamento materno total foi de 75 dias e de 180 dias, respectivamente.

Durante este trabalho de intervenção, percebi que auxiliar as mães a amamentarem seus filhos significa muito mais do que o fornecimento de orientações clássicas como: importância e vantagens do leite materno, conduta diante das dificuldades e técnicas de amamentação. A eficácia da intervenção aumentava quanto maior era a relação de confiança entre a pesquisadora e a nutriz e na medida em que se buscava considerar a totalidade dos fatores envolvidos no ato de amamentar, como a presença da mãe, avó, profissional de saúde, amigos; condições de moradia; situação de saúde; relacionamento com o marido; problemas com os filhos; situação escolar, de trabalho; acesso ao serviço de saúde e outros. De acordo

---

<sup>4</sup> Nutriz: mulher que nutre, que produz leite, que amamenta (MOURA, 2005)

<sup>5</sup> Dissertação de Mestrado intitulada: “Aleitamento materno – estudo prospectivo de intervenção com mulheres residentes em favelas do município de São Paulo”, defendida em 1996, no Curso de Pós-Graduação em Nutrição da Universidade Federal de São Paulo.

com Oliveira (2001) a atuação da equipe de saúde voltada para o apoio à amamentação, deve ser caracterizada pela parceria e solidariedade entre o profissional e a clientela.

Além da importância dos membros da família e amigos ao lado da nutriz, no estudo citado, identifiquei ainda que enquanto algumas pessoas, próximas à nutriz, auxiliavam-nas fornecendo-lhes apoio na prática do aleitamento materno, outras criavam dificuldades mediante conselhos contraditórios.

Soares (2002) em seu estudo corrobora com este pensamento que valoriza o contexto social e menciona que:

(...) enquanto algumas pessoas ajudam, outras criam dificuldades.

Há redes praticamente inteiras que dão apoio, enquanto outras redes descuidam, castigam, marginalizam, comprometem, traem. Isso importa para reconhecer que positividade e negatividade, capacidade de dar auxílio ou dificultar coexistem na rede social, podem conviver, ser aceitas, assumidas, ser objeto de uma intervenção social (SOARES, 2002, p.38).

Com o tempo compreendi que o fenômeno da amamentação no contexto de comunidades significava procurar entender principalmente a dinâmica familiar e o contexto relacional das mães que amamentam, ou seja, a rede social das mesmas.

Neste sentido, o tema deste estudo foi motivado pela minha experiência profissional como enfermeira e do trabalho que continuo desenvolvendo em comunidades, atualmente como docente e supervisora de alunos de graduação em enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, na ocasião do estágio curricular de Saúde Pública.

### **1.3. Justificativa**

A temática do aleitamento materno vem sendo objeto de estudo de vários autores que no decorrer dos anos, mediante uma abordagem quantitativa apontam diversos aspectos,

especialmente do ponto de vista biológico, que estão envolvidos nesta prática. Em complementação, os estudos qualitativos que abordam os condicionantes sociais, como a influência de apoio social ou rede social na amamentação, bem como os estudos de abordagem fenomenológica, vêm ampliar a compreensão do fenômeno da amamentação.

Na literatura são apresentados muitos estudos referentes à temática do apoio social, na qual os autores corroboram com o pensamento de que o apoio recebido durante o período da amamentação é fundamental para o sucesso desta prática (BRYANT, 1982; SOUZA, 1996; CHEZEM e FRIEZEN, 1999; LUTTER, 2000; HODDINOTT *et al*, 2000). Nestes, e em outros estudos, o apoio social é definido a partir da satisfação das demandas trazidas pela pessoa, consistindo no processo pelo qual os recursos numa estrutura social (comunidade, rede social e relações íntimas) permitem satisfazer necessidades (instrumentais e expressivas) em situações cotidianas e de crise (LIN e ENSEL, 1989). Tocantins (1993, p.68) aponta para importância do enfermeiro estar aberto para as situações vivenciadas pela população da área de abrangência da sua unidade, a fim de desenvolver ações de saúde voltadas para as necessidades assistenciais, sejam estas individuais ou coletivas, ou ainda curativas ou preventivas.

Faria (2001, p16) estudando a influência das redes de ajuda às mães que amamentam, verificou que tal abordagem permite um olhar para o fenômeno da amamentação que vai além do aspecto biológico.

Segundo Soares (2002a, p.41), o mapeamento da rede social é de grande importância para o trabalho da equipe de saúde, sendo este um instrumento seguro e dinâmico para garantir a visualização e valorização dos vínculos sociais, bem como os recursos materiais e relacionais da família.

Cabe ressaltar, que não foram encontrados estudos sobre a abordagem teórico-metodológica de intervenção de rede social de mulheres brasileiras que amamentam no



contexto de comunidades de baixa renda, denominadas favelas. Desta forma, o presente estudo propicia um relevante subsídio para a atuação interdisciplinar, pois, o enfermeiro, assim como os demais profissionais, pode contribuir para o fortalecimento da rede social da nutriz, considerando-a de forma global dentro do seu contexto relacional, podendo, assim, planejar as ações a partir desta totalidade.

Acredita-se que o presente estudo tenha um caráter inovador e de relevância para a realidade brasileira, por apresentar um referencial sobre a temática de redes sociais, tema pouco estudado no Brasil e por tratar de intervenção em comunidades.

Diante do exposto, penso que a abordagem metodológica de rede social poderá facilitar o processo de compreensão da realidade da mulher que vivencia a amamentação, do ponto de vista dos vínculos interpessoais e sócio-institucionais, possibilitando subsídios para uma intervenção de enfermagem mais realista.

#### **1.4. Objeto**

Este estudo tem como **objeto**: a rede social da mulher que amamenta.

#### **1.5. Objetivos**

Os **objetivos** propostos foram:

- descrever a rede social das mulheres que amamentam;
- compreender o significado da relação da mulher com a sua rede social
- analisar compreensivamente o significado da rede social para a prática da amamentação.

## **II. MARCOS REFERENCIAIS**

---

---

## 2.1. Amamentação: da visão biológica e social para a perspectiva do vivido

É inquestionável o valor do leite materno do ponto de vista nutricional, anti-infeccioso, imunológico, econômico, anticoncepcional, emocional, entre outros; sendo de consenso que este leite deve ser utilizado como fonte exclusiva de nutrientes para a criança durante os primeiros 6 meses de vida.(MURAHOVSHI *et al*, 1986; JELLIFFE e JELLIFFE, 1986; MONTEIRO *et al*, 1990; TORRES *et al*, 1991; SAADEH e BENBOUZID, 1991; BRASIL, 1991; DEWEY *et al*, 1992; WHO, 1992; GRAY, 1994; OPS/OMS, 1994; ALMEIDA, 1999; WHO, 2001; FERREIRA e MONTEIRO, 2002; BRASIL, 2003; VIEIRA, 2003, REA, 2003, MOURA, 2005; GIUGLIANI, 2005).

Na literatura, há diversos estudos que apontam para os benefícios do leite materno na prevenção da desnutrição e da morbi-mortalidade infantil (MARTINES, ASHWORTH e KIRKWOOD, 1989; GRANZOTO *et al*, 1992; LOUREIRO, VENANCIO e PEREIRA, 2003; PRIMO, AMORIM e LIMA, 2004). Contudo, sabe-se que em países em desenvolvimento, onde prevalece a pobreza, nota-se um declínio das taxas de aleitamento materno, o que resulta num efeito deletério sobre a saúde das crianças (GRANZOTO *et al*, 1992, CUNNINGHAM e SEGREE, 1990; OMS, 1991). Tal fato é evidente quando se observa, entre outros, os índices de internações hospitalares por doenças diarreicas ou respiratórias, a prevalência de desnutrição ou as taxas de mortalidade infantil, desses países.

Victora, Barros e Vaugnan (1988), estudando as condições de saúde das crianças de um município do sul do país, verificaram que o aleitamento artificial é um fator de risco importante para mortes por diarreia e infecções respiratórias, sendo o risco relativo de 14,2 e 3,6 para mortalidade por doenças diarreicas e respiratórias, respectivamente.

O valor do leite humano é sempre indiscutível na alimentação da criança nos primeiros meses de vida. No entanto, após o processo de industrialização, a partir dos anos 40,

com a participação da mulher no mercado de trabalho e com o fomento das indústrias produtoras de alimentos lácteos, iniciou-se uma diminuição deste valor e conseqüentemente um declínio desta prática. (MONTEIRO *et al*, 1990; BRASIL, 1991).

Com o advento da Revolução Industrial houve um grande crescimento das cidades, e nesse processo de urbanização os trabalhadores que desenvolviam atividades relacionadas à agricultura passaram a trabalhar nas indústrias. Com isto, evidenciaram-se mudanças sócio-culturais e na estrutura dessas famílias.

Segundo Goldemberg (1988), a medida em que o trabalhador passa dos meios de produção manufatureira para a produção mecanizada, há um aprimoramento qualitativo desta força de trabalho, que se expressa na sua transformação em consumidor, e conseqüente mudança de estilo de vida. Neste contexto, destaca-se também, o processo de medicalização, visando a conservação e reprodução da força de trabalho, tornando-se relevante a manutenção do bom estado de saúde, incluindo-se a preocupação com a alimentação, tanto dos adultos como das crianças.

Com a urbanização e industrialização, as mulheres começaram a mudar o seu ritmo de vida, pois também passaram a trabalhar nas fábricas, em longas jornadas diárias, com baixa remuneração. O fato da mulher estar inserida no mercado de trabalho, permanecendo várias horas fora do lar e, com as mudanças na estrutura familiar, houve perda de seus valores culturais, que contribuíram, dentre outros fatores, para o declínio do tempo de aleitamento materno (BRACCO NETO, 1993; CIACCIA, RAMOS e ISSLER, 2003).

Com o fomento do setor industrial, desencadeou-se o interesse das indústrias de alimentos infantis na comercialização de seus produtos; notando-se a partir da década de 30 uma disseminação da proposta de utilização do leite em pó. Assim, o avanço tecnológico criado para atender situações de excepcionalidade tende ao uso generalizado e indiscriminado. Gera-se a necessidade do desenvolvimento de medidas de proteção às crianças e nestas

condições procura-se atingir a população através da prática de atenção à saúde. Sendo os profissionais dessa área responsáveis pelo crescimento e desenvolvimento da criança e em nome da prescrição de uma alimentação apropriada para a idade, estabelece-se o suporte para orientação da nova prática do aleitamento. Desta forma, delineiam-se a expansão da produção e comercialização do leite em pó e a ampliação do *marketing* através da rede de saúde e dos meios de comunicação (GOLDEMBERG,1988).

Segundo Almeida (1999, p.55), os avanços da ciência, as intervenções das indústrias de leites infantis, as preocupações dos familiares, a política estatal, a forma de atuação dos profissionais de saúde; encontram-se “interligados, partícipes de uma mesma trama, de uma rede socio-biológica desenhada pelo leite humano”.

A Organização Mundial de Saúde (2001), corroborando com os estudos citados acima, atribui de maneira significativa, o aumento da desnutrição e das infecções, bem como os altos índices de mortalidade infantil ao declínio do aleitamento materno.

No Brasil, estudos indicam que não só o número de mulheres que amamentam é baixo, como também o tempo de duração da amamentação exclusiva é extremamente curto (REA, 2003, p.37).

A Organização Mundial de Saúde, manifestando sua preocupação com o declínio da prática da amamentação, principalmente, relacionado às atividades de promoção comercial dos alimentos infantis, denominados alimentos substitutos do leite materno, aprovou, em 1981, na trigésima quarta Assembléia Mundial de Saúde, o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno. A partir desse Código Internacional, em 1988, no Brasil foi adotada a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras, cujo objetivo é:

contribuir para o fornecimento de nutrição segura e adequada aos lactentes por meio de proteção e incentivo à amamentação, regulando a promoção comercial e procurando assegurar o uso apropriado dos alimentos

comercializados como substitutos do leite materno e alimentos complementares, quando estes forem necessários, com base em informações adequadas e por meio de comercialização e de distribuição apropriadas (BRASIL, 1989, p.10).

Desta forma, frente ao declínio do aleitamento materno, notam-se, na atualidade, grandes esforços de órgãos governamentais e não governamentais para a retomada dessa prática. Segundo Cameron e Hofvander (1989), amamentar é uma experiência fisiológica e psicológica fascinante entre a mãe e o filho. Contudo, alguns estudos evidenciam ainda, que o ato de amamentar sofre a influência de outros fatores como: idade materna, estabilidade familiar, nível sócio-econômico, ocupação e escolaridade e apoio social.

Com o aumento da frequência de gestações na adolescência, as pesquisas vêm revelando que a mãe adolescente tem menor probabilidade de iniciar e manter a amamentação. Assim, além de ser gestante de risco, necessita de maior apoio para que possa, no seu novo papel, vencer os problemas e dificuldades do período de amamentação (SAKAMOTO, FREIRE e MORRIS, 1991; NOVOTONY *et al*, 1994; WAGNER *et al*, 2000).

Segundo Caetano (1992) e Wagner *et al* (2000), as mulheres casadas ou as que vivem com companheiro têm maior chance de amamentar seus filhos, devido ao apoio que recebem e ao fato de estarem dividindo os encargos e preocupações durante o período de lactação. No entanto, cerca de 12% das famílias brasileiras são constituídas apenas por mães e seus filhos, sendo a mulher quem garante a sobrevivência da família, mediante o seu trabalho (IBGE, 1992).

Martins Filho e Sanged (1987) e a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1991), mencionam que em locais onde o saneamento básico é deficiente, a maioria das crianças em aleitamento artificial recebem, através de mamadeira, um alimento muito diluído e

contaminado que causa a desnutrição, a qual, associada a episódios frequentes de diarreia infecciosa, conduz ao aumento da mortalidade.

Torres *et al* (1991), estudando as condições ambientais e a prática do aleitamento materno em uma favela do município de São Paulo, verificaram que a curta duração do aleitamento natural e a conseqüente introdução precoce do leite de vaca aumentam a predisposição das crianças de contrair infecções, surgindo daí, o binômio diarreia-desnutrição.

O trabalho materno, também, é citado como um dos fatores causais de desmame precoce. A mãe que trabalha fora do lar, na maioria das vezes, permanece várias horas longe do seu filho por falta de creche disponível perto do local de trabalho e, também, por, muitas vezes, desconhecer as técnicas de ordenha e armazenamento do seu leite para ser oferecido, na sua ausência, ao seu filho. Inserida nesse contexto, ela opta, precocemente, pelo aleitamento artificial (RYAN e MARTINEZ, 1989; REA *et al*, 1997; WAGNER *et al*, 2000).

Há vasta literatura indicando a associação positiva entre o nível de instrução materno e a prática da amamentação (NÓBREGA *et al*, 1991; NOVOTNY *et al.*, 1994; UNICEF, 1994; WAGNER *et al*, 2000). No entanto, há vários estudos mostrando também que mães com menor escolaridade apresentam maior tempo de aleitamento materno (SANTOS-TORRES *et al*, 1990; ROMO *et al*, 1991; PICHAIPAT *et al*, 1992; ESCAMILLA, 1993). Tais achados orientam para o condicionamento multicausal do desmame precoce, devendo-se considerar as circunstâncias que envolvem a mãe e sua situação de vida quando se avalia a prática da amamentação.

Souza (2003) realizando um levantamento acerca da construção do conhecimento em amamentação na área da medicina, identificou que a produção científica da Pediatria brasileira tem priorizado o entendimento desta temática como um fenômeno natural, na perspectiva das *leis transcendentais* em detrimento das *leis imanentes* que condicionam o comportamento humano e portanto os fatos sociais.

Com relação ao apoio à mulher lactante, na literatura diversos autores mencionam ser este essencial para o sucesso do aleitamento, ressaltando-se a influência da intervenção desde o período gestacional, com a finalidade de diminuir a possibilidade do desmame precoce (GRANZOTO *et al* 1992; VEGA-LOPEZ e PÉREZ 1993; BRYANT, 1982; SOUZA, 1996; LUTTER, 2000; CHEZEM e FRIESEN, 1999; PRIMO e CAETANO, 1999; HODDINOTT *et al*, 2000, FERREIRA e MONTEIRO, 2002, BUENO e KEIKO, 2004, VANNUCHI *et al*, 2004). Neste sentido, o “Aconselhamento em amamentação” constitui em uma estratégia preconizada pela Organização Mundial da Saúde, com a finalidade de aumentar as taxas de duração do aleitamento materno mediante ações de proteção, promoção e apoio à amamentação (BRASIL, 2003; BUENO e KEIKO, 2004).

Para Matich e Sims (1992), Giugliani *et al* (1994) e Dessen (2000), o apoio do marido/companheiro à nutriz é de fundamental importância para o enfrentamento das modificações no contexto familiar, decorrente do nascimento do filho.

Gonçalves (2001), verificou que os relacionamentos familiares são aqueles que mais ajudam no processo de amamentação. No entanto, devido ao fato das mulheres muitas vezes possuírem crenças oriundas de gerações passadas, é importante o auxílio de profissionais de saúde mediante ações voltadas para a promoção do aleitamento materno.

O sistema de alojamento conjunto, facilitando a proximidade mãe-filho, é um requisito fundamental e indispensável para a efetiva promoção do aleitamento materno. Além de modificações das rotinas hospitalares, tal sistema exige a formação e atualização periódica dos profissionais da saúde, com vistas à orientação em amamentação. (BRASIL, 1991; CUNNIGHAN e SEGREE, 1990; KURNIJ e SHIONO, 1991; BRASIL, 1993, VILLALON e ALVAREZ, 1993).

Desta forma, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, mediante a normatização de 10 passos a serem cumpridos pela Unidade Hospitalar representa um grande apoio às mães



durante a fase inicial da lactação. (NAYLOR, 2001; OMS, 2001, VANNUCHI *et al* , 2004). O décimo passo especifica que o Hospital deve: “encorajar a formação de grupos de apoio à amamentação para onde as mães devem ser encaminhadas, logo após a alta do hospital ou ambulatório” (OMS, 2001, p.103).

Além do apoio durante o período em que mãe e filho encontram-se no ambiente da instituição de saúde, é de grande relevância um programa de promoção ao aleitamento materno, mediante visitas domiciliares nas primeiras semanas pós-parto (SOUZA, 1996; JOHNSON *et al*, 1999). Segundo estes autores, esse período é um dos mais críticos durante a fase da amamentação, onde podem surgir várias dificuldades, como fissuras, ingurgitamento, dor à sucção, angústia, ansiedade e outras. Neste sentido, Abrão (1998) em seu estudo afirma que após a alta hospitalar a mãe deveria ser encaminhada para um serviço de apoio à amamentação, com consultas agendadas a partir do 10º dia pós-parto.

Com o intuito de verificar a eficácia das ações de promoção, proteção e apoio à amamentação, desenvolvidas na rede básica de saúde, Oliveira e Camacho (2002) realizaram uma revisão sistemática sobre a amamentação identificando uma diversidade de intervenções voltadas para o aumento da duração do aleitamento materno. Com base nesta revisão, Oliveira (2001), estabeleceu dez passos a serem cumpridos pelas unidades primárias de saúde para se tornarem “Unidades Básicas Amigas da Amamentação” (UBAAM). E de forma semelhante aos passos da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, o décimo passo da UBAAM estabelece que a Unidade deve: “promover grupos de apoio à amamentação acessíveis a todas as gestantes, mães e seus familiares”.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001), mais do que os serviços de saúde formais, os grupos de apoio comunitários podem ser eficientes para fornecer uma ajuda individual diária às mães que amamentam. No entanto, a combinação destes dois tipos de

intervenção (individual e em grupo) pode ser mais efetiva do que um determinado apoio realizado isoladamente.

A partir da década de 90, na área da enfermagem, alguns estudos do tipo qualitativo vêm buscando a abordagem compreensiva para descrever as experiências maternas no ato de amamentar. Arantes (1991) estudou o significado da amamentação para a mulher que a vivencia. Esta autora, buscando a compreensão do fenômeno da amamentação identificou o conceito de “*singularidade*” (a amamentação ocorre de maneira única, individualizada). Araújo (1991) em seu trabalho acerca das representações das mulheres que amamentam verificou uma contradição entre o querer e o poder amamentar. Souza (1993) refere que a amamentação é uma possibilidade do campo existencial, de caráter fenomênico, que para ser apreendida necessita de um “*olhar atento*” sobre a experiência vivida das mulheres. Em seu estudo verificou o conceito de “*decisão*”, sendo a amamentação entendida como um gestar, nutrir, amar, dar origem, uma possibilidade. Silva (1994) realizando um estudo sobre o aleitamento materno a partir do olhar da mulher, menciona que esta vivencia a amamentação através de um processo avaliativo e valorativo cujo fenômeno central denomina-se pensando riscos e benefícios. Nakano (1996) estudou o cotidiano das mulheres que amamentam pela primeira vez, procurando desvelar as representações das mesmas sobre o aleitamento materno. Martins (1998) buscou compreender o significado do aleitamento materno vivenciado até ou além dos 6 meses, na perspectiva da nutriz. Apontou para a importância da valorização da mulher nesta experiência e para a possibilidade de uma nova forma de ver, pensar e agir sobre a questão da amamentação.

Souza (2000, p.76), em seu estudo verificou que os profissionais de saúde forneciam orientações sobre técnicas de amamentação, porém estavam longe das reais necessidades das mães. Era dito o que elas precisavam saber, na ótica do profissional de saúde, mas o sentido da mulher/mãe/nutriz permanecia velado, portanto não dito.

De acordo com Souza (2000, p.78): “estudos sobre amamentação com enfoque na mulher procuram vê-la, compreendê-la como um ser de possibilidades com sensibilidade e respeito por sua história, seu momento de vida, entendendo que amamentar faz parte, é um acontecer”. Esta autora menciona ainda que para a mãe vivenciar a amamentação é necessário estar próxima de pessoas que lhe dão apoio e cuidado (SOUZA, 2000, p.74).

Em uma outra perspectiva, Alves (2003) investigando os valores referidos pelos enfermeiros nos esclarecimentos acerca da amamentação, evidenciou o predomínio de uma valoração que dava suporte ao biologicismo em detrimento dos valores que possibilitam pensar e apreender o *sentido axiológico* do ato de amamentar.

## **2.2. Apoio social: histórico e conceituação**

Historicamente a questão do apoio social evidenciou-se na literatura no início do século XX a partir de estudos realizados no âmbito da Psicologia e da Sociologia. Os sociólogos partindo do princípio de que as sociedades urbanas debilitam os laços sociais dando origem a fenômenos de solidão, alienamento e desenraizamento, começaram a se interessar pelas conseqüências da urbanização e industrialização (NUNES, 2005). Para Bulmer<sup>6</sup> (1987 *apud* NUNES, 2005) nas zonas urbanas as relações de proximidade características das zonas rurais são substituídas pelas relações impessoais e formais.

De acordo com Durkheim (2001) o indivíduo deve ser compreendido como “fato social” e portanto não pode ser visto de maneira isolada. Assim, concebendo que o mesmo encontra-se inserido em um contexto de uma realidade social, Durkheim foi um dos pioneiros na análise dos fatores *coercitivos* que levam o indivíduo a se moldar de acordo com os

---

<sup>6</sup> BULMER, M. The social basics of community care. Londres. 1987.

parâmetros impostos pelo grupo social no qual está inserido. Nesta perspectiva, ele verificou ainda um aumento do risco de suicídio entre indivíduos que viviam isolados.

A partir da década de 70, Cassel (1976), Caplan<sup>7</sup> (1974 *apud* SANTOS, 1996) e Cobb (1976) considerados os fundadores das pesquisas sobre apoio social, ressaltam a importância de pessoas estarem vinculadas umas às outras podendo receber ou fornecer apoio social, sendo este um fator de proteção, promoção da saúde e manutenção do bem estar dos indivíduos (PAIXÃO e OLIVEIRA, 1996, NUNES, 2005, SANTOS, 1996).

Nunes (2005) afirma que na revisão de literatura sobre apoio social podem ser encontrados diversos termos, como: suporte social, suporte instrumental e emocional, *feedback*, aconselhamento, interação positiva, orientação, confiança, socialização, sentimento de pertença, informação, assistência material e outros. Esta diversidade de terminologia contribui para a dificuldade no estabelecimento de uma única definição de apoio social.

Contudo, diversos autores definem apoio social a partir da satisfação das necessidades básicas de um indivíduo na interação com outros (KAPLAN, 1977 *apud* SANTOS, MARCELINO, 1996; THOITS, 1982). Segundo Lin e Ensel<sup>8</sup> (1989 *apud* SANTOS, 1996) apoio social é “o processo no qual os recursos numa estrutura social (comunidade, rede social e relações íntimas) permitem satisfazer necessidades em situações cotidianas e de crise”.

Sarason *et al*<sup>9</sup> (1990 *apud* NUNES, 2005) definem apoio social como “a existência ou disponibilidade de pessoas em quem possamos confiar, pessoas que mostram que se preocupam conosco, nos valorizam e gostam de nós”.

---

<sup>7</sup> CAPLAN, G. Support systems and community mental health. Behavioral publications. New York, 1974.

<sup>8</sup> LIN, A.D.; ENSEL, W. Social support, life events and depression. London, 1989.

<sup>9</sup> SARASON, B.R. *et al.* Social support: an interactional view. New York, 1990.

Troits (1985) afirma que “o apoio social consiste no grau em que as necessidades sociais básicas de um indivíduo (de afiliação, afeto, pertença, identidade, segurança e aprovação) são satisfeitas através da interação com os outros”. Para este autor estas necessidades podem ser satisfeitas mediante uma ajuda sócio-emocional ou uma ajuda em relação às questões familiares, econômicas ou de trabalho.

Para Barron<sup>10</sup> (1996 *apud* MARTINS, 2005) o apoio social é “um conceito interativo que se refere às transações que se estabelecem entre os indivíduos”.

Vaz Serra<sup>11</sup> (1999 *apud* MARTINS, 2005) definiu apoio como “quantidade e coesão das relações sociais que rodeiam de modo dinâmico um indivíduo”.

Para Martins (2005) o apoio social refere-se a:

(...) funções desempenhadas por grupos ou pessoas significativas (familiares, amigos ou vizinhos) para o indivíduo em determinadas situações da vida, sendo que a subjetividade e a individualidade do apoio social depende da percepção pessoal de cada um. Nesta perspectiva as percepções que as pessoas tem do apoio passam pela crença de que há pessoas que se interessam por elas, que estão disponíveis quando precisarem e que as deixam satisfeitas em suas necessidades.

De acordo com Minkler (1985) e Valla (1999), apoio social se define como sendo “qualquer informação falada ou não, ou o auxílio material oferecidos por grupos e/ou pessoas que se conhecem e que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos”. Os efeitos positivos são gerados tanto nas pessoas que recebem como naquelas que oferecem o apoio e possibilitam a compreensão de que as pessoas necessitam umas das outras.

Apesar de grande parte das investigações referentes ao apoio social apontarem os aspectos positivos, quer seja do ponto de vista emocional, material e instrumental e de

---

<sup>10</sup> BARRON, A.I. Apoyo social: aspectos teóricos y aplicaciones. Madrid: siglo XXI. Espana Editores. 1996.

<sup>11</sup> VAZ SERRA, A. O stress na vida de todos os dias. Coimbra, 1999.

informação, alguns autores evidenciaram os aspectos negativos das relações sociais (MATOS; FERREIRA, 2000; BARRON, 1996).

Com relação à função o apoio social pode ser classificado em: emocional, material e instrumental e de informação (BARRON, 1996).

É importante destacar a relação existente entre apoio social e rede social. Embora alguns estudos não estabeleçam diferenciação entre estes dois conceitos, partindo do pressuposto de que ter relações sociais equivale a obter apoio das mesmas; outros pressupõem uma independência entre estes termos. Assim, tais estudos apontam que nem toda rede social constitui necessariamente em um sistema de apoio (JOSUÉ<sup>12</sup>, 1995 *apud* SANTOS, 1996; WELLMAN<sup>13</sup>, 1981 *apud* HENLY, 1997), contradizendo a opinião de alguns pesquisadores de que a presença dos membros da rede social, bem como a amplitude da mesma sempre traz benefícios para os indivíduos na atenção de suas necessidades ou no enfrentamento de seus problemas.

### **2.3. Rede Social: histórico e conceituação**

A noção de redes sociais nasceu na Antropologia social e na Sociologia mediante duas vertentes de pesquisa. A primeira surgiu na década de 40, na Escola Antropológica de Manchester onde pesquisadores orientados por Max Glukman desenvolveram uma série de pesquisas na África. Posteriormente, a partir da década de 50 destacam-se os trabalhos de John Barnes que tratou das relações informais de parentesco, amizade e vizinhança em uma comunidade norueguesa de pescadores e camponeses. Barnes introduziu a idéia de rede social como um recurso de análise. Para ele as redes seriam o conjunto de vínculos interpessoais entrecruzados conectados às ações das pessoas e às instituições da sociedade. Barnes adotou

---

<sup>12</sup> JOSUÉ, A.S.SG. Estudo comparativo do suporte social em doentes de evolução prolongada. Lisboa, 1995.

<sup>13</sup> WELLMAN, B. Applying network analysis to the study of support, 1981.

ainda a imagem de rede social como um conjunto de pontos conectados por linhas, onde os pontos representam os indivíduos ou grupos e as linhas indicam a interação entre as pessoas (FERNANDES, 1990; OLIVEIRA, 1999). E desta forma, ele foi um dos primeiros pesquisadores a supor que a estrutura social podia ser reconhecida através das interconexões de indivíduos na comunidade. Na análise do sistema social de classe da comunidade, utilizou a idéia de campos de relação, sendo estes campos compreendidos mediante as relações entre as pessoas daquele lugar, a partir do pertencimento destas com amigos, vizinhos e parentes. Assim a rede social pode ser definida como:

uma corrente ou sistema inter-conecto de coisas imateriais (...), ela é uma abstração de primeira ordem da realidade e contém a maior parte possível das informações sobre a totalidade da vida social da comunidade à qual corresponde. (...) Eu a chamo de rede total (BARNES<sup>14</sup>, 1972 *apud* MARTELETO, 2001)

Este mesmo autor focaliza este conceito de rede total, em seus estudos, para analisar os relacionamentos sociais existentes no campo da amizade, do parentesco e da classe social (BOTH, 1976, p. 21)

A segunda vertente, originária em Harvard, na década de 70, a sob a direção de Harrison White, desenvolveu pesquisas de rede social estudando sua estrutura a partir de análises matemáticas, sendo o enfoque desses sociólogos mais concentrado na estrutura da rede identificada mediante sofisticadas técnicas de análise matemáticas, do que no seu conteúdo. Desta forma, tais sociólogos exprimem uma confiança do tipo positivista na possibilidade de controlar e gerir a realidade social.

Da Escola Antropológica de Manchester, originaram-se também os estudos da Escola de Montreal, que focalizavam a atenção na compreensão e intervenção da dinâmica das

---

<sup>14</sup> BARNES, J.A. Social networks. Cambridge. Module 26, 1972.

relações sociais utilizando como método de trabalho a observação. Desta última Escola destaca-se Brodeur (1994, p. 203), que iniciou um trabalho de intervenção em rede social no Hospital Psiquiátrico de Laurentides, zona rural de Montreal. Partindo do pressuposto de que em uma cidade como Montreal haveria diversos grupos de pessoas vinculadas entre si de diversas maneiras nomeou estes agrupamentos, que constituíam o tecido da comunidade urbana, de “rede social”. No seu estudo confirmou a hipótese de que as pessoas que solicitavam ajuda não viviam seus problemas isoladamente, mas sempre no interior de uma rede social (BRODEUR,1994).

Seguindo a mesma vertente de pesquisa da Escola de Manchester e Montreal, Sanicola (1995) na descrição da caracterização e natureza de rede social afirma que cada pessoa e cada família constituem o “nó” de um entrecruzamento de relações que constituem uma rede. Para esta autora, a rede social, antes de ser um conceito, é um objeto porque existe na realidade; há um trabalho de reflexão que reconhece esse objeto e lhe dá um nome, conferindo-lhe, portanto, um conceito.

De acordo com Martins (2005) na literatura são utilizados diversos termos para a denominação de rede social. São estes: rede social de apoio, rede de suporte formal ou informal, rede natural de ajuda, serviços de suporte, entre outros. A rede social de apoio pode ser definida como a presença de ligações humanas estruturadas em um sistema de apoio, baseadas nos recursos partilhados entre os membros deste sistema. A rede de suporte visa fornecer uma ajuda concreta as pessoas. A rede de apoio formal é caracterizada pela relação com os serviços estatais e organizados pelo poder local. E a rede de apoio informal é composta por famílias, amigos e vizinhos. Para este mesmo autor o termo rede social refere-se “às relações e as suas características morfológicas e transacionais, sendo que a forma como tais relações estruturam os comportamentos quotidianos e são mobilizadas em cada circunstância específica, caracteriza a integração social da pessoa”.



Segundo Oliveira (1999) o conceito de rede pode ser entendido como a imagem de pontos conectados por fios, de modo a formar a imagem de uma teia.

De acordo com Lewis<sup>15</sup> (1987 *apud* DESSEN, 2000) rede social é um sistema composto por vários objetos sociais (pessoas), funções (atividades dessas pessoas) e situações (contexto), que oferece apoio instrumental (ajuda financeira, na divisão de responsabilidade e informação) e emocional (afeição, aprovação, simpatia, preocupação com o outro) , em suas diferentes necessidades.

A rede social pode ser definida ainda como um grupo de pessoas com as quais o indivíduo estabelece contato ou alguma forma de vínculo social (BOWLING, 1997).

Soares (2002b) define rede social como um conjunto de pessoas, organizações ou instituições sociais que estão conectadas por algum tipo de relação. Este mesmo autor, estudando os fluxos migratórios verificou que as redes sociais mais importantes fundam-se em relações de parentesco, de amizade e de trabalho.

Zaccarin (2000) menciona que a expressão rede social difundiu-se recentemente em várias disciplinas no campo das ciências humanas com a finalidade de indicar um conjunto de situações entre as quais se evidenciam relações do tipo afetivo, de amizade, de trabalho, econômica e social. Para este autor a rede social é definida como um conjunto de relações entre as pessoas que se conhecem, que compartilham experiências, no qual cada membro social é ligado a outros membros. A pessoa está portanto inserida em uma rede de relacionamentos, na qual é vista como um sujeito social que interage com o mundo que o circunda influenciando-o e se deixando influenciar. Tais relações podem ser importantes em determinados períodos ou irrelevantes ou ausentes em outros. Desta forma, o estudo de redes sociais pode possibilitar a compreensão de como estas condicionam as ações tomadas pelos indivíduos diante de suas necessidades específicas.

---

<sup>15</sup> LEWIS, M. Social development in infancy and early childhood, New York, 1987.

Para Marteleto (2001) rede social é um sistema de nós e elos, uma estrutura sem fronteira, uma comunidade não geográfica, um sistema de apoio, representando um conjunto de participantes que unem idéias e recursos em torno de valores e interesses compartilhados.

Taucar (1997) define redes sociais como entidades relacionais complexas de caráter coletivo, que têm como finalidade a satisfação das necessidades afetivas, materiais e de informação dos membros que as integram.

De acordo com Gerhardt (2003) a formação de redes é o resultado das necessidades sentidas pelos indivíduos em termos de problemas cotidianos. Nelas emergem as dinâmicas das relações interpessoais, tais como: empatia, relações afetivas, de companheirismo ou gestos gratuitos que dificilmente são quantificáveis.

Segundo Santos (1996) na rede “o indivíduo é um agente em interação com um conjunto de parceiros, ou seja, na rede social o indivíduo está em comunicação com o meio e ao mesmo tempo é influenciado por ele”. As redes podem ser: rede de apoio, redes destrutivas ou redes inócuas, dependendo da sua natureza e composição.

Neste sentido, entendendo que as redes sociais não são necessariamente um sistema de apoio social, é importante o estabelecimento de investigações mais aprofundadas sobre a influência das mesmas no mundo da vida das pessoas que vivenciam situações específicas, visando o fortalecimento dos vínculos entre os membros da rede, bem como a implementação de estratégias de intervenção e conseqüentemente uma melhoria na qualidade de vida dos indivíduos.

Marques (1999) entende rede social como um campo estruturado por vínculos entre indivíduos, grupos e organizações, construídos ao longo do tempo, sendo que tais vínculos têm diversas naturezas e podem ter sido construídos intencionalmente. Este autor menciona ainda que a rede pode ser estudada por meio de uma representação gráfica, ou seja, mediante a elaboração de um sociograma, de forma a permitir a visualização das posições e da

estrutura, ou por meio de uma reconstituição matemática do padrão de vínculos (matriz de relações) de maneira a possibilitar a análise quantitativa das posições e da estrutura geral. O enfoque central da análise de redes está pautado sobre as relações sociais que possibilitam o resgate das preocupações presentes em clássicos da Sociologia como Max Weber. E deste modo permite a construção de estudos precisos em termos descritivos de forma a considerar a realidade dos sujeitos, não impondo uma estrutura a priori ao contexto relacional vivenciado pelos mesmos.

Assim, a análise das redes sociais pode possibilitar a compreensão das relações entre indivíduos, a descrição, explicação e a promoção de sistemas de apoio e se constitui em subsídio para o estudo acerca da influência das características individuais e ambientais na disponibilidade de apoio social (JOSUÉ, 1995; ANDRADE, VAITSMAN, 2002).

A compreensão dos condicionantes do ambiente psicossocial de uma pessoa é de grande relevância, uma vez que a saúde individual ou coletiva resulta de complexas relações entre fatores biológicos, psicológicos e sociais. Neste sentido, no campo da saúde nota-se uma tendência à inclusão de questões referentes à rede e apoio social em instrumentos de investigação sobre as condições de saúde populacional (CHOR *et al*, 2001).

Neste âmbito Pinheiro (2003) ressalta a importância do cuidado de enfermagem no período puerperal como forma de multiplicar os contatos das mulheres com sua rede social, favorecendo a prática da amamentação.

No presente estudo, foram adotadas as denominações dos tipos de redes sociais descritas por Fernandes (1990); Sanicola (1995); Taucar (1997) e Soares (2001). De acordo com estes autores, as redes sociais podem ser de diversas naturezas: primárias e secundárias. Sendo que as redes secundárias podem ser: formais, informais, de terceiro setor, de mercado ou mistas. As redes se diferenciam pelos tipos de intercâmbios que ocorrem entre os indivíduos, sendo estes de reciprocidade, direito, dinheiro, ou uma combinação dos mesmos.

Com o propósito de ampliar o entendimento, registra-se que as redes primárias são aquelas unidades de vida social que agrupam algumas pessoas conhecidas e unidas por vínculos de parentesco, de vizinhança, de amizade e de trabalho, onde circulam a reciprocidade e a confiança.

Sanicola (1995) refere que a família constitui uma rede de solidariedade, que pode oferecer os cuidados necessários a seus membros, especialmente quando apresentam incapacidade temporária ou permanente para prover autonomamente suas necessidades, como nos casos de crianças, idosos, enfermidades físicas ou psíquicas e ainda de desemprego. Soares (2001), corroborando com este pensamento, menciona que nos casos de doença ou de alguma necessidade de cuidado físico, evidencia-se a importância dos vínculos de parentesco, uma vez que normalmente são os familiares que assumem este tipo de atenção, pela proximidade e intimidade relacional com a pessoa doente.

Outra característica da rede primária é o relacionamento com vizinhos que ocorre e é valorizado devido à proximidade física. Segundo Soares (2001) a relação com a vizinhança pode ser facilitada quando as pessoas residem no mesmo lugar por um longo período, em áreas de alta densidade residencial e quando permanecem muito tempo em casa. Os amigos e colegas podem ser considerados outro tipo de vizinhança. Porém no relacionamento com os amigos pode-se fazer uma experiência de afeição a tal ponto que esta relação pode perdurar independentemente do tempo e da proximidade física.

Por outro lado, as redes secundárias formais são constituídas por instituições sociais com existência oficial e estruturação precisa, desenvolvem funções específicas ou fornecem serviços particulares (BENSON, 1994, p. 253). Neste tipo de rede o intercâmbio é fundado no direito e são realizadas intervenções de acordo com as demandas dos usuários, como os serviços prestados pelas instituições públicas. Desta forma, os vínculos que se estabelecem com os membros das redes secundárias formais existem em função dos serviços prestados.

As redes secundárias informais são aquelas que se constituem a partir das redes primárias, quando frente a uma necessidade comum, um grupo de pessoas organiza um auxílio ou um serviço. Nesta rede, o vínculo é fundado na solidariedade adotando a dimensão da reciprocidade que se manifesta em termos de responsabilidade coletiva. De acordo com Soares (2001) esta rede normalmente é constituída para responder a uma necessidade ou algum tipo de problema vivenciado pelos membros que fazem parte da mesma rede. Um exemplo deste tipo de rede pode ser dado por pessoas que se organizam para levar as crianças à escola. A medida em que estas redes perduram no tempo, elas tendem a se formalizarem, transformando-se em uma rede do terceiro setor.

As redes do terceiro setor constituem-se em associações, organizações, cooperativas sociais, as fundações ou associações de voluntários, que se situam no âmbito da prestação de serviços, sem fins lucrativos. Portanto, nesta rede as trocas estão fundadas tanto no direito como na solidariedade .

As redes secundárias de mercado, caracterizam-se pelas atividades econômicas rentáveis, como por exemplo, as empresas, estabelecimentos comerciais, negócios, atividades prestadas por profissionais liberais, entre outros, que tem como finalidade a circulação do dinheiro e o lucro.

As redes secundárias mistas são aquelas onde há a combinação dos meios de intercâmbio, ou seja, ao mesmo tempo que prestam serviços garantindo o direito, o fazem mediante pagamento respectivo, fazendo circular também dinheiro, como é o caso das escolas privadas.

Para analisar a rede social faz-se necessário conhecer dentre outros fatores, como esta se apresenta, ou seja a sua estrutura. Neste sentido, alguns indicadores permitem a compreensão da forma como as ligações se estabelecem no contexto relacional das pessoas que compõem a rede. São estes:

♦ *amplitude*: diz respeito à quantidade de pessoas presentes e permite afirmar se uma rede é pequena, média ou grande. Neste sentido, é possível classificar as redes em função de sua amplitude da seguinte maneira: de três pessoas; de quatro a nove pessoas; de dez a quinze pessoas; de dezesseis a trinta pessoas; mais de trinta pessoas. Sanicola (1995) e Soares (2001) ainda classificam a rede quanto a sua amplitude em pequena (com menos de 9 pessoas) , média (com 10 a 30 pessoas) e grande (rede com mais de 30 pessoas).

♦ *densidade*: refere-se à quantidade de pessoas que se conhecem entre si. Este indicador permite visualizar quantos laços existem entre os membros de uma rede e identificar os nós, que são os pontos de maior densidade da rede.

♦ *intensidade*: refere-se ao intercâmbio realizado, em uma escala que permite verificar se está se trocando muito ou pouco e se as coisas intercambiadas são materiais, afetivas ou informativas. A escala está assim constituída: poucas coisas; muitas coisas; coisas materiais; muitas coisas menos questões íntimas; muitas coisas materiais inclusive questões íntimas, e muitas questões íntimas. Observando a intensidade dos vínculos, o operador social está em condições de fazer algumas perguntas, mas sobretudo, de fazer circular informações. As informações recebidas são úteis na medida em que os membros da rede as internalizam e se tornem mais conscientes de seus recursos, ativando-os.

♦ *proximidade/distância*: este indicador é útil porque permite a reflexão sobre a distância afetiva e revela os graus de intimidade. São eles: extrema proximidade; familiaridade; reserva; frieza e ruptura (separação).

♦ *freqüência*: este indicador apresenta com que sistematicidade o vínculo é estabelecido. A freqüência é assim definida: todo dia; duas a três vezes na semana; uma vez na semana; de três a seis meses; mais ou menos uma vez por ano.

♦ *duração*: este indica o tempo de conhecimento entre as pessoas da rede.

♦ *proximidade física*: este indicador dá a percepção de que uma rede pode viver no mesmo perímetro ou deslocada a quilômetros de distância. Refere-se ao local, onde os membros que compõem a rede habitam: na mesma casa; no mesmo prédio ou mesma rua; na vizinhança; no mesmo bairro; em outra cidade; em outro estado e em outro país.

Considerando que a mulher enquanto ser-mãe que vivencia a amamentação pertence a um contexto relacional, abordou-se as temáticas de apoio social e rede social, sendo esta última objeto deste estudo.

### **III. TRAJETÓRIA TEÓRICO-METODOLÓGICA**

---

---



No presente estudo, visando alcançar os objetivos propostos, foram utilizados dois referenciais teóricos: a metodologia para a construção de rede social, descrita por Sanicola (1995), que serviu como base para a elaboração da rede social das mulheres que amamentam e a fenomenologia, de acordo com a abordagem proposta por Alfred Schutz (SCHUTZ, 1979), que permitiu a compreensão das relações vividas pelas mulheres que amamentam no âmbito da sua rede social, bem como do significado da rede social para a prática da amamentação.

### **3.1. Rede social: aspectos metodológicos**

De acordo com Sanicola (1995), a metodologia para a identificação de rede social dá-se da seguinte forma: - inicialmente o pesquisador deve identificar a relação de pessoas que possivelmente podem prestar algum tipo de ajuda frente a uma situação apresentada pelo sujeito a ser pesquisado. De acordo com o interesse do estudo da rede a lista pode ser gerada a partir de um elenco de nomes com quem a pessoa está em contato regularmente; ou de uma descrição do cotidiano da pessoa, ou ainda, a partir de uma questão precisa. Portanto, antes de iniciar o elenco de nomes, é fundamental que se tenha clareza das razões pelas quais há interesse na rede social a ser estudada.

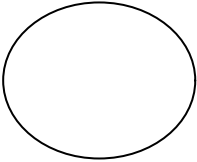

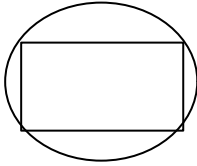
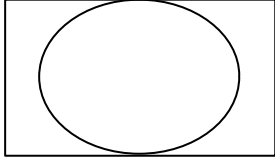
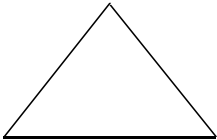
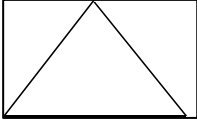
Ainda segundo Sanicola (1995), o pesquisador que pretende desenvolver seu estudo fundamentado no referencial teórico de rede social deve ter alguns comportamentos fundamentais como a ausência de preconceitos e a disponibilidade em desenvolver uma atitude de escuta e observação. A ausência de preconceitos permite partir da realidade dos fatos ocorridos no interior da rede e não de uma idéia prévia.

Cabe ressaltar a importância do pesquisador estabelecer uma relação de confiança com a pessoa a ser estudada, pois isso possibilita uma melhor identificação e exploração das redes. (SOARES, 2001).

A partir da lista de nomes pode-se representar a rede graficamente mediante um desenho. Esta representação gráfica, em forma de mapa, permite visualizar as relações estabelecidas entre as redes primárias e secundárias, possibilitando o reconhecimento da dimensão relacional em que a pessoa está inserida.




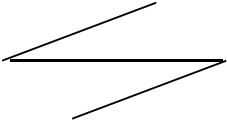



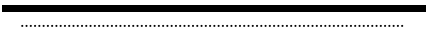
Estes mapas constituem suportes facilitadores da reflexão, são formas concretas de representação da situação dos membros da rede primária. O estudo dos mapas pelos profissionais da mesma ou de diferentes instituições suscita intercâmbios muito ricos e expressivos, bem como idéias novas a respeito das intervenções (SANICOLA, 1995).

A elaboração do desenho dos mapas dá-se mediante a utilização de figuras geométricas que representam os membros dos diversos tipos de rede social conforme a figura 1.

Figuras Geométricas	Tipos de Rede
	<p>Redes primárias (trocas de reciprocidade)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- família</li> <li>- vizinhos</li> <li>- amigos</li> <li>- colegas/companheiros</li> </ul>
	<p>Redes secundárias formais (trocas de direitos)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- instituições de serviços sociais, sanitários, outros</li> </ul>
	<p>Redes secundárias informais (trocas de solidariedade)</p>
	<p>Redes secundárias do Terceiro Setor (trocas de solidariedade e de direito)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- voluntariado organizado</li> <li>- cooperativas sociais</li> <li>- associações</li> <li>- fundações</li> </ul>
	<p>Redes secundárias de mercado (troca de dinheiro e de direito)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- empresas</li> <li>- fábricas</li> <li>- negócios</li> </ul>
	<p>Redes secundárias com trocas de direito e de dinheiro (recuperação)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- casa de saúde</li> </ul>

**Fig. 1 - Representação geométrica de tipos de Rede Social** - Fonte: (Sanicola, 1995)

Desta forma, questiona-se quais são as pessoas que estão próximas ou distantes do contexto familiar, a presença de vínculos trabalhistas e as instituições que as pessoas freqüentam ou onde recebem algum benefício, identificando a posição que estes ocupam com relação a pessoa a ser estudada. Após o registro de todas as pessoas referidas busca-se descrever o tipo de vínculo que é estabelecido entre os membros da rede. Para tanto, utiliza-se um quadro contendo a representação gráfica dos tipos de vínculos. (Fig. 2).

Representação Gráfica	Tipo de Vínculo
	NORMAIS
	FORTES
	FRÁGEIS
	CONFLITUOSAS
	INTERROMPIDAS
	RUPTURA, SEPARAÇÃO LEGAL, DIVÓRCIO
	DESCONTÍNUAS
	AMBIVALENTES

**Fig. 2 – Representação gráfica do tipo de vínculo na Rede Social** - Fonte: (Sanicola, 1995)

### 3.2. Abordagem fenomenológica

No presente estudo foi utilizado ainda, como referencial teórico-metodológico, a abordagem fenomenológica.

A opção pela fenomenologia, teve como origem a busca de um caminho de investigação que me conduzisse a um olhar, o mais aberto e abrangente possível, acerca da temática a ser estudada, ou seja, dos significados que sustentam as relações das mulheres com sua rede social, na vivência do aleitamento materno, no contexto das comunidades do município do Rio de Janeiro.

Na literatura há diversos autores que aprofundaram seus estudos tendo como referência as obras de Edmund Husserl (1859-1938), considerado fundador do Movimento Fenomenológico (MOREIRA, 2002, p. 76).

Segundo Leeuw (1960) a fenomenologia ajuda a olhar para o desconhecido tal como se apresenta, abrindo espaço para o novo. Este mesmo autor afirma que :

a fenomenologia busca o fenômeno; o que é o fenômeno? É aquilo que se mostra. Isso contém uma tríplice afirmação: 1) existe algo; 2) esse algo se mostra; 3) é um fenômeno pelo próprio fato de mostrar-se”. Apenas alguém começa a falar daquilo que se mostra, existe a fenomenologia (LEEUEW, 1960, p. 529)

Assim, a fenomenologia, descoberta em nossas vivências, pretende chegar à estrutura universal presente em cada um de nós, tal como ela se dá na vivência do mundo da vida. (CAPALBO, 1994).

Na abordagem fenomenológica o pesquisador busca atentivamente os significados do fenômeno mediante a percepção da situação real e da existência do sujeito (PRIMO, 1999).

Após a década de 90 nota-se que, na área da enfermagem, houve uma tendência aos estudos de abordagem qualitativa buscando a vertente fenomenológica (CAPALBO, 1998). Desta forma, observa-se nas produções científicas sobre amamentação a utilização do método fenomenológico como uma possibilidade de desvelar a experiência vivida de mulheres que amamentam (Arantes, 1991; Souza, 1993; Souza, 2000).

Entre os fenomenólogos há certas diferenciações com relação ao método de análise, conforme a natureza do fenômeno a ser desvelado. Na trajetória desta investigação optei pela abordagem da Fenomenologia Sociológica de Alfred Schutz (1979a), por julgar ser esta adequada para responder as inquietações acerca do significado das relações estabelecidas na rede social a partir da vivência da mulher que amamenta, inserida no seu mundo da vida, portanto numa realidade social.

### **3.3. A Fenomenologia Sociológica de Alfred Schutz**

Alfred Schutz (1899-1959), interessando-se pela Sociologia de Max Weber e pela Filosofia de Edmund Husserl, contribuiu para estabelecer os fundamentos de uma Fenomenologia Sociológica. Para tanto, em seus estudos, Schutz realizou de forma sistemática e abrangente, uma síntese de conceitos da Sociologia e da Fenomenologia.

A partir dos fundamentos da sociologia de Weber, Schutz ressalta que a conduta humana é considerada ação significativa, a partir do momento em que a pessoa age e atribui à ação um significado subjetivo (SCHUTZ, 1979a, p.9).

Após um aprofundamento das obras sobre a fenomenologia transcendental de Husserl, Schutz concluiu que o filósofo não teria conseguido resolver o problema da intersubjetividade e portanto não estava a par dos problemas concretos das ciências sociais, fato que o prejudicava quando lidava com as relações sociais e os grupos sociais. No entanto,

buscou em Husserl, na vivência da consciência originária a compreensão do significado da ação, considerando as ações intencionais, dando uma contribuição ao tratamento dos fenômenos a partir da tipificação no âmbito da vida cotidiana (SCHUTZ, 1979a, p.7).

Segundo Tocantins (1997), para compreender o significado da **ação** de um indivíduo, o pesquisador deve se ater aos elementos relevantes que a pessoa confere a sua ação, uma vez que esta é responsável pela definição do significado da sua ação.

Nesse sentido, Schutz (1979a, p.80) partindo da compreensão das experiências individuais, verificou que viver no mundo da vida significa viver em um envolvimento interativo com muitas pessoas, em complexas redes de relacionamentos sociais. Corroborando com este pensamento Capalbo (1998) afirma que o mundo da vida consiste em compreender que “*viver é conviver*”. Portanto,

(...) não é apenas possuir células, organismo biológico, estruturas neuro-fisiológicas e químicas em funcionamento, mas compreender que na vivência humana há outros aspectos como: relacionamentos humanos, compartilhamento de idéias, de emoções e sentimentos (CAPALBO, 1998, p.418).

Schutz (1979a p.72) define ainda o **mundo da vida cotidiana** como a esfera das experiências cotidianas, direções e ações através das quais os indivíduos lidam com seus interesses, manipulando objetos, tratando com pessoas, concebendo e realizando planos. Ele analisou este mundo da vida através de vários ângulos: analisou a **atitude natural** definida como uma postura que reconhece os fatos objetivos, as condições para as ações de acordo com os objetos a sua volta, a vontade e as intenções dos outros com quem se tem de cooperar ou lidar, as imposições dos costumes e proibições da lei.

De acordo com Capalbo (1979 p. 59) Schutz considera que no mundo da vida estabelecem-se as relações de familiaridade e de anonimato. A **relação de familiaridade** é

“vívuda sob a forma do ‘nós’ e permite a apreensão do outro como único em sua individualidade”. Por outro lado **na relação de anonimato** há um

afastamento da unicidade e individualidade dos semelhantes e pouquíssimos aspectos são considerados como relevantes para o problema que se deseja tratar ou resolver. O tipo de ação a que se chega, no grau máximo de anonimato, é o que caracteriza o outro por um número, ou o que caracteriza alguém como ocupando o lugar de “qualquer um” ou de não importa quem seja, pois sempre terá que agir da mesma forma.

Desta forma, Schutz (1974, p.21) estudou os principais aspectos determinantes da conduta dos indivíduos no mundo da vida, entendendo, ainda, que em qualquer momento o homem encontra-se numa **situação biográfica determinada**. Esta refere-se ao

ambiente físico e sócio-cultural definido pelo homem, dentro do qual ele tem a sua posição em termos de espaço físico, de papel dentro do sistema social e de postura moral e ideológica. A situação biográfica diz respeito a sedimentação de todas as experiências anteriores deste homem, organizadas de acordo com as poses habituais de seu estoque de conhecimento à mão.

A situação biográfica aponta para o fato que duas pessoas jamais podem vivenciar a mesma situação da mesma forma e faz com que o indivíduo aja em uma determinada direção. Portanto, influencia na sua motivação para fazer ou não algo.

Schutz (1974 p.21) considerou ainda as experiências que o indivíduo armazenou e o **“estoque de conhecimentos”** que tem a mão, sem os quais a pessoa não pode interpretar suas experiências e observações, definir a situação em que se encontra e fazer planos.

Esta Fenomenologia Social, trata portanto, de uma estrutura de significados na vivência intersubjetiva da **relação social do face a face**, entendendo que as ações sociais tem um significado contextualizado, de configuração social e não puramente individual (SCHUTZ, 1974, p. 21).



A fim de compreender ação subjetiva da pessoa, Schutz (1974 p.26) apoia-se ainda, em “**motivos para**” ou “**em vista de**” e “**motivos porque**”, definindo-os como:

- motivos para: referente a algo que se quer realizar, objetivos que se procura alcançar, tendo uma estrutura temporal voltada para o futuro, formando uma categoria subjetiva da ação, isto é, estão estreitamente relacionados com ação e a consciência do ator.; e
- motivos porque: evidentes nos acontecimentos já concluídos, que explicam certos aspectos da realização do projeto, tendo portanto uma direção temporal voltada para o passado. Formam uma categoria objetiva, acessível ao observador.

Na Fenomenologia Social, ao se investigar o fenômeno busca-se ainda, constituir a característica típica da ação daquele grupo social, que está vivenciando uma determinada situação. Assim, esta **tipificação** define o tipo de ação em processo e os tipos ideais de pessoas (SCHUTZ, 1979a, p.135).

Em síntese, Capalbo (1979, p. 39), menciona que:

quando oriento minha **ação** em direção a alguém eu atribuo um conjunto de **motivos** em vista dos quais vou agir. Para tal recorro a minha **bagagem de conhecimentos** disponíveis, na qual tenho **tipificações** de meus semelhantes, atribuindo-lhes conjuntos típicos de motivos variáveis em razão dos quais e em vista dos quais eles agem. Em toda interação social do tipo **face a face** atribuem-se **motivos típicos** aos indivíduos com os quais estamos em relação. A **tipicidade** desempenha papel importante na compreensão do outro e na interação social.

Segundo Rodrigues (1996, p.60) a abordagem fenomenológica da Sociologia Compreensiva de Alfred Schutz permite “apreender o vivido concreto como ponto de partida para a ação profissional que visa o homem contextualizado na sua realidade social”. Esta mesma autora desenvolvendo seu estudo em uma comunidade carente, verificou que o

enfermeiro deve buscar compreender o contexto e o vivido das pessoas inseridas em seu mundo da vida a fim de captar a interrelação existente entre elas e o seu mundo social.

Nesta mesma perspectiva, Rosas (2003, p.58) menciona ter identificado na abordagem metodológica de Alfred Schutz uma aproximação com a prática da assistência em Enfermagem, uma vez que a enfermeira tem por objetivo a busca da necessidade do cliente, que só pode ser atendida quando é exteriorizada através da comunicação e dos motivos intencionais para ser compreendida.

Diante dessas considerações, verifica-se a relevância da utilização deste tipo de abordagem metodológica para a busca do significado da ação das mulheres, em relação com os membros da sua rede social, na ocasião da experiência vivida com a amamentação.

Diante do exposto, no presente estudo, utilizou-se uma a abordagem qualitativa tendo como base a metodologia de intervenção em redes sociais (SANICOLA, 1995) e o referencial teórico da fenomenologia sociológica de Alfred Schutz (1979a).

### **3.4. Contextualizando o cenário do estudo**

O cenário da pesquisa foi uma comunidade identificada como: Complexo do Morro dos Cabritos, situada em Copacabana, bairro da zona sul do Município do Rio de Janeiro. Na delimitação da Comunidade foram considerados: o Morro dos Cabritos, o Morro São João, a comunidade da Ladeira dos Tabajaras e a da Mangueirinha.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a população residente nesta área corresponde a aproximadamente 4724 habitantes, distribuídos num total de 1439 domicílios (SABREN, 2005). No entanto, segundo a Associação de Moradores tal estimativa foi subestimada, pois acreditam que o número de domicílios seja cerca de 2800 e conseqüentemente o número de moradores seja superior ao cadastrado pelo IBGE.

Trata-se de uma comunidade em que as condições sócio-econômicas, familiares, de escolaridade, trabalho, saúde, habitação, bem como a presença de situações de violência, são evidenciadas claramente, refletindo as condições de pobreza e as precárias condições de vida da maioria dos moradores desta localidade.

Segundo o IBGE esta comunidade pode ser definida como favela ou “aglomerado subnormal”, termo utilizado para designar grupos de mais de 50 unidades habitacionais dispostas de modo ‘desordenado e denso’ sobre o solo que pertence a terceiros e ‘carente’ de serviços públicos essenciais”. (INSTITUTO PEREIRA PASSOS, 2003).

Com relação à organização, esta comunidade possui uma associação de moradores que conta com Núcleos comunitários, ou seja, uma representação de moradores de cada entrada (beco) da favela. Tal organização possibilita a luta pelos direitos dos moradores, bem como a efetivação dos processos de urbanização realizados pela Prefeitura ou Organizações Não-Governamentais (ONGs) locais.

Quanto às condições sócio-econômicas verifica-se que a maioria dos domicílios são casas próprias de alvenaria (97%), com média de 3,3 pessoas/ domicílio, conta com abastecimento de água e rede de esgoto (PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO,1999; INSTITUTO PEREIRA PASSOS, 2003). Apesar dos moradores serem servidos por rede de abastecimento de água, com frequência há o problema da falta de pressão de água nos domicílios localizados nas áreas mais altas do Morro. Tal fato colabora para que os moradores utilizem um sistema clandestino de poços e bicas que possivelmente podem estar contaminados por esgotos que correm a céu aberto pelas vielas da comunidade. E é neste ambiente que todos os dias nascem e crescem crianças que expostas ao desmame precoce apresentam grande vulnerabilidade de adquirirem agravos a sua saúde.

Com relação à situação familiar os dados do Censo Demográfico do IBGE mostraram que no ano 2000, 62% das famílias eram chefiadas por homens e 38% por

mulheres. Essa tendência ao crescimento de famílias chefiadas por mulheres conduz a uma preocupação em se implementar creches na comunidade, tendo em vista a participação desta mulher no mercado de trabalho e a conseqüente necessidade de poder contar com um local onde possa deixar seu filho durante o período em que se encontra fora de casa. Verificou-se ainda que 42% das pessoas responsáveis pelo domicílio possuíam rendimento mensal abaixo de 2 salários-mínimo (IBGE, 2000).

Quanto à escolaridade o Censo mostrou que as mulheres residentes na comunidade têm pouco acesso à educação, principalmente ensino médio e superior (16% e 4%), o que dificulta o acesso a determinados empregos ou mesmo a ascensão em suas ocupações atuais (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2000).

Em pesquisa realizada pela Associação de Voluntários para o Serviço Internacional (2003) no Centro Educacional Cantinho da Natureza, situado na comunidade Morro dos Cabritos, que atende cerca 300 crianças e adolescentes, verificou-se que 14% das famílias são sustentadas pelas mães, 31% por mães e outros familiares. A principal ocupação dos pais era referente ao setor de construção civil e das mães era doméstica ou do lar.

Diante do exposto, observa-se que a análise das condições de vida desta comunidade permite a compreensão da realidade vivenciada pelas mulheres que muitas vezes são responsáveis pela família, possuem baixa escolaridade, precárias condições de moradia e tem a necessidade de trabalhar dentro e fora do lar. E desta forma, residindo neste ambiente, muitas vezes hostil e instável para a sobrevivência, elas necessitam de estabelecer estreitas relações interpessoais para que diante da possibilidade de amamentar seus filhos, possam contar com o apoio coletivo e se sentirem seguras no enfrentamento das adversidades ou dificuldades encontradas.

O cenário de estudo vem constituindo um campo de estágio da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro onde desde o ano 2000,

venho me aproximado da realidade vivenciada por esta população, como supervisora do estágio curricular de graduandos de enfermagem na área de Saúde Pública.

Para a realização da presente pesquisa o projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, sendo aprovado em dezembro de 2004 (Anexo A).

### **3.5. Identificando as mulheres depoentes**

Como critério de inclusão na pesquisa, foram consideradas as mulheres que possuíam filhos menores de seis meses com vivência na prática da amamentação, ou seja, que estavam amamentando o filho atual.

### **3.6. Descrevendo a etapa de campo**

A seguir serão descritos os passos utilizados para a obtenção dos depoimentos:

1) Inicialmente foi realizada uma fase de **pré organização para a atividade de campo**, sendo que nesta etapa realizei a etapa da **ambiência** na comunidade, estabelecendo o contato com a Associação de Moradores, bem como com as demais lideranças, a fim de apresentar a proposta do estudo e informar sobre a minha presença na comunidade durante a fase de coleta de dados. O presidente da Associação deu ciência mediante assinatura no documento apresentado (Apêndice A) e na ocasião solicitei o auxílio para a identificação das mulheres que possuísem as características evidenciadas como critério de inclusão na pesquisa.

2) Com a finalidade de se ter um maior delineamento dos passos metodológicos a serem utilizados nesta pesquisa, nesta fase de **aproximação ao campo** estabeleci contato com três mulheres que estavam vivenciando o processo de amamentação nos primeiros seis meses pós parto. Estas foram identificadas com o auxílio de moradores da comunidade e após a

explicação dos objetivos da pesquisa, mediante a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, obedecendo a Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde de 1996 (Apêndice B), que dispõe sobre as questões éticas para pesquisas que envolvem seres humanos (BRASIL, 2000), foram convidadas a participar de uma entrevista. Foi solicitada a autorização para gravar o depoimento, fato que foi aceito por todas. Este momento de aproximação ao campo foi importante para a testar a técnica de elaboração do **mapa de rede social**. Portanto, nesta primeira fase o instrumento da pesquisa constitui-se de dados da situação biográfica das mulheres (identificação, situação sócio-econômica e vivência em amamentação) e das seguintes questões para auxiliar na descrição da rede social (Apêndice C e D):

- Fale-me quais são as pessoas que estão presentes na sua vida (parentes, vizinhos, amigos, colegas, pessoas de associações, instituições ou do trabalho).
- Observando estas figuras (Anexo B), vamos tentar fazer um desenho mostrando a sua relação com estas pessoas. Em relação a você, como estas pessoas estão (próximas ou distantes) e qual tipo de vínculo você tem com elas?
- Dentre essas pessoas quem está (estava) envolvida com você durante o período em que você está (estava) oferecendo leite materno para o seu filho? Como é o relacionamento com elas?

Neste primeiro momento de aproximação ao campo, outro aspecto relevante foi a possibilidade de verificar que no domicílio não havia condição para o estabelecimento da entrevista fenomenológica, entendendo esta como:

uma maneira acessível ao cliente de penetrar na sua verdade mesma de seu existir. (...) Na intersubjetividade do diálogo e na forma de significar o mundo por seu comportamento explicita por si mesmo tudo aquilo que seria dito ou realizado, deixado de dizer e deixado de realizar, desvelando também o que pode ser realizado e o que não será (CARVALHO, 1991, p.35)

No domicílio, devido a quantidade de pessoas presentes que geralmente compartilhavam o mesmo espaço, era fácil que eu perdesse a condução da entrevista, pois por um lado os membros presentes tais como: sogra, marido, filhos, vizinhos, demonstravam o desejo de participar como entrevistados na pesquisa mediante perguntas ou depoimentos pessoais e por outro lado percebia que a depoente não se sentia livre para falar da sua relação com os membros de sua rede, no tocante ao recebimento de apoio ou de conselhos contrários à amamentação.

Neste sentido, após a realização destas três entrevistas no domicílio, onde foi possível elaborar o desenho do mapa da rede das mulheres, optei por realizar uma segunda entrevista com as mesmas mulheres em uma sala da creche colocada à disposição pela direção da creche, considerada adequada para atender os objetivos propostos, uma vez que esta creche situava-se em um local central e de fácil acesso.

Neste segundo momento observei que estas mulheres sentiam-se mais livre tanto para acrescentar ou retirar nomes do seu mapa de rede social, quanto para alterar o tipo de vínculo que possuía com determinadas pessoas do seu contexto, revelando assim o significado destes relacionamentos durante o período da amamentação.

No entanto, visando compreender a ação destas mulheres em seu mundo da vida, captando a intencionalidade destas ao se relacionarem com os membros de sua rede, realizei uma adequação do Roteiro de Entrevista, ajustando-o ao referencial da fenomenologia sociológica de Alfred Schutz (Apêndice C e D). Assim, os **depoimentos** foram obtidos com base nas seguintes questões:

- Em algum momento você precisou de ajuda, ou teve alguma dificuldade para amamentar a criança ? Com quem você contou?
- Por que você procurou ou contou com essa pessoa?
- O que você tem em vista ou o que você espera quando se relaciona com ela?

A fim de verificar a adequação desta nova parte do instrumento da pesquisa ao grau de compreensão das questões foram identificadas mais quatro mulheres e atendendo o critério de inclusão e as questões éticas, foram convidadas para participar de uma entrevista na sala da creche comunitária.

Neste momento verifiquei que ao identificar as mulheres era necessário um primeiro contato informal, a fim de facilitar a relação e posteriormente penetrar no seu mundo da vida ou seja, no contexto relacional vivenciado por estas no período da amamentação. Verifiquei ainda que na ocasião da entrevista previamente agendada era possível utilizar o Roteiro da Entrevista na íntegra. E um terceiro contato era necessário para verificar a “compatibilidade” das informações obtidas no depoimento, garantindo adequação das falas à experiência da mesma (SCHUTZ, 1979b), bem como para entregar uma cópia do desenho do mapa de rede à depoente.

3) Ao iniciar a **fase de coleta de dados** em janeiro de 2005 foi realizado um novo contato com o presidente da Associação de Moradores e com as diretoras das duas creches locais a fim de solicitar a colaboração dos mesmos na identificação das mulheres.

O presidente da Associação de Moradores sugeriu que eu entrasse em contato com o Centro Municipal de Assistência Social Integrado (CEMASI) – localizado na própria comunidade - pois lá havia um grupo de mulheres que talvez pudesse me ajudar na identificação de nutrizas que estivessem vivenciando a amamentação nos seis primeiros meses de vida da criança.

Após o contato com a direção do CEMASI, a profissional responsável pelo desenvolvimento das atividades com o grupo de mulheres informou que estava planejando realizar uma pesquisa sobre a saúde das mulheres da comunidade no ano de 2005 e que as entrevistadoras poderiam me auxiliar.



As diretoras das creches forneceram uma relação contendo nomes de mães de crianças menores de 6 meses que estavam freqüentando a creche ou se encontravam na lista de espera para serem matriculadas no Berçário. E a direção de uma das creches colocou uma sala (a enfermaria) à disposição para a realização das entrevistas.

Algumas mulheres foram ainda identificadas mediante o auxílio de moradores da própria comunidade (outras mães ou pessoas idosas) que já tendo participado em trabalhos anteriores desenvolvidos por acadêmicos de enfermagem, sob minha supervisão, colocaram-se disponíveis para indicar possíveis mulheres.

Desta forma, tais moradores (tanto jovens quanto idosos de 70 a 80 anos) além de informar o nome e endereço das mulheres a serem contatadas fizeram a questão de me conduzir até o domicílio destas mães, mesmo que implicasse em subir ou descer longas escadas.

Após a identificação das mulheres, só pude estabelecer contato com as mesmas a partir do mês de fevereiro de 2005, pois a situação relacionada a violência na comunidade estava instável e a liderança local informou que deveria interromper a pesquisa naquele momento.

No início de fevereiro realizei visitas domiciliares com a finalidade de favorecer uma aproximação e um relacionamento com tais mulheres. Nesta ocasião, em observância às diretrizes do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2000), expliquei os objetivos do estudo, informando-as acerca dos procedimentos a serem utilizados, da garantia do anonimato, da escolha de um pseudônimo e da opção de participarem ou não da mesma. Após a aceitação na participação da pesquisa agendei uma entrevista para ser realizada na sala reservada da creche que permitia tranqüilidade e conforto. Durante a visita domiciliar estabeleceu-se um diálogo agradável e em algumas ocasiões as mulheres referiam ter conhecimento da minha atuação, bem como dos acadêmicos de enfermagem na comunidade e no Centro Municipal de Saúde

(CMS) próximo à localidade. Tal fato colaborou para que elas aproveitassem o momento da visita para esclarecerem dúvidas com relação a saúde dos familiares (tratamento de Tuberculose, hipertensão, bronquite, febre, conjuntivite, desnutrição entre outros) e solicitassem auxílio na marcação de consultas (ginecologista, dentista, pediatra entre outros). No que diz respeito à amamentação ou ao cuidado com a criança menor de 6 meses (foco do estudo) procurei não interferir, mencionando que sobre esse assunto conversaria no dia da entrevista agendada.

A data e o horário da entrevista foram confirmados por telefone. Em situação de atraso ou falta da depoente utilizei o mesmo recurso para agendar nova data. De todas as mulheres identificadas, apenas uma não compareceu no dia e local agendado para a entrevista.

Durante a entrevista, inicialmente solicitei que a depoente fizesse uma listagem de pessoas que conhecia e que estavam presentes na sua vida durante a fase em que estava convivendo com a criança menor de seis meses (podendo ser parente, amigo, vizinho, colega, pessoas do trabalho ou membros de instituições). Neste relato solicitei que a depoente me auxiliasse na elaboração de um desenho que representasse as pessoas por ela referidas. Para o esclarecimento das possíveis dúvidas, foi apresentado um quadro com o modelo das figuras geométricas que representavam os membros da rede (Anexo B). Neste momento as mães mencionaram quais eram as pessoas que estavam próximas ou distantes do seu contexto familiar, a presença de vínculos trabalhistas e as instituições que freqüentavam ou que recebiam algum benefício. Após a certificação de que todas as pessoas foram referidas, as mães foram questionadas com relação ao tipo de vínculo que estabeleciam com cada um dos membros de sua rede. Nesta ocasião foi apresentado outro quadro contendo a representação gráfica dos tipos de vínculos. Com este quadro na mão as mães facilmente indicavam o tipo de vínculo e descreviam o significado do tipo de traçado escolhido. Em seguida, solicitei que as mulheres falassem sobre sua ação frente às dificuldades e problemas com a amamentação e

da sua intencionalidade na sua relação com os membros de sua rede, com os quais estava envolvida.

As entrevistas tiveram uma duração média de 75 minutos e foram gravadas em fita magnética, mediante consentimento das mulheres que não demonstraram inibição diante do gravador.

Após o término da entrevista as mulheres foram orientadas de acordo com as dúvidas referidas. Além das orientações com relação à saúde da criança e problemas com amamentação forneci encaminhamentos ao setor de Pediatria do CMS e às creches para a obtenção de vaga para duas crianças, desta forma pude atender às demandas. As mulheres demonstraram interesse em receber uma cópia do desenho da sua rede social e se colocaram à disposição para eventuais contatos.

A coleta dos depoimentos cessou na 20<sup>a</sup>. entrevista quando emergiram repetições de idéias nas falas, já podendo apreender o típico da ação das mulheres que possuíam filhos menores de seis meses com vivência na prática da amamentação.

Os depoimentos foram transcritos, sendo designado outro nome às mulheres, conforme escolha das mesmas, a fim de garantir-lhes o anonimato.

A análise dos mapas e das falas deu-se mediante a representação gráfica da rede social de cada depoente, bem como da compreensão da relação desta com os membros de sua rede, conforme os pressupostos metodológicos escolhidos para este estudo.

Conforme mencionado anteriormente, as figuras geométricas bem como as cores utilizadas na discriminação dos tipos de membros presentes no mapa da rede social da depoente seguem o modelo adaptado por Soares (2002a). (Anexo B).

Para a análise dos depoimentos utilizou-se a trajetória metodológica referida por Tocantins (1993, p.35), Rodrigues (1996, p. 35), e Rosas (2003, p.62), adaptados a esta pesquisa, com a finalidade de desvelar o significado da ação intencional das mesmas ao se

relacionarem com os membros de sua rede, à luz do referencial teórico de Alfred Schutz (1979a). Neste sentido seguimos os seguintes passos:

a) Leitura atenta e detalhada dos depoimentos que foram transcritos na íntegra, visando à apreensão da ação refletida (*motivo porque*) e da ação motivada (*motivo para*) das mulheres sujeito do estudo;

b) Agrupamento dos trechos das falas que expressam idéias em comum referentes à ação das mulheres na relação com os membros de sua rede primária, secundária e de mercado;

- agrupamento das falas que expressam a razão *porque procurou ou contou com a ajuda* do membro da rede social referido.

- agrupamento dos trechos das falas que expressam *a intencionalidade em se relacionar* com o membro da rede.

Neste processo foi verificado que independente do tipo de membro da rede, tanto a razão quanto a intenção da ação de mulheres se relacionarem com determinada pessoa de sua rede social convergiam. Portanto, não foi necessário analisar em separado os trechos dos depoimentos de acordo com a relação estabelecida entre os diversos membros da rede (mãe, companheiro, tios, avós, amigos, profissionais, entre outros).

c) Releitura dos textos com vistas a identificar as categorias mediante:

- o agrupamento dos trechos das falas que apresentam convergência de conteúdo dos *motivos porque* das mulheres ao se relacionarem com os membros de sua rede social e;

- o agrupamento dos trechos das falas que apresentam convergência de conteúdo dos *motivos para* das mulheres ao se relacionarem com os membros de sua rede social.

d) Compreensão do típico da ação das mulheres por meio da análise compreensiva;

e) Interpretação do conteúdo, à luz do referencial teórico-metodológico da fenomenologia sociológica de Alfred Schutz



#### 4.1. As mulheres e suas redes sociais

O mapa da rede social foi elaborado conjuntamente com as mulheres que diante do seu próprio desenho apontaram os tipos de vínculo e as distâncias entre os membros da rede.

De acordo com Soares (2002a) o desenho do mapa de rede possibilita uma visão global do contexto relacional da pessoa e um melhor planejamento da intervenção, partindo desta totalidade. As redes foram elaboradas com base nos quadros de representação geométrica e gráfica de tipos de rede e vínculos (Anexo B), sendo os membros identificados de acordo com a legenda proposta por Soares, 2002a:

#### Legenda

**Rede primária:** círculo

Branco: família da mulher que amamenta

Verde claro: parentes

Vermelho: amigos

Amarelo: vizinhos

Rosa escuro: colegas

**Rede secundária:** retângulo

Verde escuro: instituição de saúde

Laranja: instituição educacional

Rosa claro: instituição de assistência social

Cinza: órgão de segurança

**Rede de terceiro setor:** retângulo com elipse interna

Azul: Igrejas

**Rede de mercado:** triângulo

Marrom: estabelecimento de trabalho

**Identificação:**

A mulher foi identificada com a letra inicial do seu pseudônimo e os demais membros do seu domicílio também foram identificados por letras e citados na descrição do mapa. Os parentes foram identificados de acordo com o grau de parentesco. Os amigos, vizinhos e colegas foram identificados com a letra inicial do nome.

As instituições foram representadas de acordo com o tipo.

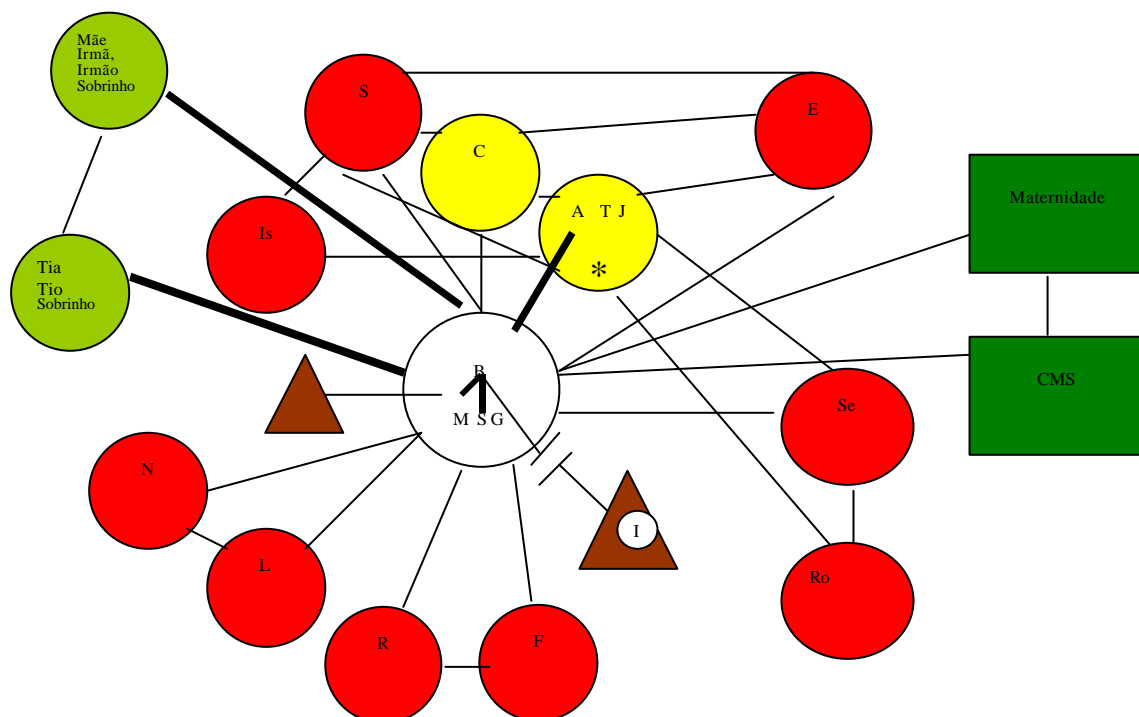
Os membros da rede social, identificados com asterisco foram referidos pela mulher como aqueles que estavam envolvidos com ela durante a amamentação.

### ***Rede Social de Bia***

Bia, 25 anos, é natural do Maranhão e reside na comunidade há 2 anos. Habita em um domicílio de um cômodo, que se localiza no piso superior de uma outra casa e não possui água encanada. Ela mora com seu companheiro, um sobrinho e sua filha de um mês. Bia referiu ter mais três filhos que moram com sua mãe, no Maranhão.

Na ocasião da entrevista Bia estava de licença maternidade do trabalho onde exerce a atividade de empregada doméstica. E o seu marido estava trabalhando como pintor. Bia realizou o pré-natal desta última gestação e amamentou exclusivamente sua filha por 5 meses, referindo a necessidade de retornar ao trabalho. Seus filhos anteriores haviam sido amamentados exclusivamente por 6 meses.

Na entrevista juntamente com Bia foi desenhado o seguinte mapa da sua rede social:



**Fig. 3 - Rede Social de Bia**



O mapa da rede de Bia evidencia uma rede primária de tamanho médio com baixa densidade, ou seja composta por 13 membros que estabelecem poucos relacionamentos entre si. O mapa revela que Bia mantém vínculo forte com os membros de sua casa (companheiro, sobrinho e filha), com sua mãe, irmãos, tios, com sua patroa I e com sua vizinha A. No entanto, verifica-se que seus parentes (mãe, irmãos, tios) encontram-se distantes pelo fato de residirem no Maranhão. E com sua patroa, Bia não possui contato freqüente neste período em que está de licença maternidade. Ela identificou, ainda, mais 2 vizinhas, 5 amigos que moram na comunidade e 4 amigas que moram em bairros mais distantes. Mas, a mesma se referia a estes relacionamentos como circunstanciais (se relacionava com as amigas e vizinhas pois precisava passar por elas para chegar na sua casa e o envolvimento com as demais amigas dava-se pelo fato dela ter morado anteriormente em outra comunidade). Desta forma, Bia revelou que tais relacionamentos não influenciaram na sua prática de amamentação. E o tipo de vínculo que tem com estas pessoas é *normal*<sup>16</sup>.

Para sobreviver a família de Bia depende do seu trabalho e do trabalho do seu companheiro, constituindo esta a sua rede de mercado.

Outro aspecto que merece consideração é que na rede secundária constituída pela Maternidade e pelo Centro Municipal de Saúde (CMS) local não constam nomes de pessoas, indicando um tipo de contato formal, sem vínculo com o profissional destas instituições que realizou o atendimento.

Diante desta rede Bia referiu que durante esse período da sua vida, em que está amamentando sua filha a pessoa com a qual ela possui um envolvimento e que ela pode contar na realidade foi sua vizinha. A vizinha foi citada várias vezes como aquela que de fato constitui o ponto de apoio para Bia.

---

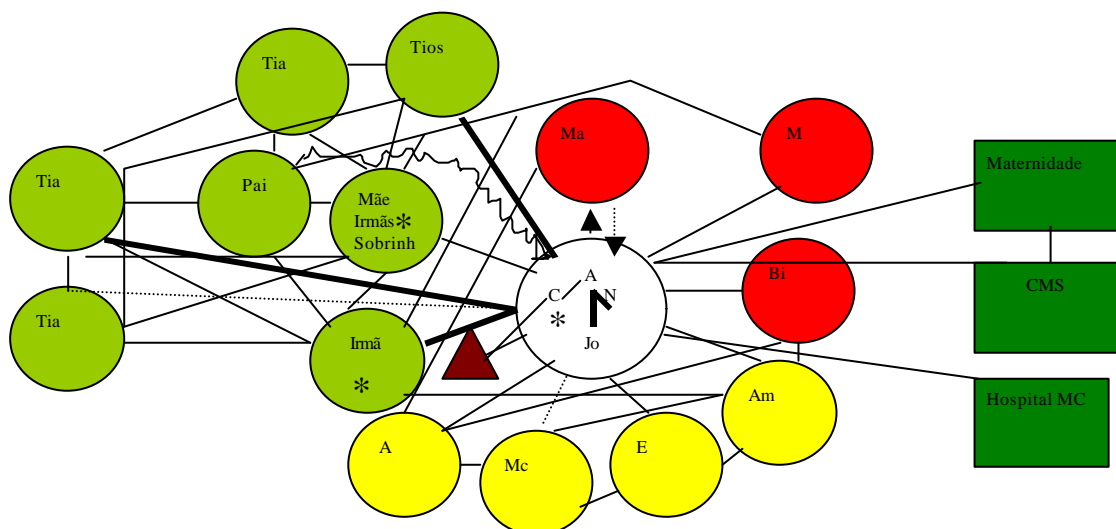
<sup>16</sup> Os tipos de vínculo com o membro da rede social relacionados ao referencial proposto por Sanicola (1995) estarão em itálico.

### **Rede Social de Ana Carolina**

Ana Carolina, 26 anos, é natural do Rio de Janeiro, e reside na comunidade há 14 anos. Habita em um domicílio de um cômodo, onde mora com seu companheiro, um filho de 5 anos e uma filha de 5 meses.

Na ocasião da entrevista Ana Carolina não estava trabalhando, sendo seu companheiro aquele que trabalhava para sustentar a família. Ana Carolina realizou o Pré-natal nesta última gestação e amamentou exclusivamente sua filha por três meses, referindo que “seu leite não sustentava a criança”. Aos cinco meses, a mesma estava recebendo leite artificial e leite materno. Seu filho anterior foi amamentado exclusivamente por 6 dias.

Na entrevista juntamente com Ana Carolina foi desenhado o seguinte mapa da sua rede social:



**Fig 4 - Rede Social de Ana Carolina**

O mapa da rede evidencia uma rede primária de tamanho médio com alta densidade, ou seja composta por 14 membros que estabelecem muitos relacionamentos entre si. O mapa revela que Ana Carolina mantém vínculo *forte* com os seus filhos, uma irmã e dois tios. No entanto, verifica-se que sua irmã e seus tios estão distantes pelo fato de residirem em outra localidade. Ela identificou, ainda, mais 4 vizinhas, 3 amigos que moram na comunidade e a

presença de mãe, pai, irmãs, sobrinha e outros tios. Entre os tipos de vínculos referidos, além da *normalidade*, foi mencionado *fragilidade* (com relação ao companheiro, vizinha e tia), *conflito* (com relação ao pai) e *ambivalência* (com relação a uma amiga).

Em sua rede secundária, constituída pela Maternidade e pelo CMS, faz referência a pediatras e enfermeira indicando um tipo de relação familiar com os profissionais destas instituições onde recebeu o atendimento.

Diante desta rede Ana Carolina referiu que durante esse período da sua vida, em que amamentou sua filha as pessoas com as quais ela possui um envolvimento e que ela pode contar na realidade foram: sua mãe, uma das irmãs e seu companheiro.

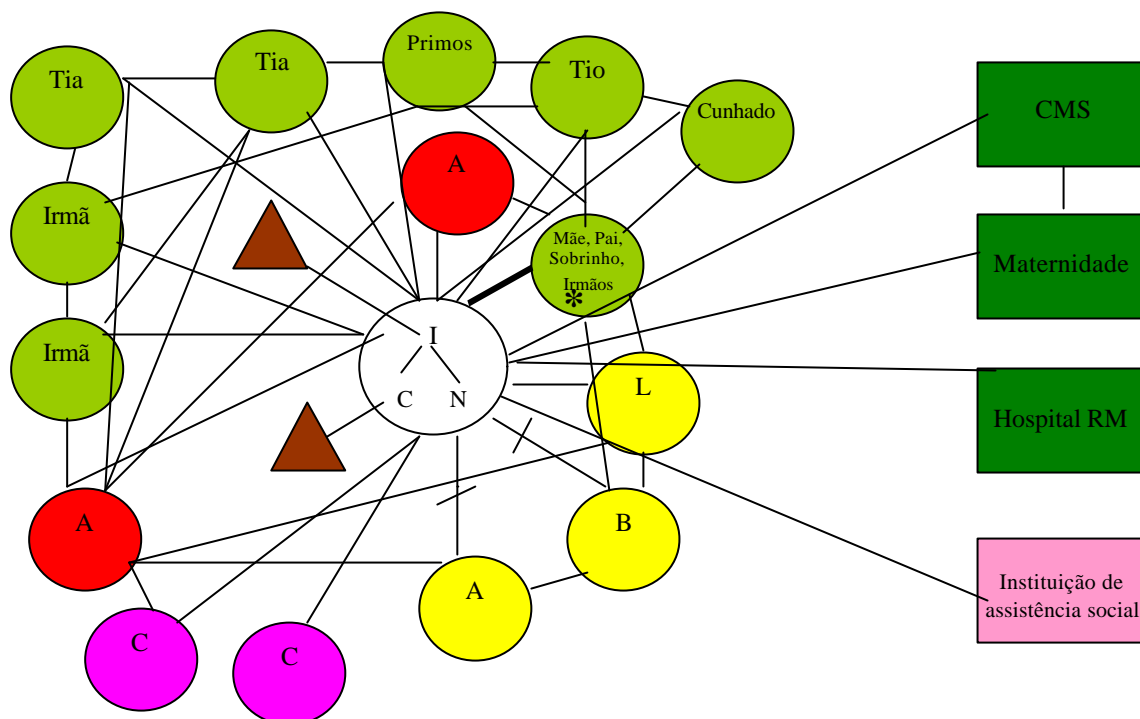
### ***Rede Social da Isabel***

Isabel, 24 anos, é natural do Rio de Janeiro e sempre residiu na comunidade. Habita em um domicílio de um cômodo, com seu companheiro e sua filha de 5 meses.

Na ocasião da entrevista Isabel estava trabalhando em casa, vendendo salgados e seu companheiro estava trabalhando como camelô.

Isabel realizou o pré-natal desta última gestação e amamentou exclusivamente sua filha por 3 meses, referindo que “seu leite não sustentava a criança”. Aos 5 meses a criança recebia leite materno e leite artificial.

Na entrevista foi desenhado o seguinte mapa da sua rede social:



**Fig. 5 - Rede social da Isabel**

O mapa da rede de Isabel evidência uma rede primária de tamanho médio com alta densidade, ou seja composta por 15 membros que estabelecem muitos relacionamentos entre si. O mapa revela que Isabel mantém vínculo forte com sua mãe, seu pai e com os irmãos que moram com seus pais.

Ela identificou, ainda, mais 3 vizinhas, 2 amigas, 2 colegas e demais parentes. Mas, a mesma se referia a estes relacionamentos como circunstanciais que não a influenciaram na sua prática de amamentação. E o tipo de vínculo que tem com estas pessoas é *normal*, com exceção de 2 vizinhas com as quais rompeu o relacionamento.

Sua rede secundária é constituída pela maternidade, pelo CMS, pelo Hospital RM e pelo CEMASI (instituição de assistência social onde recebe o auxílio Bolsa Família). Nesta rede não constam nomes de pessoas, indicando um tipo de contato formal, sem vínculo com o profissional destas instituições que realizou o atendimento.

Diante desta rede social Isabel referiu que durante esse período da sua vida, em que esteve amamentando sua filha, as pessoas com as quais ela possuiu um envolvimento e que ela pôde contar na realidade foram seus pais e irmãos.

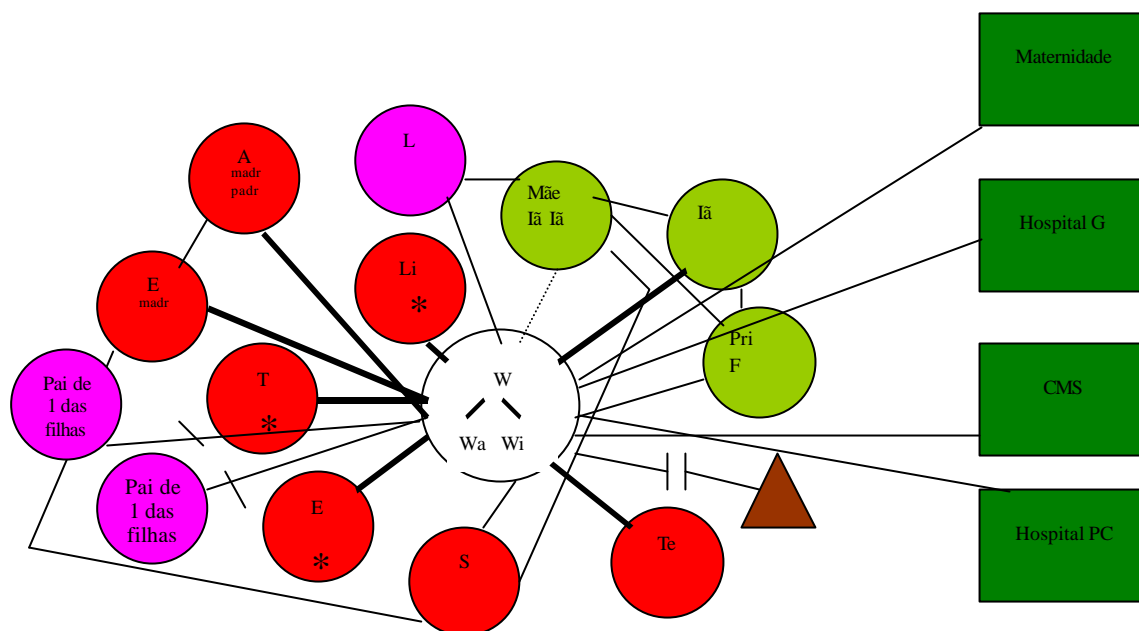
### ***Rede Social de Wal***

Wal, 42 anos, é natural do Rio de Janeiro e sempre residiu na comunidade. Habita em um domicílio alugado de dois cômodos, onde mora com suas duas filhas, uma de 4 anos e outra filha de 5 meses.

Na ocasião da entrevista Wal tinha retornado ao trabalho de faxineira, uma vez que o tempo da licença maternidade havia esgotado. Atualmente este trabalho tem sido a única fonte de sustento para a família.

Wal realizou o Pré-natal nesta última gestação e amamentou exclusivamente sua segunda filha por cinco meses, sendo que a partir desta data passou a oferecer leite materno e leite artificial para a mesma. Referiu que devido a sua necessidade de trabalhar pretendia deixar a criança em uma creche. Sua filha anterior foi amamentada exclusivamente por três dias.

Na entrevista juntamente com Wal foi desenhado o seguinte mapa da sua rede social:



Fi g. 6 - Rede Social de Wal

O mapa evidencia uma rede primária de tamanho médio com baixa densidade, ou seja composta por 13 membros que estabelecem poucos relacionamentos entre si. Nesta rede primária é evidente a presença de amigas com as quais Wal estabelece uma *forte* relação. No relacionamento com sua mãe e irmãos referiu *fragilidade*, embora com uma das suas irmãs Wal revelasse um *forte* vínculo.

Com os pais das duas filhas ela referiu ter rompido a relação.

A sua rede secundária é constituída pelas seguintes instituições: Maternidade, CMS, Hospital G e Hospital PC. Esta procura pela rede hospitalar dá-se pelo fato da criança apresentar uma hipótese diagnóstica de Síndrome de Down.

Diante desta rede Wal referiu que durante esse período da sua vida, em que está amamentando sua filha as pessoas com as quais ela possui um envolvimento e que ela pode contar na realidade foram três amigas.

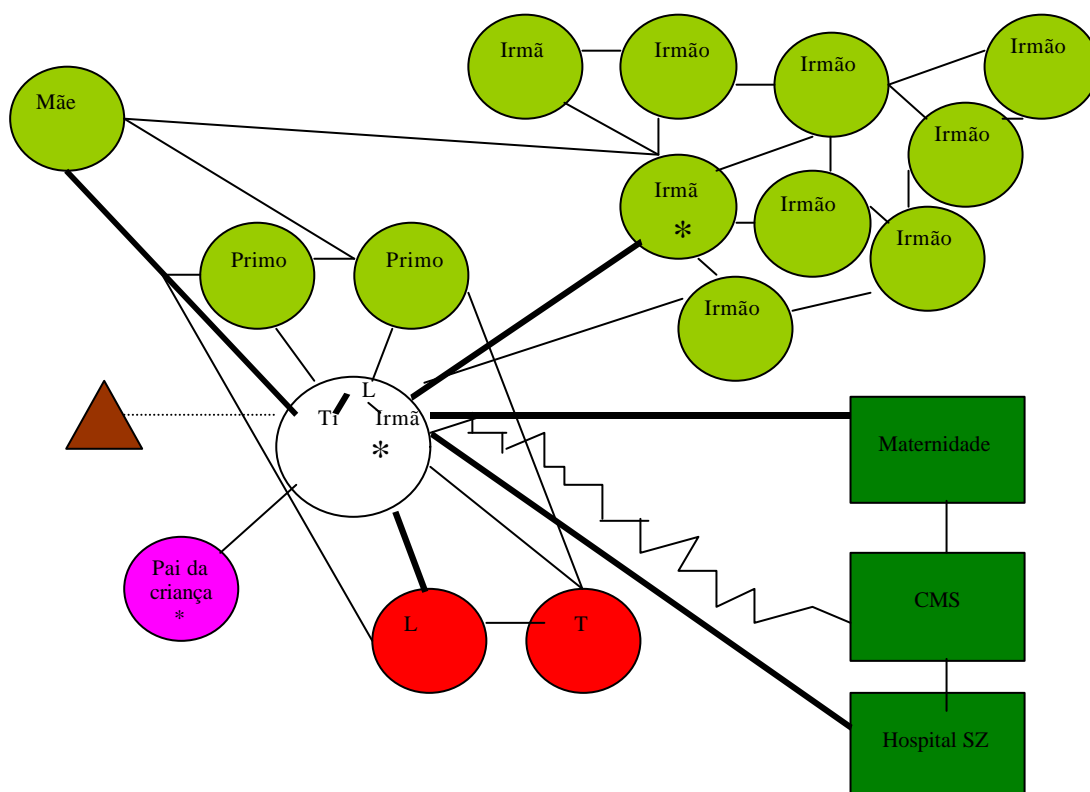
### *Rede Social de Lena*

Lena, 27 anos, é natural do Ceará e reside na comunidade há 3 anos. Habita em um domicílio de dois cômodos, onde mora com sua irmã e sua filha de 4 meses. Referiu ter rompido o relacionamento com o pai da criança.

Na ocasião da entrevista Lena tinha retornado ao trabalho de balconista, após ter gozado de 4 meses de licença a maternidade.

Desta última gestação Lena referiu ter realizado o Pré-natal e ter oferecido exclusivamente leite materno para a criança por 1 mês e 15 dias. Neste período por ter apresentado fissura, introduziu o leite artificial para a criança. Lena referiu que a mesma após os dois meses de idade não aceitou mais o leite materno.

Na entrevista juntamente com Lena foi desenhado o seguinte mapa da sua rede social:



**Fig. 7 - Rede Social de Lena**

O mapa da rede evidencia uma rede primária de tamanho médio com baixa densidade, onde a maioria dos seus parentes está distante (no Ceará ou França). Desta forma, Lena pode contar com a presença de uma irmã, dois primos e duas amigas que lhe estão mais próximas. Sendo que com uma destas últimas estabelece um *forte* vínculo. No relacionamento com os parentes que estão longe do seu convívio, ela reconhece um *forte* vínculo com a sua mãe e com uma das irmãs.

A sua rede secundária é constituída pelas seguintes instituições: Maternidade, CMS, Hospital SZ. Nestes locais, ela revelou ter estabelecido um *forte* vínculo com os profissionais que lhe prestaram o atendimento, embora não soubesse mencionar o nome do profissional que lhe atendeu.

Na sua rede de mercado, caracterizada pelo vínculo com seu trabalho referiu *fragilidade*.

Diante desta rede Lena referiu que durante esse período da sua vida, em que amamentou sua filha as pessoas com as quais ela possuiu um envolvimento e que ela pode contar na realidade foram: o pai da criança e duas irmãs.

### ***Rede Social de Maria***

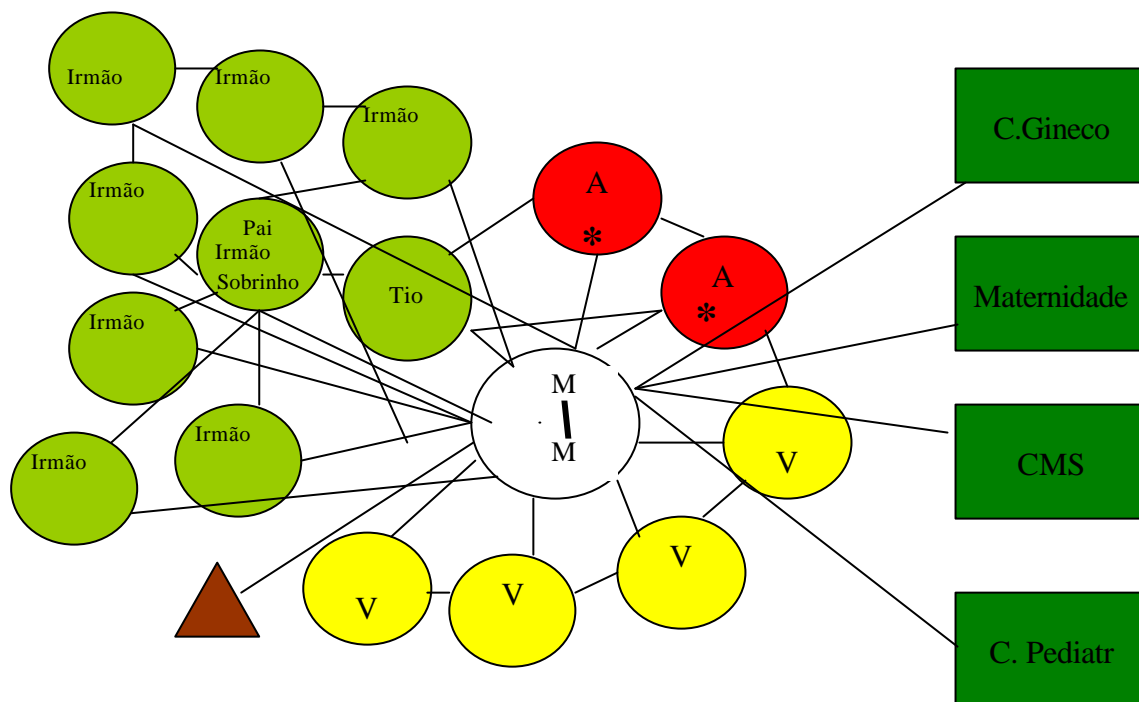
Maria, 35 anos, é natural de Sergipe e reside na comunidade há 5 anos. Habita em um domicílio de dois cômodos, onde mora com sua filha de 6 meses.

Na ocasião da entrevista Maria tinha retornado ao trabalho de babá aos finais de semana.

Desta última gestação Maria referiu ter realizado o Pré-natal e ter oferecido exclusivamente leite materno para a criança por 6 dias, alegando que apresentou fissura e que devido a uma cirurgia mamária prévia, “não tinha leite”. Manteve a criança em aleitamento misto até 30 dias, quando passou a oferecer apenas leite artificial para a mesma.



Na entrevista juntamente com Maria foi desenhado o seguinte mapa da sua rede social:



**Fig. 8 - Rede social da Maria**

O mapa da rede evidencia uma rede primária de tamanho médio com alta densidade, ou seja, composta por 16 membros que estabelecem muitos relacionamentos entre si. É evidente ainda que nesta rede estão mais próximos de Maria os vizinhos e duas amigas, uma vez que seus parentes moram mais distantes, em outro Estado. Com todos estes ela referiu um tipo de vínculo dentro da *normalidade*.

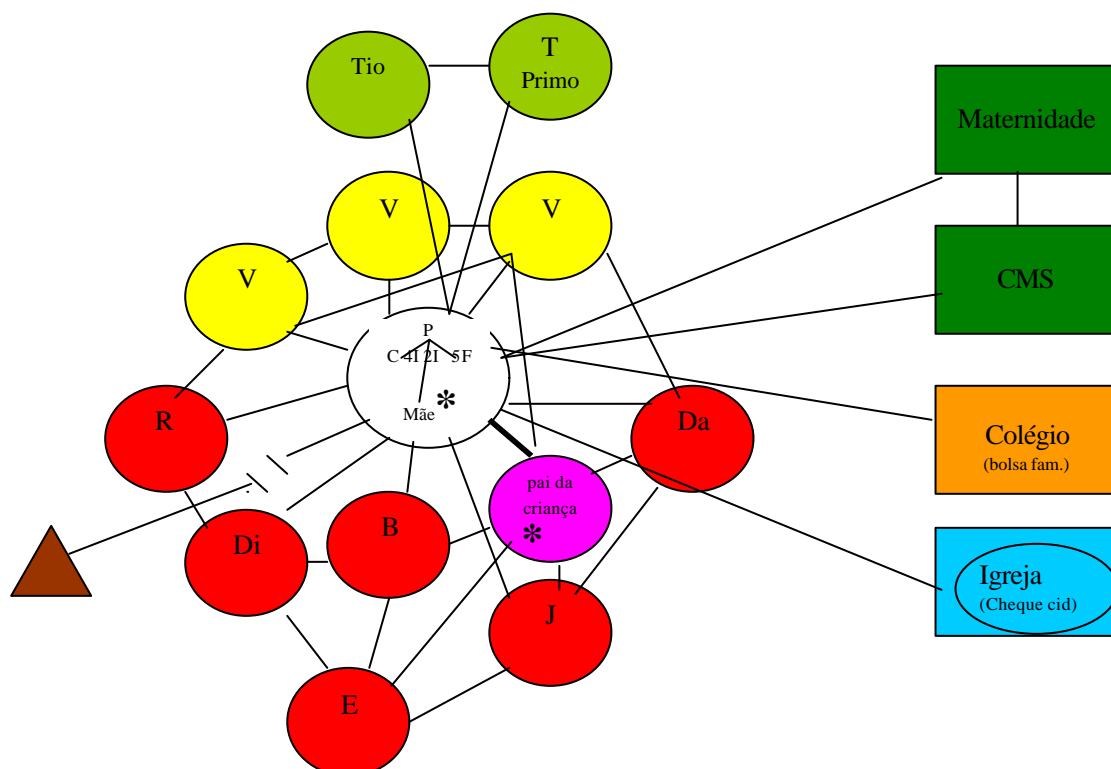
A sua rede secundária é constituída pelas seguintes instituições: Consultório de Ginecologia, Maternidade, CMS, Consultório de Pediatria. Diante desta rede Maria referiu que durante esse período da sua vida, em que amamentou sua filha as pessoas com as quais ela possuiu um envolvimento e que ela pode contar na realidade foram suas duas amigas.

### *Rede Social de Patricia*

Patricia, 32 anos, é natural do Rio de Janeiro e sempre residiu na comunidade. Habita em um domicílio de cinco cômodos, onde mora com sua mãe, 4 irmãos, 2 irmãs, 2 sobrinhos, 1 cunhado e 5 filhos. Na ocasião da entrevista Patricia estava de licença maternidade. Antes da licença ela desempenhava a atividade de entregadora de panfletos.

Desta última gestação Patricia referiu ter realizado o Pré-natal e ter oferecido exclusivamente leite materno para a criança que possuía um mês de idade por 21 dias, referindo que “seu leite não sustentava a criança”. Manteve a mesma em aleitamento misto por mais três meses. Seu primeiro filho foi amamentado exclusivamente por 15 dias e os outros três filhos anteriores por 3 meses.

Na entrevista juntamente com Patricia foi desenhado o seguinte mapa da sua rede social:



**Fig. 9 - Rede social de Patricia**

O mapa da rede de Patricia evidenciou uma rede primária de tamanho médio com alta densidade, uma vez que os membros estabelecem muitos relacionamentos entre si. Patricia revelou apresentar um vínculo *forte* com o pai da criança caracterizando os demais relacionamentos como *normais*. Em sua rede primária é evidente a presença das amigas e vizinhas, em detrimento de parentes. Com relação a estes últimos, Patricia referiu contar apenas com a presença de duas tias e primos.

A sua rede secundária é constituída pelas seguintes instituições: Maternidade, CMS, Escola (onde os filhos estudam e de onde recebe o auxílio Bolsa Família) e Igreja Batista (onde recebe o auxílio Cheque Cidadão).

Diante deste mapa de rede Patricia referiu que as pessoas que estavam mais envolvidas com ela durante a fase da amamentação foram: sua mãe e o pai da criança.

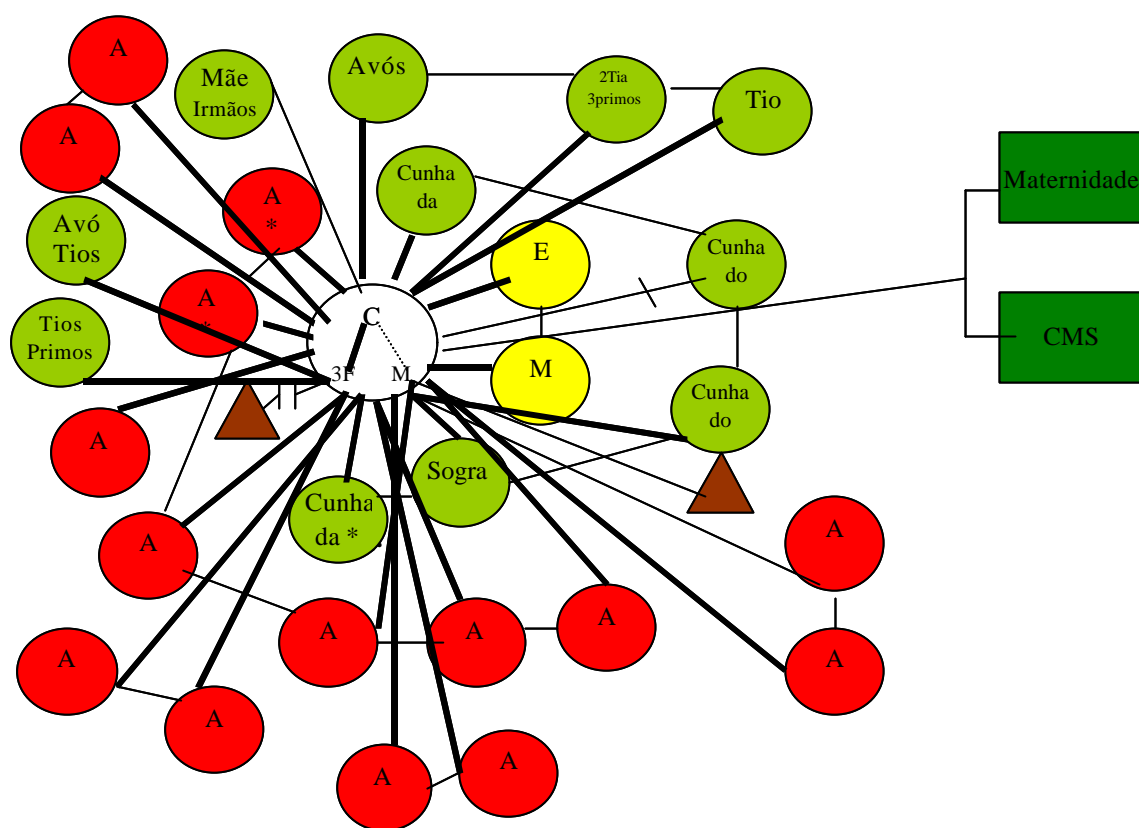
### ***Rede Social de Claudia***

Claudia, 26 anos, é natural do Rio de Janeiro e reside na comunidade há 10 anos. Habita em um domicílio de três cômodos, onde mora com seu companheiro e três filhos.

Na ocasião da entrevista Claudia estava de licença maternidade. Antes da licença ela desempenhava a função de manicure. E seu companheiro possuía dois trabalhos.

Desta última gestação Claudia referiu ter realizado o Pré-natal e ter oferecido exclusivamente leite materno para a criança por 2 meses, alegando a necessidade de trabalhar. A partir deste período a criança passou a receber água e chá, além do leite materno. Seus filhos anteriores foram amamentados exclusivamente por 2 meses.

Na entrevista juntamente com Claudia foi desenhado o seguinte mapa da sua rede social:



**Fig. 10 - Rede social de Claudia**

O mapa da rede de Claudia revelou que a mesma possui uma rede primária grande com alta densidade, ou seja, composta por mais de trinta membros que estabelecem muitos relacionamentos entre si.

De acordo com Claudia, com exceção da *fragilidade* na relação com o seu companheiro e de um relacionamento *rompido* com um cunhado, ela estabelece um *forte* vínculo com a maioria dos membros de sua rede primária. Outra característica observada é o fato de Claudia identificar uma grande quantidade de amigas, dentro e fora da comunidade.

A sua rede secundária é constituída pelas seguintes instituições: Maternidade e CMS.

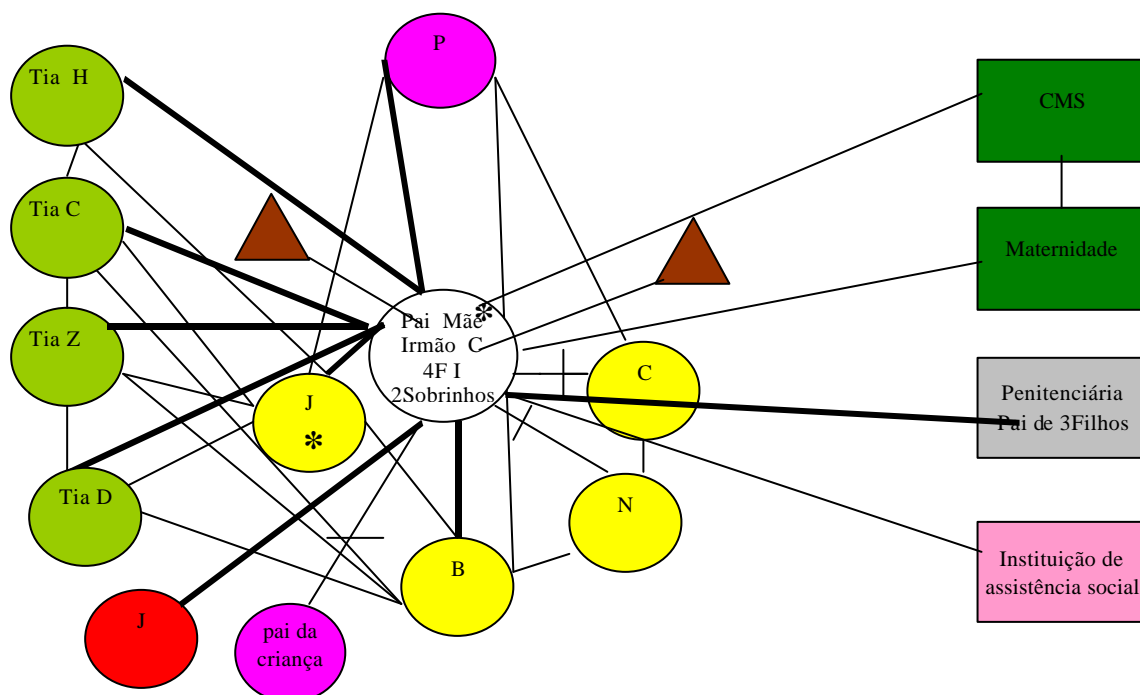
Diante deste mapa de rede Claudia referiu que as pessoas que estavam mais envolvidas com ela durante a fase da amamentação foram: sua cunhada e duas amigas.

### ***Rede Social de Cristina***

Cristina, 34 anos, é natural do Ceará e reside na comunidade há 27 anos. Habita em um domicílio de dois cômodos, onde mora com sua mãe, pai, uma irmã, um irmão, quatro filhos e dois sobrinhos.

Na sua casa as pessoas que trabalham para sustentar a família são: seu pai e seu irmão. Desta última gestação Cristina referiu ter realizado o Pré-natal e ter oferecido exclusivamente leite materno para a criança por 2 meses, sendo que no momento da entrevista a criança recebia leite materno e artificial. Ela manteve a criança em aleitamento misto até 3 meses, quando passou a oferecer apenas leite artificial para a mesma, referindo que o “seu leite não sustentava a criança”. Seu filho anterior foi amamentado exclusivamente por 3 meses.

Na entrevista juntamente com Cristina foi desenhado o seguinte mapa da sua rede social:



**Fig. 11 - Rede social da Cristina**

O mapa da rede de Cristina revelou que a mesma possui uma rede primária de tamanho médio com alta densidade.

Cristina revelou estabelecer um *forte* vínculo com duas vizinhas, uma colega, uma amiga e com a maioria dos seus parentes. Referiu ainda apresentar uma relação de *conflito* com um irmão que mora na sua casa e ter *rompido* o relacionamento com o pai da criança atual e com duas vizinhas. Ao passo em que com o pai dos três primeiros filhos estabelece um *forte* vínculo, contando com auxílio financeiro para cuidar das crianças, apesar deste se encontrar na Penitenciária.

A sua rede secundária é constituída pelas seguintes instituições: Maternidade, CMS e CEMASI (instituição social onde recebe o benefício Bolsa Família).

Diante deste mapa de rede Cristina referiu que as pessoas que estavam mais envolvidas com ela durante a fase da amamentação foram: seus pais, uma irmã e uma vizinha.

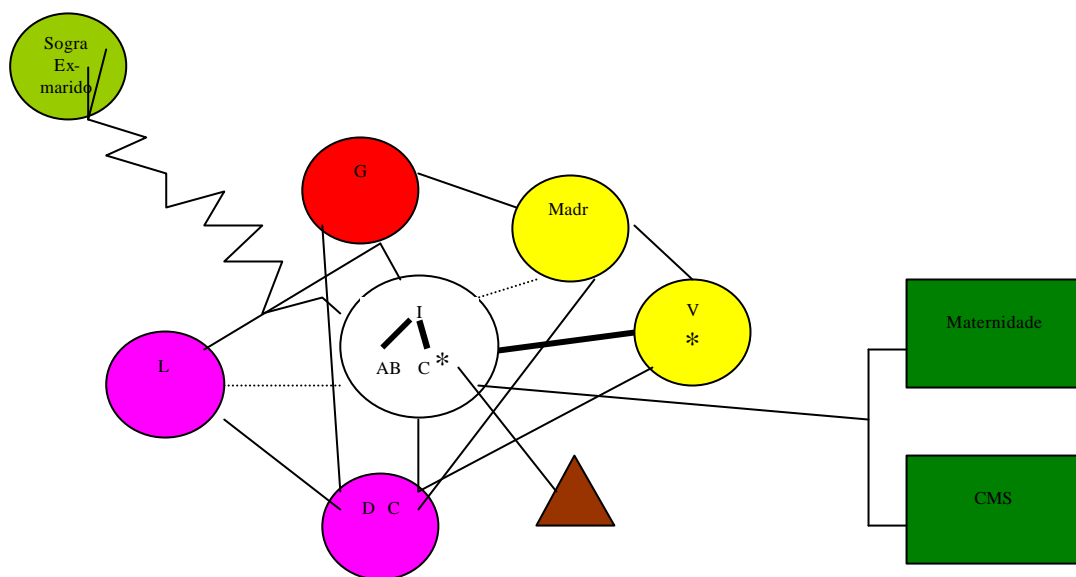
### ***Rede Social de Isa***

Isa, 22 anos, é natural do Rio de Janeiro e reside na comunidade há seis meses. Habita em um domicílio de um cômodo, onde mora com o seu companheiro e sua filha. Isa mencionou que possui mais quatro filhos no Ceará, que moram com a sua sogra.

Na ocasião da entrevista apenas o seu companheiro estava trabalhando, uma vez que Isa não trabalha fora do lar.

Desta última gestação Isa referiu ter realizado o Pré-natal e ter oferecido exclusivamente leite materno para a criança por 3 meses, mantendo a criança em aleitamento misto. Referiu ter apresentado fissura nos mamilos. Seus filhos anteriores foram amamentados exclusivamente por 6 meses.

Na entrevista juntamente com Isa foi desenhado o seguinte mapa da sua rede social:



**Fig. 12 - Rede Social de Isa**

O mapa da rede de Isa evidenciou uma pequena rede primária com baixa densidade, ou seja, composta de seis membros que estabelecem poucos relacionamentos entre si.

Isa revelou apresentar um *forte* vínculo apenas com o seu companheiro atual, seus filhos e com uma vizinha.

Referiu ainda *fragilidade* no relacionamento com uma vizinha e com uma colega. Apresentou uma relação conflituosa com o seu ex-companheiro e sua sogra.

Outro aspecto que merece consideração é o fato de Isa não possuir relação com nenhum parente, pois perdeu o contato com a sua mãe, irmãos e tios há oito anos. Ela mencionou não saber onde estes estão morando e ao mesmo tempo sua família também não sabe que ela retornou do Nordeste e está morando nesta comunidade.

A sua rede secundária é composta pelas instituições: Maternidade e CMS e não consta de nomes dos profissionais que a atenderam indicando um tipo de contato formal com os mesmos.

Diante deste mapa de rede Isa referiu que as pessoas que estavam mais envolvidas com ela durante a fase da amamentação eram: sua vizinha e seu companheiro.

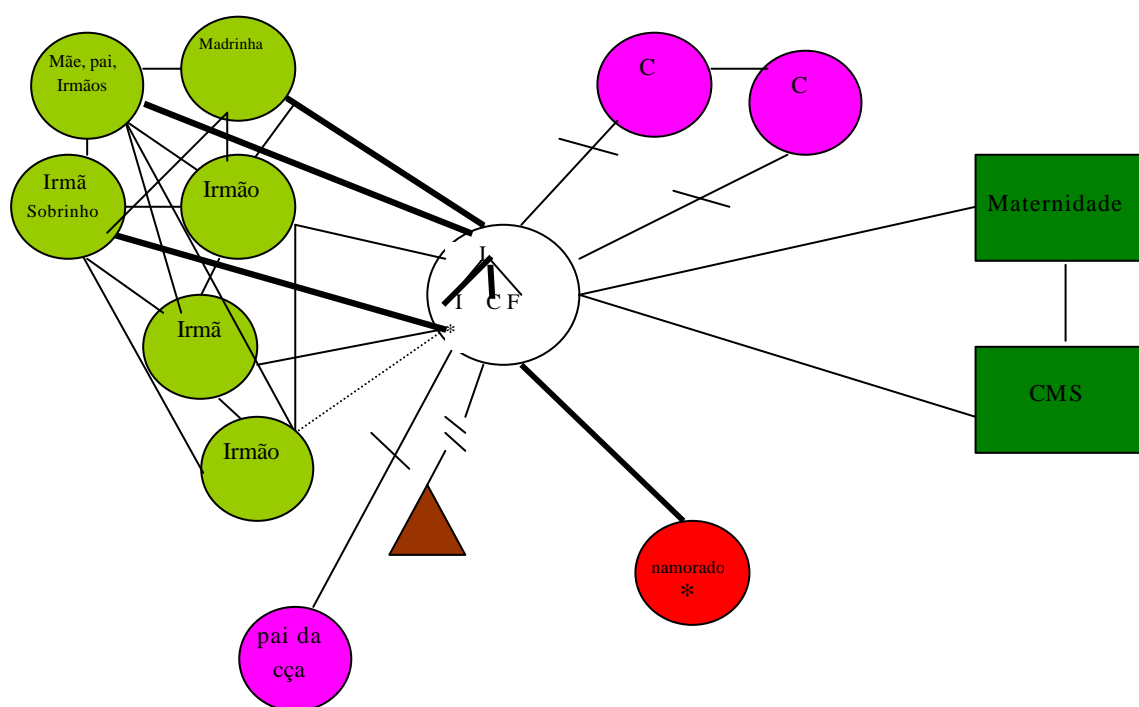
### ***Rede Social de Laura***

Laura, 26 anos, é natural do Maranhão e reside na comunidade há 5 meses. Habita em um domicílio de três cômodos, onde mora com uma irmã, um sobrinho e seu filho de 4 meses.

Na ocasião da entrevista Laura estava de licença maternidade do trabalho onde desenvolve a função de vendedora.

Desta última gestação Laura referiu ter realizado o Pré-natal e ter oferecido exclusivamente leite materno para a criança por 4 meses. Após este período passou a oferecer leite materno e leite artificial, devido ao choro intenso da criança.

Na entrevista juntamente com Laura foi desenhado o seguinte mapa da sua rede social:



**Fig. 13 - Rede social de Laura**



O mapa da rede de Laura evidenciou uma pequena rede primária com baixa densidade, ou seja, cujos membros estabelecem poucos relacionamentos entre si.

Laura revelou apresentar um *forte* vínculo o seu namorado, que se encontra em Salvador e com seus parentes (mãe, pai, irmãos e madrinha), embora estes estejam distantes do seu convívio. Referiu ainda manter uma relação frágil com um de seus irmãos e ter rompido o relacionamento com o pai da criança e duas colegas.

A sua rede secundária é composta pelas instituições: Maternidade e CMS.

Diante deste mapa de rede Laura referiu que as pessoas que estiveram mais envolvidas com ela durante a fase da amamentação foram: sua irmã que mora no seu domicílio e seu namorado.

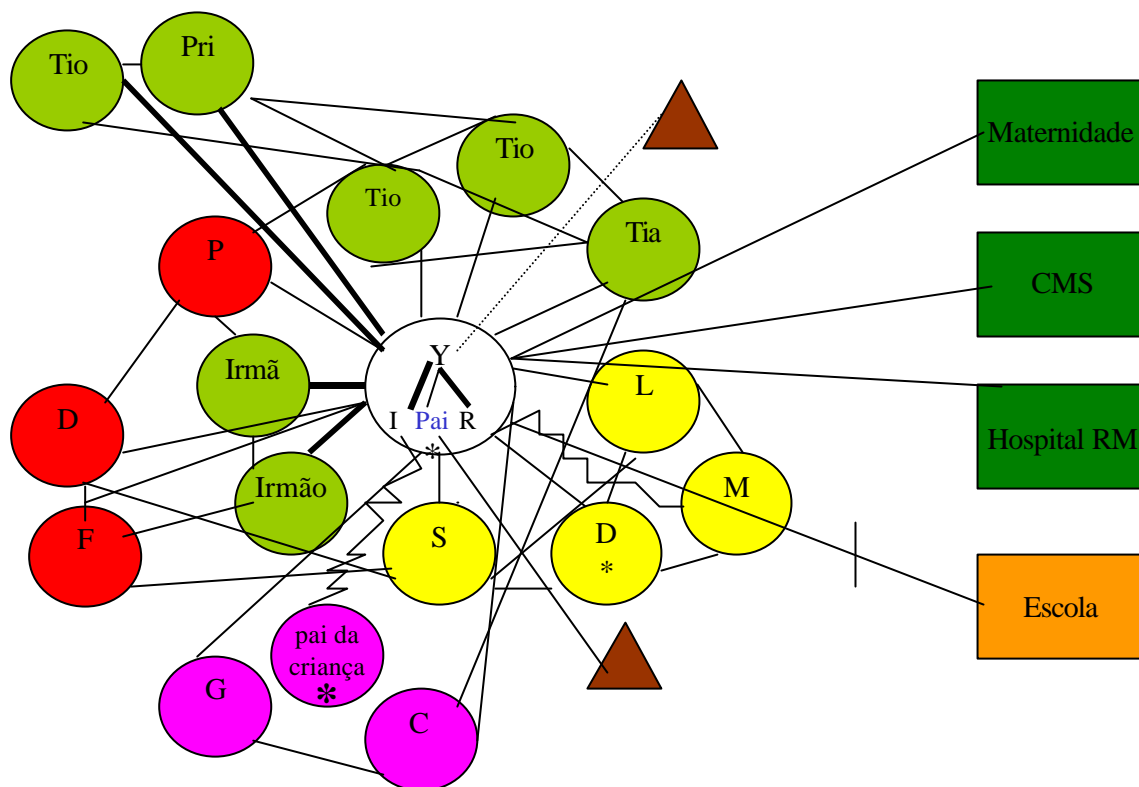
### ***Rede Social de Yasmin***

Yasmin, 22 anos, é natural do Rio de Janeiro e sempre residiu na comunidade. Habita em um domicílio de um cômodo, onde mora com seu pai, um irmão e seu filho de 5 meses.

Na sua casa Yasmin e seu pai trabalham para sustentar a família.

Desta última gestação Yasmin referiu ter realizado o Pré-natal e ter oferecido exclusivamente leite materno para a criança por 3 meses. Após este período passou a oferecer leite materno e leite artificial. As dificuldades referidas foram: ingurgitamento mamário, fissura e necessidade de trabalhar.

Na entrevista juntamente com Yasmin foi desenhado o seguinte mapa da sua rede social:



**Fig. 14 - Rede social da Yasmin**

O mapa da rede de Yasmin evidenciou uma rede primária de tamanho médio com alta densidade, onde os membros estabelecem muitos relacionamentos entre si.

Yasmin revelou apresentar um *forte* vínculo com o seu irmão, irmã, um tio e primos. Evidenciou ainda um relacionamento do tipo *conflituoso* com o pai da criança e com uma vizinha.

Na sua rede secundária composta pelas instituições: Maternidade, CMS e Hospital RM e Escola.

Diante deste mapa de rede Yasmin referiu que até os três meses pós-parto as pessoas que estavam mais envolvidas com ela durante a fase da amamentação foram: seu pai, o pai da criança e uma vizinha. Após este período referiu ter uma relação conflituosa com o pai da criança e de fragilidade com seu pai, evidenciado no mapa da sua rede social na ocasião da entrevista.

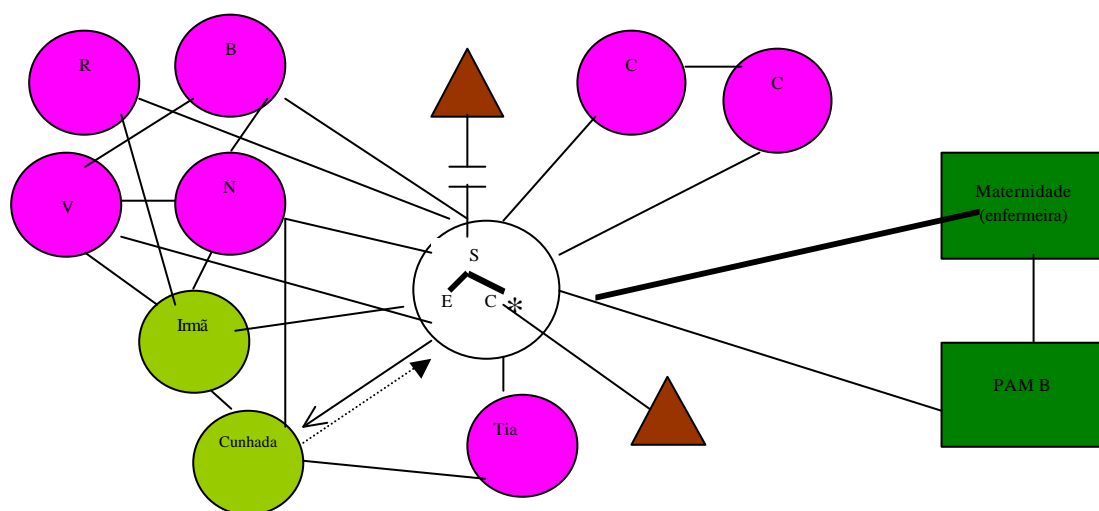
### **Rede Social de Sofia**

Sofia, 33 anos, é natural do Rio de Janeiro e sempre residiu na comunidade. Habita em um domicílio de um cômodo, onde mora com seu companheiro e sua filha de 2 meses.

Sofia não trabalha fora de casa, sendo o seu companheiro aquele que trabalha para sustentar a família.

Desta última gestação Sofia referiu ter realizado o Pré-natal e ter oferecido exclusivamente leite materno para a criança por 2 meses, referindo a necessidade de trabalhar.

Na entrevista juntamente com Sofia foi desenhado o seguinte mapa da sua rede social:



**Fig. 15 - Rede Social de Sofia**

O mapa da rede de Sofia evidenciou uma rede primária pequena com baixa densidade, onde os membros estabelecem poucos relacionamentos entre si. Esta rede primária é composta basicamente por colegas. E os vínculos nesta rede foram considerados *normais*,

exceto com o companheiro e com sua filha com quem Sofia apresenta um *forte* vínculo. Com a cunhada referiu manter um relacionamento de ambigüidade.

Na sua rede secundária composta pelas instituições: Maternidade e pelo PAM B, Sofia destaca um forte relacionamento com uma enfermeira da Maternidade.

Diante deste mapa de rede Sofia referiu que a pessoa que estava mais envolvida com ela durante a fase da amamentação foi o seu companheiro.

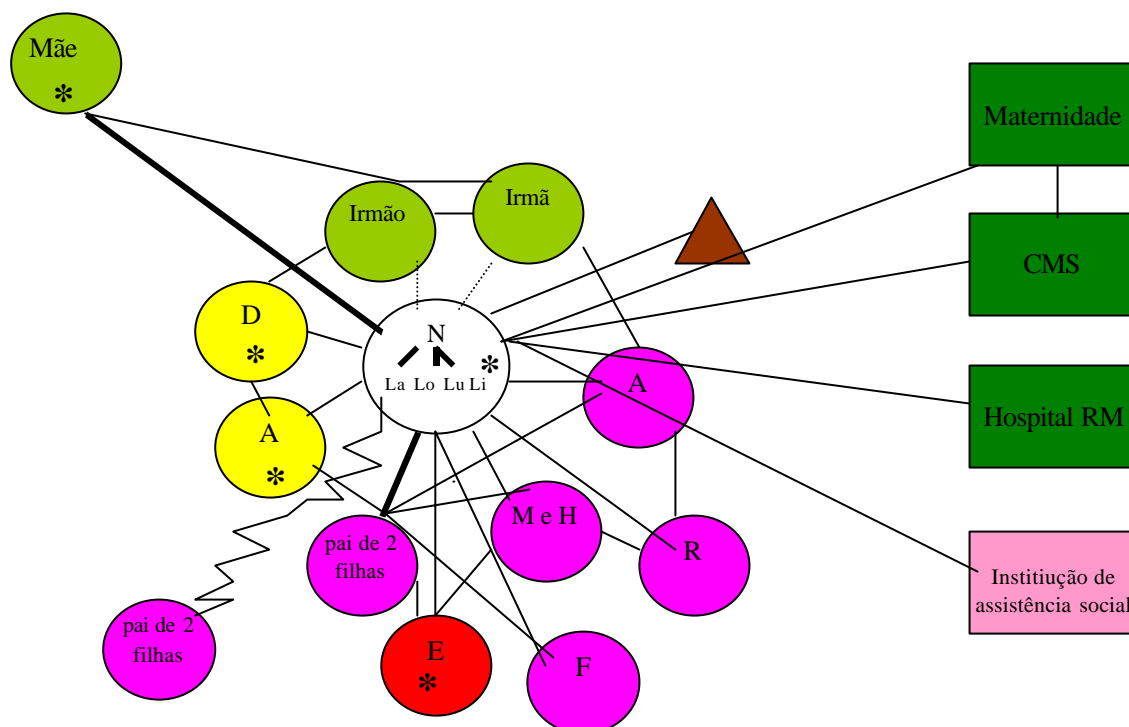
### **Rede Social de Núbia**

Núbia, 25 anos, é natural do Rio de Janeiro e sempre residiu na comunidade. Habita em um domicílio de um cômodo, onde mora com suas 4 filhas.

Núbia estava trabalhando fora de casa para sustentar a família.

Desta última gestação Núbia referiu ter realizado o Pré-natal e ter oferecido exclusivamente leite materno para a criança por 1 mês e 25 dias. Após este período passou a oferecer leite materno e leite artificial até 4 meses. Referiu a presença de fissura, ingurgitamento mamário e a necessidade de trabalhar. Seus filhos anteriores foram amamentados por um mês, 6 meses e 4 meses, respectivamente.

Na entrevista juntamente com Núbia foi desenhado o seguinte mapa da sua rede social:



**Fig. 16 - Rede social de Núbia**

O mapa da rede de Núbia evidenciou uma rede primária média com alta densidade, uma vez que diversos membros estabelecem relacionamentos entre si. Núbia mencionou ter um relacionamento *conflituoso* com o pai das duas filhas mais velhas e um *forte* vínculo com sua mãe e pai das suas filhas mais novas.

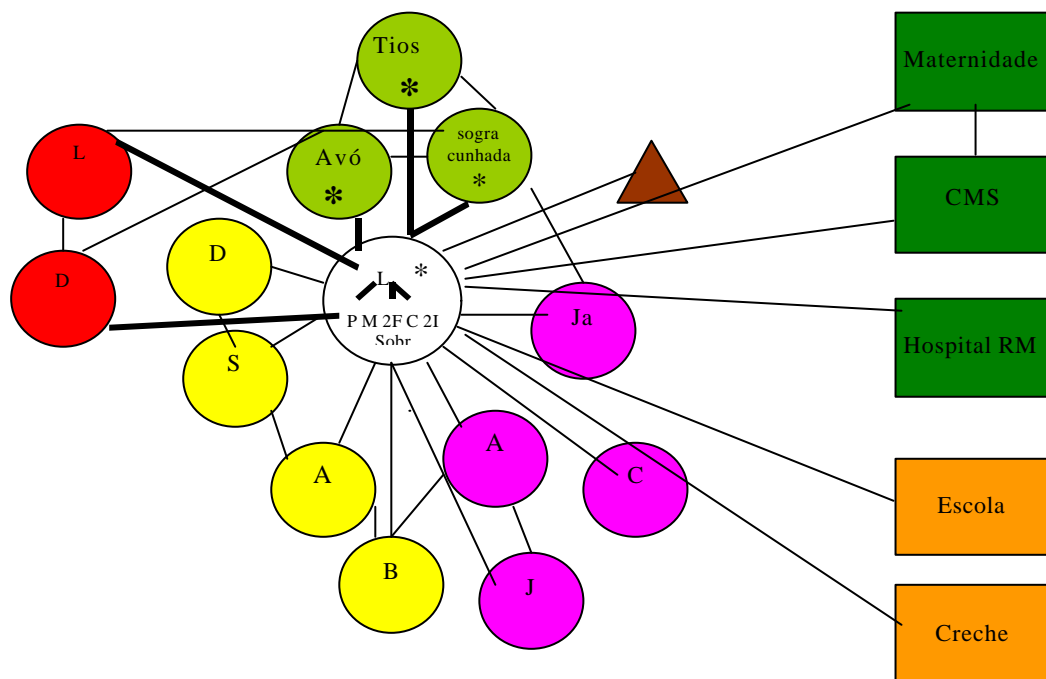
Na sua rede secundária composta pelas instituições: Maternidade, CMS, Hospital RM e CEMASI (de onde recebe a Bolsa Família).

Diante deste mapa de rede Núbia referiu que as pessoas que estavam mais envolvidas com ela durante a fase da amamentação foram: sua mãe e uma amiga e duas vizinhas.

### ***Rede Social de Luciana***

Luciana, 21 anos, é natural do Rio de Janeiro e sempre residiu na comunidade. Habita em um domicílio de seis cômodos, onde mora com sua mãe, seu pai, seu companheiro, dois irmãos, uma sobrinha e seus 2 filhos. Desta última gestação Luciana referiu ter realizado o Pré-natal e ter oferecido exclusivamente leite materno para a criança por 15 dias. Após este período passou a oferecer leite materno e artificial para a criança, referindo que a mesma chorava muito e que após um mês o seu leite havia “secado”. Sua filha anterior foi amamentada exclusivamente por 6 meses.

Na entrevista juntamente com Luciana foi desenhado o seguinte mapa da sua rede social:



**Fig. 17 - Rede social da Luciana**

O mapa da rede de Luciana evidenciou uma rede primária média com baixa densidade, uma vez que diversos membros estabelecem poucos relacionamentos entre si. O mapa revela que Luciana mantém *forte* vínculo com todos os seus parentes e com as duas amigas.

A sua rede secundária é composta pelas instituições: Maternidade, CMS, Hospital RM, Escola, Creche.

Diante deste mapa de rede Luciana referiu que as pessoas que estavam mais envolvidas com ela durante a fase da amamentação foram: seus pais, companheiro, seus tios, sua avó e uma cunhada.

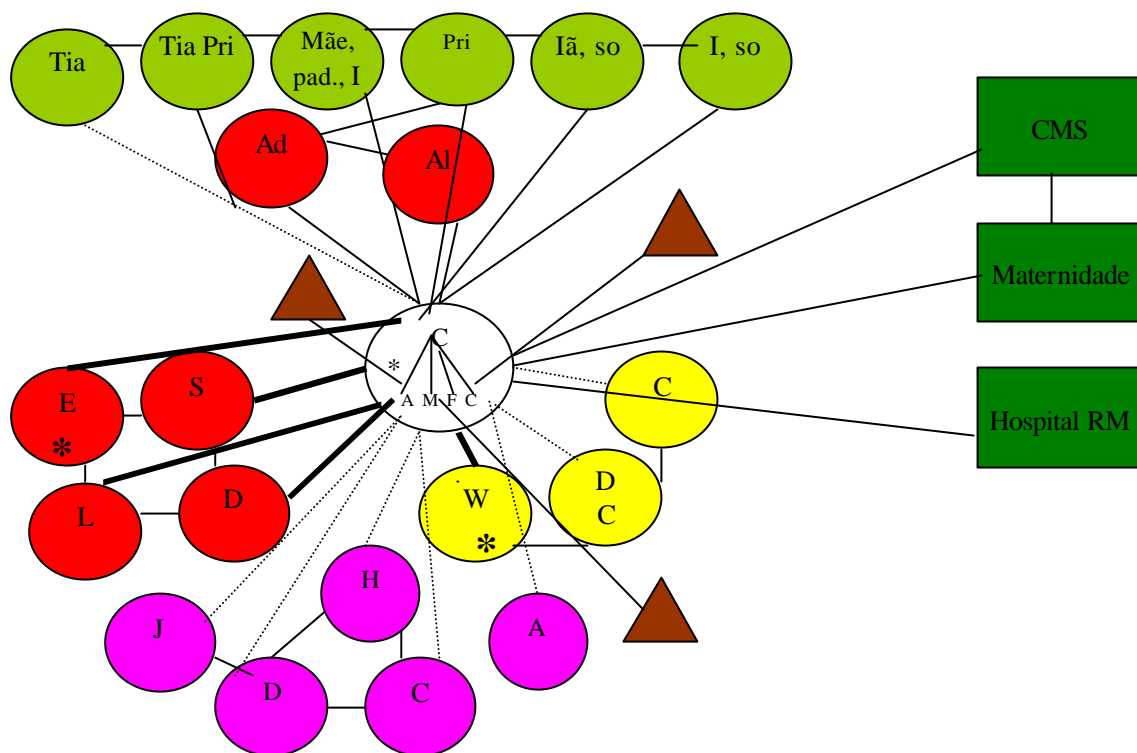
### ***Rede Social de Carla***

Carla, 18 anos, é natural do Maranhão e reside na comunidade há 6 meses. Habita em um domicílio de três cômodos, onde mora com seu companheiro, duas amigas e sua filha.

Em sua casa, o companheiro e suas duas amigas trabalham.

Desta última gestação Carla referiu ter realizado o Pré-natal e ter oferecido exclusivamente leite materno para a criança por 1 mês. Após este período passou a oferecer leite materno e leite artificial, referindo a necessidade de trabalhar.

Na entrevista juntamente com Carla foi desenhado o seguinte mapa da sua rede social:



**Fig. 18 - Rede social da Carla**

O mapa da rede de Carla evidenciou uma rede primária média com alta densidade, uma vez que diversos membros estabelecem muitos relacionamentos entre si. O mapa revela que Carla mantém *forte* vínculo com suas amigas e com uma vizinha e *fragilidade* no relacionamento com as colegas. Seus parentes residem em São Paulo.

A sua rede secundária é composta pelas instituições: Maternidade, CMS e Hospital RM.

Diante deste mapa de rede Carla referiu que as pessoas que estavam mais envolvidas com ela durante a fase da amamentação foram uma amiga que habita no seu domicílio, uma amiga da comunidade e uma vizinha.



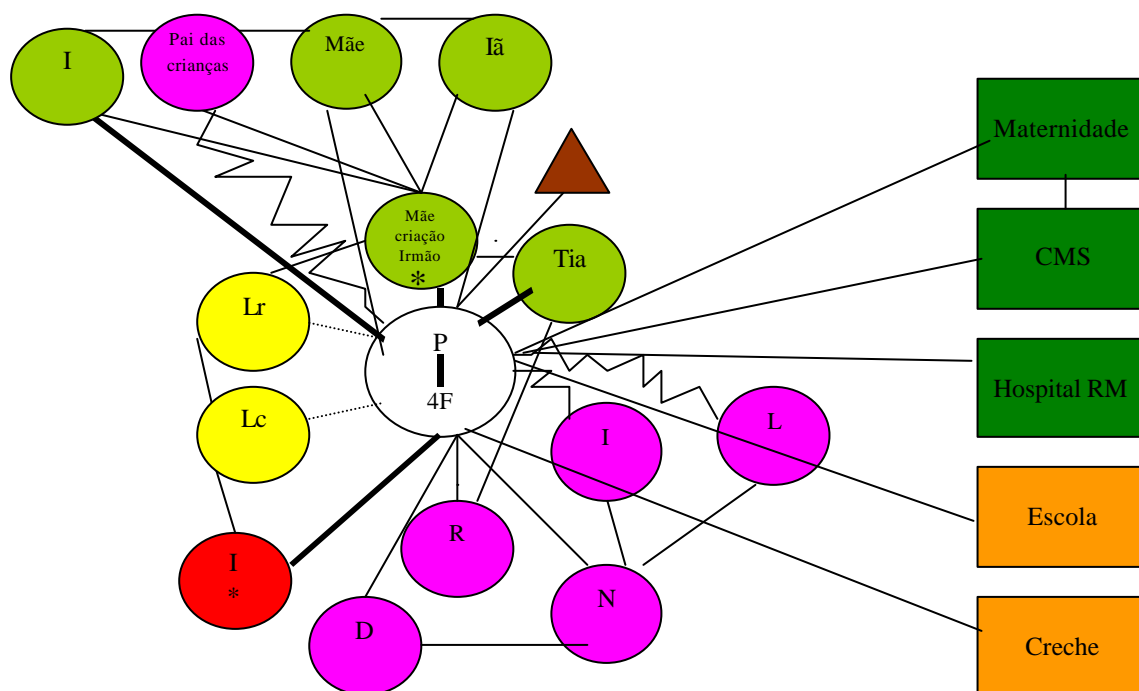
### *Rede Social de Priscila*

Priscila, 38 anos, é natural do Rio de Janeiro e sempre residiu na comunidade. Habita em um domicílio de três cômodos, que se localiza na parte mais alta do Morro. Ela mora com seus 3 filhos.

Na ocasião da entrevista Priscila referiu estar cumprindo “aviso prévio” no trabalho, onde desenvolvia a função de faxineira, pois havia sido demitida. Demonstrou preocupação com relação a sua situação, uma vez que era ela quem sustentava a família.

Desta última gestação Priscila referiu ter realizado o Pré-natal e ter oferecido exclusivamente leite materno para a criança por 4 meses. Após este período passou a oferecer leite materno e leite artificial, devido a sua necessidade de trabalhar. Os filhos anteriores foram amamentados exclusivamente por 8 meses e 4 meses, respectivamente.

Na entrevista juntamente com Priscila foi desenhado o seguinte mapa da sua rede social:



**Fig. 19 - Rede social da Priscila**

O mapa da rede de Priscila evidenciou uma rede primária média com baixa densidade, onde os membros estabelecem poucos relacionamentos entre si. O mapa revela que Priscila mantém *forte* vínculo com seus filhos, com a mãe de criação, um irmão, uma tia e com a única amiga. A relação de *conflito* foi evidente no relacionamento com o pai das crianças e com duas colegas.

A sua rede secundária é ampla composta pelas instituições: Maternidade, CMS, Hospital RM, Escola e Creche.

Diante deste mapa de rede Priscila referiu que a pessoa que estava mais envolvida com ela durante a fase da amamentação foi a sua mãe de “criação” e uma amiga.

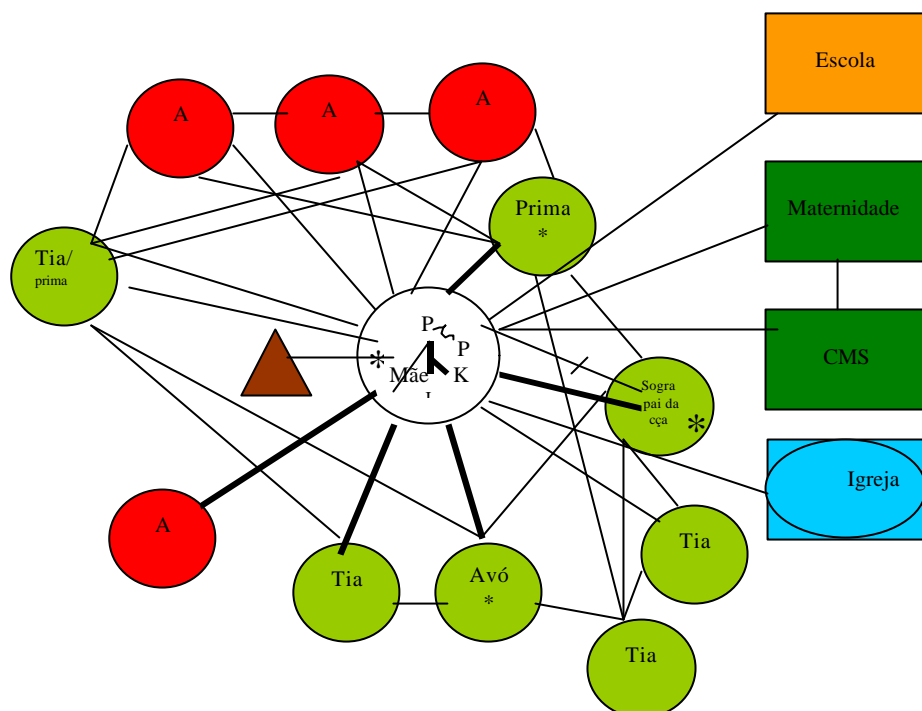
### ***Rede Social de Paula***

Paula, 17 anos, é natural do Rio de Janeiro e sempre residiu na comunidade. Habita em um domicílio de quatro cômodos, com sua mãe, padrasto, três irmãos e sua filha de 6 meses.

Paula mencionou a necessidade de conseguir um trabalho, a fim de ajudar no orçamento familiar, uma vez que na sua casa sua mãe é a única que trabalha.

Desta última gestação Paula referiu ter realizado o Pré-natal e ter oferecido exclusivamente leite materno para a criança por 2 meses e meio, devido a um quadro de abscesso mamário. Após este período passou a oferecer leite materno e leite artificial.

Na entrevista juntamente com Paula foi desenhado o seguinte mapa da sua rede social:



**Fig. 20 - Rede Social de Paula**

O mapa da rede de Paula evidenciou uma rede primária média com alta densidade, onde os membros estabelecem muitos relacionamentos entre si. O mapa revela que Paula mantém *forte* vínculo com uma prima, dois irmãos, uma tia, sua mãe, avó e com o pai da criança e uma amiga. Nesta rede Paula referiu que mantém uma relação *conflituosa* com seu pai, *rompeu* o relacionamento com sua sogra e com os demais membros a relação é *normal*.

A sua rede secundária é ampla composta pelas instituições: Maternidade, CMS, Escola (onde freqüenta como aluna) e Igreja (de onde recebe o auxílio Cheque Cidadão).

Diante deste mapa de rede Paula referiu que as pessoas que estavam mais envolvidas com ela durante a fase da amamentação foram: sua mãe, o pai da criança e sua avó e uma prima.

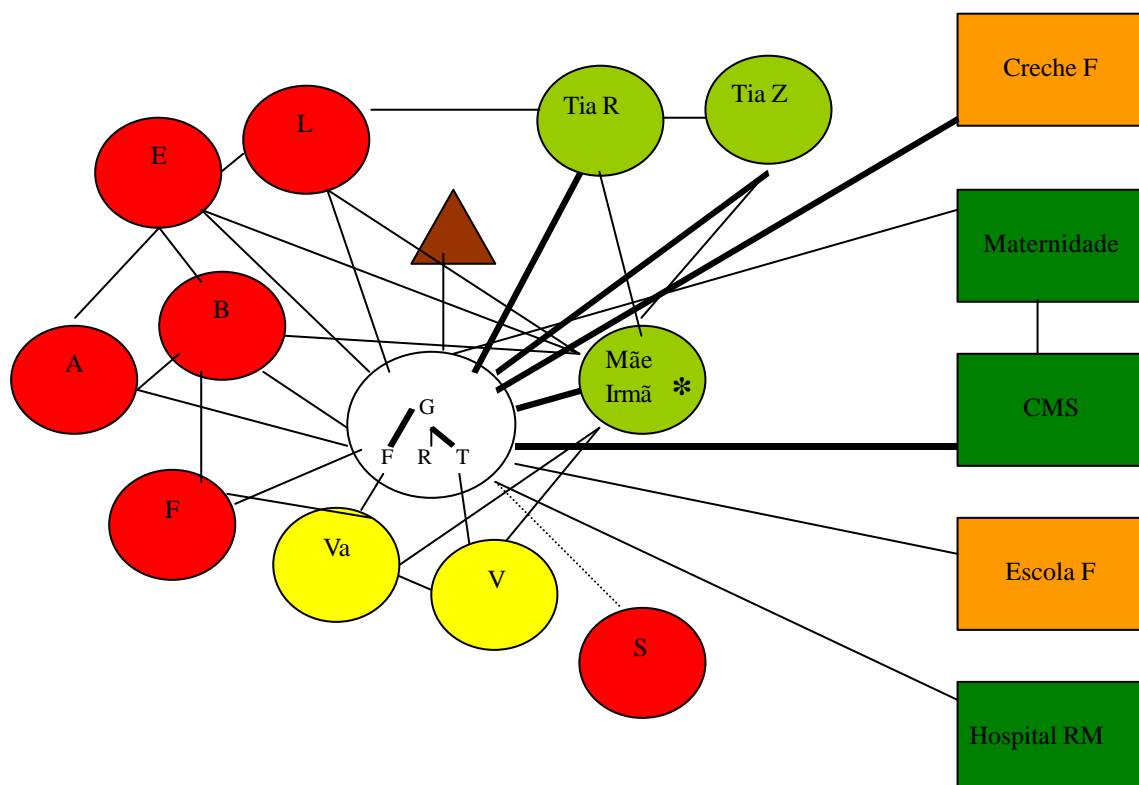
### *Rede Social de Graça*

Graça, 23 anos, é natural do Rio de Janeiro e sempre residiu na comunidade. Habita em um domicílio de cinco cômodos, com seu companheiro e seus dois filhos de 4 anos e de 6 meses.

Na ocasião da entrevista Graça estava cumprindo “aviso prévio”, pois havia sido demitida do trabalho onde exercia a função de secretária em uma creche. Além dela, seu companheiro também estava trabalhando.

Desta última gestação Graça referiu ter realizado o Pré-natal e ter oferecido exclusivamente leite materno para a criança por 5 meses. Após este período passou a oferecer leite materno e leite artificial. Seu filho anterior foi amamentado de forma exclusiva por 6 meses.

Na entrevista juntamente com Graça foi desenhado o seguinte mapa da sua rede social:



**Fig. 21 - Rede social da Graça**

O mapa da rede de Graça evidenciou uma rede primária média com alta densidade, onde os membros estabelecem muitos relacionamentos entre si. O mapa revela que Graça mantém *forte* vínculo com seus parentes (mãe,irmã e tios), seu companheiro e filhos.

A sua rede secundária é ampla composta pelas instituições: Maternidade, CMS, Hospital RM, Escola (onde o filho estuda) e Creche (onde deixa a filha).Graça referiu um forte vínculo com as funcionárias da creche e com a pediatra do CMS.

Diante deste mapa de rede Graça referiu que a pessoa que estava mais envolvida com ela durante a fase da amamentação foi sua mãe.

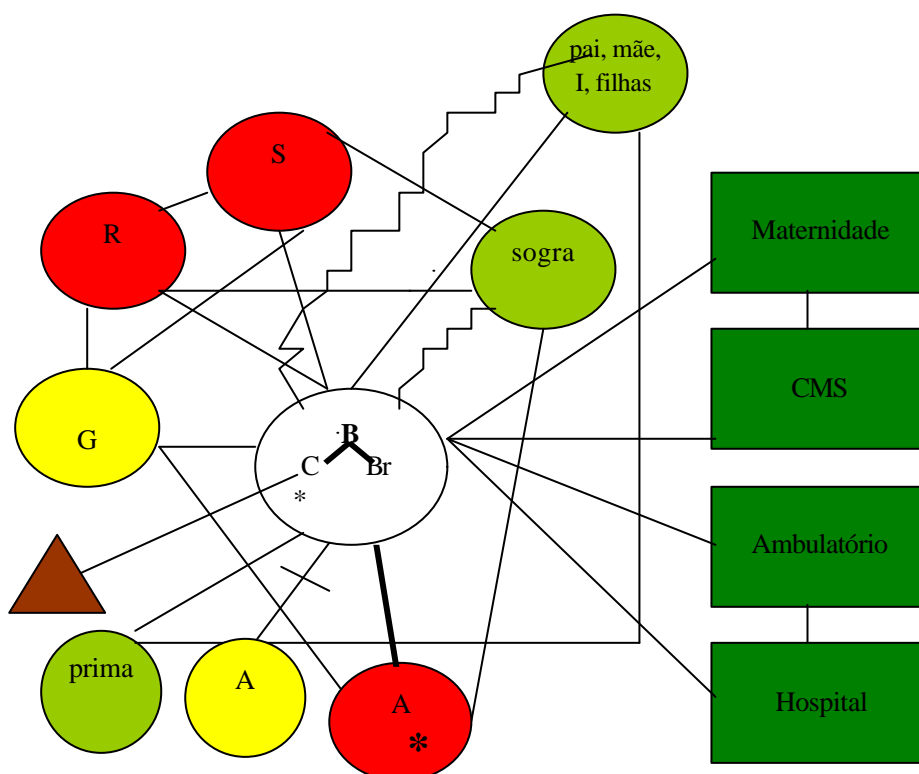
### ***Rede Social de Beatriz***

Beatriz, 25 anos, é natural do Rio de Janeiro e reside na comunidade há 2 anos. Habita em um domicílio de um cômodo, com seu companheiro e sua filha de 6 meses.

Na sua casa apenas seu companheiro trabalha.

Desta última gestação Beatriz referiu ter realizado o Pré-natal e ter oferecido exclusivamente leite materno para a criança por 4 meses. Após este período passou a oferecer leite materno e leite artificial. Relatou ainda que possui mais dois filhos que moram com seus pais no município de Cabo Frio. O tempo de amamentação exclusiva dos filhos anteriores foi de 6 meses. A dificuldade referida foi fissura.

Na entrevista juntamente com Beatriz foi desenhado o seguinte mapa da sua rede social:



**Fig. 22 - Rede Social da Beatriz**

O mapa da rede de Beatriz evidenciou uma pequena rede primária média com baixa densidade, onde os membros estabelecem poucos relacionamentos entre si. O mapa revela ainda que em torno de Beatriz estão presentes os amigos e que seus parentes estão distantes (morando fora da comunidade). Beatriz apresenta uma relação *conflituosa* com sua sogra e seu pai e *rompeu* o relacionamento com uma de suas vizinhas. Apresentou uma relação *forte* com uma amiga, com o companheiro e uma filha.

A sua rede secundária é ampla composta pelas instituições: Maternidade, CMS, Hospital CF e Ambulatório.

Diante deste mapa de rede Beatriz referiu que as pessoas que estavam mais envolvidas com ela durante a fase da amamentação foi seu companheiro e uma amiga.

Em síntese na descrição de sua rede social as mulheres referiram que após o nascimento da criança estão presentes na sua vida: mães, companheiro, pai dos outros filhos, irmãos, pais, primos, avós, cunhada, sogra, madrinha da criança, sobrinho, vizinhas, amigas, colegas, patroa, profissionais de saúde da Maternidade, de Hospitais e do Centro de Saúde e, responsáveis ou funcionários de creches, escolas, igreja e centro de assistência social.

Na análise dos mapas verificou-se que as mulheres referem a presença de vínculo “forte” com membros de sua rede primária, especialmente com amigas, vizinhas, tios, avó, sua mãe ou com o pai da criança; revelando serem estes as pessoas mais envolvidas com elas durante a fase da amamentação. E entre aquelas que amamentaram por 4 meses ou mais, observa-se que além de estabelecerem vínculos “fortes” possuem uma relação de proximidade com tais membros.

Outro aspecto que merece consideração é o fato de à luz do referencial de Alfred Schutz (SCHUTZ, 1979a) observar-se que com os membros da rede primária as mulheres

expressaram uma relação de familiaridade, enquanto que com os membros de sua rede secundária na maioria das vezes a relação se mostra como anônima.

#### **4.2. Síntese da caracterização das depoentes**

Após a descrição dos mapas de rede social das depoentes do estudo optamos por apresentar uma síntese da caracterização de tais mulheres, obtida a partir dos dados de identificação e dos aspectos relacionados à amamentação, que envolvem a situação biográfica de tais mulheres. Desta forma, o Quadro 1 refere-se às características da situação biográfica das mulheres em seu mundo da vida:



**Quadro 1 – Características da situação biográfica das mulheres**

<b>Características</b>	<b>N</b>
<b>Tipo de moradia</b>	
▪ Alvenaria	19
▪ Mista	01
<b>Número de cômodos</b>	
1 a 2	12
3 a 4	05
> 5	03
<b>Número de pessoas no domicílio</b>	
2 a 4	13
5 a 7	04
> 8	03
<b>Tempo de moradia na comunidade (em anos)</b>	
< 1	03
1  - 10	04
10  - 20	03
≥ 20	10
<b>Idade (em anos)</b>	
15 -  20	02
20 -  25	08
25 -  30	04
> 30	06
<b>Naturalidade</b>	
CE, MA	06
RJ	14
<b>Reside com o companheiro</b>	
Sim	11
Não	09
<b>Trabalha fora de casa</b>	
Sim	14
Não	06
<b>Licença maternidade</b>	
Sim	10
Não	04

O quadro 1 mostra que a maioria das mulheres identificadas no presente estudo reside em casas de alvenaria, com uma média de 1 a 2 cômodos, onde habitam de 2 a 4 pessoas. De uma forma geral as mulheres são jovens, naturais do Rio de Janeiro e residem na comunidade há mais de 20 anos. Mais da metade delas mora com o companheiro e 14 referiram possuir trabalho fora do lar.

A situação de moradia destas mulheres é característica do contexto de comunidades, onde a maioria da população habita em domicílios pequenos e com alta densidade demográfica, refletindo a baixa condição sócio-econômica das famílias.

Com relação à situação conjugal, Wagner *et al* (2000) e Dessen (2000) afirmam que a presença do marido ou companheiro favorece tranquilidade e segurança para a mãe lidar com as mudanças ocorridas após o nascimento da criança e assim amamentá-la.

Dentre as mulheres do estudo que referiram possuir um trabalho fora do lar, quatro delas não contaram com o benefício da licença maternidade, enquanto que as demais permaneceram em casa durante os quatro meses garantidos pela legislação (BRASIL, 1997).

Rea *et al* (1997) e Ciaccia *et al* (2003) afirmam que o retorno da mulher ao trabalho pode contribuir para que a maioria destas desmamem seus filhos precocemente. Neste sentido, estes autores mencionam ainda ser necessário que as empresas reconheçam o direito de amamentar e implementem benefícios para essa ação.

O quadro 2 focaliza a gestação e a vivência das mulheres com amamentação.

**Quadro 2 – Características referentes à gestação e tempo de amamentação**

<b>Características</b>	<b>N</b>
<b>Número de filhos</b>	
1	07
2 a 4	11
> 5	02
<b>Tempo de amamentação exclusiva do filho anterior</b>	
≤ 1 mês	02
2 a 3	03
4 a 5	03
≥ 6	05
<b>Pré-natal da gestação atual</b>	
Sim	19
Não	01
<b>Idade da criança (em meses)*</b>	
1 a 2	08
3 a 4	03
5 a 6	09
<b>Tempo de amamentação exclusiva do filho atual</b>	
≤ 1 mês	06
2 a 3	08
4 a 5	06

\* Idade da criança no momento da entrevista

Com relação às características de gestação e amamentação verificou-se que a maioria possuía de 2 a 4 filhos, havia realizado o Pré-Natal e das treze que possuíam mais de um filho, oito referiram ter amamentado o filho anterior por 4 meses ou mais (Quadro 2). Tais características também apontam para a situação biográfica das mulheres, evidenciadas pelas experiências e vivências anteriores, que segundo alguns autores podem ser benéficas para o sucesso da prática da amamentação (SILVA, 1994; MARTINS, 1998; FERREIRA e MONTEIRO, 2002; PRIMO *et al*, 2004; RAFAEL, 2005).

Com relação ao tempo de amamentação do filho atual, apenas seis das vinte mulheres estudadas amamentaram exclusivamente por 4 meses ou mais, sendo que no primeiro mês seis delas já haviam desmamado (Quadro 2). O fato das mulheres terem desmamado precocemente seu filhos pode ter sido decorrente da condição de trabalhadora fora do lar, característica da maioria delas, que as impossibilitou de permanecerem em contato permanente com a criança durante os seis primeiros meses pós-parto, como evidenciado no quadro 1.

Embora diversos estudos abordem os benefícios da amamentação (OMS, 2001; LOUREIRO *et al* , 2003; ALMEIDA e NOVAK, 2004; PRIMO *et al*, 2004) ou apontem para o aumento desta prática nos últimos anos (REA, 2003), nota-se a relevância da implementação de estratégias governamentais voltadas para a proteção, promoção e apoio do aleitamento materno (BRASIL, 1995; BUENO e KEIKO, 2004; VANNUCHI *et al*, 2004).

Na caracterização das mulheres do estudo buscou-se ainda apreender o tipo de dificuldade que elas vivenciaram no período da amamentação. Neste sentido, as dificuldades referidas foram organizadas segundo o que as falas possuíam em comum (Quadro 3).

**Quadro 3 – Dificuldades referidas pelas mulheres**

<b>Dificuldades</b>	<b>N</b>
“o leite materno não sustentava”	07
necessidade de trabalhar	10
fissura	06
“não tinha leite”	02
ingurgitamento mamário	02
abscesso mamário	01
“criança não sugava”	01

De uma forma geral verificou-se que as dificuldades estavam relacionadas à mulher e à criança. Em relação à mulher verificou-se o aspecto psico-físico de alguma alteração na mama (fissura, ingurgitamento, ou abscesso mamário) e o aspecto social apontado pela necessidade de trabalhar. No que se refere à criança observou-se a percepção do leite materno não ser suficiente para “saciar a criança” e a falta de sucção da criança.

Com base em tais dificuldades, ao serem abordadas com relação à necessidade de ajuda durante a fase da amamentação, as mulheres mencionaram poder contar com os membros da rede primária. Assim o Quadro 4 é referente ao tipo de membro da rede social primária envolvido com a depoente, com quem ela pode contar no período da amamentação.

**Quadro 4 – Tipo de membro da rede social e seu envolvimento com a amamentação.**

Membro da rede social*	N
Mãe	09
Amiga	06
Vizinha	05
Companheiro	04
pai da criança	04
Irmã	04
outros familiares	03

\* Houve concomitância entre os tipos de membros referidos nas respostas

A maioria das mulheres do presente estudo referiu ter contado com a presença da mãe, de uma amiga ou de uma vizinha durante a fase em que estavam amamentando, evidenciando o predomínio de uma figura feminina ao lado das mesmas, que lhe é familiar. Da mesma forma, Gonçalves (2001) verificou que a mulher após o parto e ao deparar-se com o processo de amamentar está mais próxima da família. Machado (2001) também encontrou em seu estudo que a mãe ocupa um papel importante na prática da amamentação realizada por

sua filha, uma vez que se mostra como aquela que “está junto” compartilhando seus conhecimentos e experiências.

No estudo ressalta-se ainda a figura masculina, representada pelo companheiro ou pai da criança, que também se mostrou envolvido com a mulher durante o período da amamentação. Primo e Caetano (1999) mencionam que na maioria das vezes a colaboração do marido ou companheiro restringe-se à manutenção econômica do lar, uma vez que este passa a maior parte do tempo fora do lar, cumprindo o papel de provedor e geralmente não vêem a criação dos filhos como “dever do casal”.

O Quadro 5 mostra os motivos identificados como causa para o desmame, a partir dos depoimentos das mulheres.

**Quadro 5 – Causa referida para o desmame**

<b>Causa</b>	<b>N</b>
leite não sustenta	07
Intercorrência mamária	06
Trabalho	07

Os motivos alegados para a introdução de outro alimento para a criança, além do leite materno estão focalizados na crença de que “o leite não sustenta” e na ocorrência de problemas mamários em 65% dos casos. Tais motivos refletem a importância da atuação de profissionais de saúde junto à mulher que vivencia a amamentação, preparando-a para o enfrentamento das possíveis dificuldades ou intercorrências características desta fase de sua vida (RAMOS, 2003; PINHEIRO, 2003, BUENO, e KEIKO, 2004).

O Quadro 6 diz respeito à presença de membros da rede secundária, especialmente profissionais de saúde no processo de amamentação. Merece destaque que estes membros não foram referidos como aqueles envolvidos com ela durante o processo de amamentar, mas foram citados durante o depoimento.

**Quadro 6 – Presença de membros da rede secundária durante a amamentação**

<b>Membro da rede social</b>	<b>N</b>
médica da Maternidade	06
pediatra do CMS	04
Médico de Hospital	02
enfermeira da Maternidade	01

Na relação com os profissionais de saúde, verificou-se o pouco envolvimento das mulheres com tais profissionais. No tocante à amamentação, destacaram-se os médicos da Maternidade, que de alguma forma se mostraram presentes na fase inicial do processo de amamentar. Desta forma, mediante análise dos depoimentos foi desvelado que a rede secundária ainda não constitui um ponto de apoio para a mulher que amamenta, pois durante o período da amamentação esta busca auxílio entre os membros da sua rede primária constituída por familiares, amigos e vizinhos. Este dado vem de encontro às propostas preconizadas pelas políticas públicas de promoção, proteção e apoio à amamentação, que visam implementar as ações dos profissionais de saúde, a fim de que estes reconhecendo a mulher como sujeito deste processo desenvolvam uma assistência satisfatória (OMS, 2001; BUENO e KEIKO, 2004; VANNUCHI *et al*, 2004).

A seguir, mediante a análise compreensiva dos depoimentos buscou-se desvelar a intencionalidade destas mulheres ao se relacionarem com os membros de sua rede social. Para tanto, procedemos à constituição das categorias concretas do vivido, contextualizadas a partir das falas das mulheres.

### 4.3. Constituição das categorias concretas

De acordo com os questionamentos feitos às mulheres sobre as pessoas que estavam envolvidas com elas durante o período da amamentação e com as seguintes questões orientadoras da entrevista: “por que você procurou ou contou com essa pessoa?” e “o que você tem em vista ou espera quando se relaciona com ela?”, emergiram as categorias concretas. Tais categorias foram assim denominadas no estudo de Parga Nina<sup>17</sup> (1978 *apud* Tocantins, 1993), sendo entendidas como “o tipo de categoria que (...) participantes da situação empregam, trabalhadas de forma tão clara e lógica quanto possível”.

Após identificar estas categorias na análise dos depoimentos, buscou-se a compreensão dos motivos expressos na vivência das mulheres com os membros da rede social, à luz da abordagem metodológica de Alfred Shutz (1979a).

Na busca dos *motivos porque* expressos pelas mulheres como razão da procura ou do fato de ter contato com os membros de sua rede primária (composta de parentes, amigos, vizinhos e colegas) durante o período em que estão amamentando foram desveladas as categorias:

- Apoio material
- Auxílio nas tarefas domésticas
- Ajuda para “olhar” a criança

Tais categorias apontam para o fato de que no relacionamento com sua rede social a razão da procura das mulheres está focalizada na “ajuda” que tais membros oferecem.

---

<sup>17</sup> PARGA NINA, L (coord). Estudo das informações não estruturadas do ENDEF e de sua integração com os dados quantificados. Rio de Janeiro: PUC-RJ, 1978. p.66. Mimeografado.



## APOIO MATERIAL

As mulheres sujeito do estudo vivenciando a amamentação no relacionamento com sua rede social primária contam com apoio material oferecido por tais membros. Como pode ser observado nos trechos das falas abaixo:

*(...) A “comissão” (alimentação) assim, ele (companheiro) compra (...) Não deixa faltar nada. (...) ela (vizinha) ajuda assim na “comissão” para gente, nem que seja com dinheiro ou não, ela ajuda a gente, ela vende. (...) assim, comida de casa. (...) quando eu quero comprar uma coisa e não tenho dinheiro ai eu compro fiado. Ela é boa, por causa disso. Preciso de uma coisa pode pegar lá, pego lá sem dinheiro sem nada, quando arrumo dinheiro ai vou lá e dou a ela. Esses dia mesmo eu precisei de comprar umas coisa que eu tava sem dinheiro, ai fui comprar, ela me deu (Isa)*

*(...) ele (pai da criança) não pode me ajudar muito com as crianças (...) Mas tipo assim, negócio de fralda, leite, essas coisas assim pra eles, ele que ta comprando porque eu também não estou trabalhando (...) Minha sorte é que eu moro lá com a minha mãe, ai tem vezes que as coisa acaba entendeu?. O pai deles até pode comprar, mas às vezes também não tem dinheiro, ai minha mãe ajuda por um tempo, mesmo que seja emprestado procura me ajudar, assim (Patricia).*

*A minha avó de Ramos sempre me ajuda (...) Assim, por exemplo, quando meu gás acaba, eu ligo pra ela e ela pede pro meu tio pra trazer o dinheiro pra mim comprar. Ou então tá faltando alguma coisa..., fralda descartável, peço para ela. (Claudia)*

*(...) Ela me ajuda muito, em várias coisas minha mãe me ajuda. Roupa pra minhas filhas..., tudo. Bem dizer, é ela que sustenta minhas filhas. Menos essa porque eu moro com o pai dela, mas as outras duas ela veste, calça, tudo, alimenta, tudo. Às vezes, peço dinheiro. Ela compra as coisas pra mim. Ela ajuda. Compra fralda, pro neném... Essas coisas. (...) Porque eu to desempregada (...), mesmo a gente não pedindo ela ajuda. Ela chega com fralda, dá isso, dá dinheiro, dá as roupas da patroa dela pra mim lavar e me paga. Ajuda muito (Isabel)*

*(...) Tem a Edna, que mora aqui em baixo, ta sempre me ajudando, ta sempre me ajudando. Essa semana me ajudou muito: dinheiro pra eu poder ir no INPS, pra poder ir no hospital, dinheiro pra poder ir, porque tá difícil. Sem trabalho, sem dinheiro... tão mais constante comigo do que parente. Estão constante comigo, tão sempre me ajudando. Tão me ajudando sempre mesmo, o que elas num pode, num pode. (...)Essa semana foi ela que me deu o dinheiro pra pode ir lá pra Tijuca. Não tinha dinheiro pra ir pra Tijuca e ela me arrumou cinco reais, sabe?(...) Ela (amiga) chama eu pra ir lá, dá dinheiro pra ela, compra fralda, compra coisa pra ela (Wal)*

*ela compra mamadeira, compra um montão de coisas pra minha filha (Paula)*

*Eu pedi ajuda pra ela (amiga) foi só para o leite. (...) O leite, porque o leite dela de vez em quando acaba e eu estou sem dinheiro pra comprar, e ela me ajuda. (...) Se eu precisar ela (irmã) me ajuda. (...) Me dá dinheiro. Ajuda que eu falo é dinheiro (Beatriz)*

*(ajuda) Nas compras, né? Nas coisas das criança, material da escola ele comprou. Fralda da Vitória ele trás. Quando peço roupa ele trás também. (Priscila)*

*Ele (companheiro) levava dinheiro e falava: “dá pra sua mãe comprar alguma coisa”.(Graça)*

*Ah, de vez em quando essa (irmã) também vai lá em casa, quando eu ... tipo assim, se eu precisar de um vale transporte eu não peço não, mas ela sempre pergunta. Ai se ela tiver ela dá, se ela tiver ela chega e fala, se eu precisar por exemplo.(Laura)*

*O pai dele dá as coisas pra ele, não deixa faltar, quando ele ta precisando. Ai eu ligo pra ele pra ele dá as coisas. Ele sempre ta mandando, não deixa faltar nada pra ele. Ai, é nestas partes que ele me ajuda.(Yasmin)*

*(...) Ele ajuda assim, faz as compras das meninas, entendeu? Compra leite, fralda, as coisa que ele precisa, ele ajuda assim, com o arroz e feijão, ajuda pras outra meninas também, né? Roupa das menina, ele compra, a mãe dele também ajuda, então, no momento eu não tenho o que reclamar. É vivo desse*

*bico, com a ajuda que o pai das meninas da Liriel e da Ludmila me dá e do Bolsa-família. (Núbia)*

*(...) Ajuda. Compra as coisas pra mim, pra minha filha. Não deixa faltar nada. (Carla)*

*A Edileuza, a Rita e a Ana, (irmãs) me ajudam. Falo que não tenho dinheiro pra comprar leite e elas me ajudam (...) Ele vai lá em casa. Só que não ajuda. (...) Ele paga a farmácia.(Lena)*

*(...) Quando ele recebe ele vai lá, me ajuda, (...).Ta ajudando (Cristina).*

Os depoimentos acima evidenciam que a razão pela qual as mulheres se relacionam com a sua rede social durante a fase em que se encontram em casa vivenciando a amamentação está centralizada na necessidade de apoio material, expresso principalmente pelo dinheiro e ou o que permite a aquisição de alimentos, fraldas, roupas entre outros.

### **AUXÍLIO NAS TAREFAS DOMÉSTICAS**

Diante da condição de estarem em casa no período pós-parto ou durante os primeiros meses de vida da criança, as mulheres diante da possibilidade de amamentar relacionam-se com pessoas que as auxiliam na realização de atividades de casa, como expresso nas seguintes falas:

*(...) ele lavava as coisas quando eu não podia, aí ele lavava as coisas, varria a casa, só não lavava a roupa, que é muito também. (...) Mas ele arrumava as coisas, varria a casa.(...) Eu contei com ajuda dessa aqui (referindo-se a vizinha), no resguardo, as coisa que eu não fazia ela fazia.(...) Arrumar casa, fazer comida, lavar roupa,...Só quando eu tava no resguardo. Ai, também assim, depois que eu fiquei boa ela me ajuda também, assim só para fazer as coisa mesmo de casa, arrumar casa e sair comigo, com a neném, ela me ajuda muito.(Isa)*

*(...) ele arrumava a casa, ele lavava a louça pra mim, varria a casa, limpava as coisas ... (...) que nem hoje, eu fui levar as crianças pra escola, vim aqui pegar o cheque, mas como o moço não tinha chegado, eu subi, ele já tinha pegado água, ele já tinha lavado a louça, dado mamadeira a ela, porque eu tinha tirado leite do peito pra ela, porque ela acorda já fazendo barulho. Aí quando eu subi já tava tudo pronto (Claudia)*

*(...) a Aline (vizinha) é que ia fazer o almoço pra mim. (...) Aí em cima a gente não tem água encanada, então ele (sobrinho) bota água para mim... Só não faz a serviço de casa, porque homem não sabe fazer nada, não é. Ai eu faço. Mas ele bota água pra mim, lava a roupa dele, lava a louça. (Bia)*

*(...) Minha mãe, ai, minha mãe é tudo, (...) me ajudava, ela lavava roupa dele que não deixava eu lavar roupa (...) hoje que ela (irmã) fez tudo que eu não tava em casa, agora negocio de comida ela não faz, que ela disse que não sabe, agora arrumar a casa de vez em quando a bichinha arruma, não vou falar muito mal dela não que a bichinha arruma, quando ela quer. (Cristina)*

*Ah, às vezes eu não consigo fazer nada, né? porque eu gosto de dar de mamar deitada, porque sentada é desconfortável. Aí às vezes não faço nada, fico dando de mamar, dando de mamar... (...) Eu falava (ao marido); “ah arruma aqui porque não tem como não. Faz uma comida aí, porque não tem como fazer não. Porque a menina já ta no peito, pendurada”. (Ana Carolina)*

*Não tinha ninguém aqui pra cuidar de mim no resguardo. Fui operada e tem que ser 3 meses de dieta mesmo. Liguei pra ela, deixou marido, filhos.... E tá comigo até hoje (Lena)*

*Ela me ajuda, né. Quando vai lá em casa me ajuda bastante. (...) várias coisas ela (prima) faz. (Paula)*

*Qualquer problema que eu tenha elas ajudam, tá sabendo, são amigas né... realmente são amigas pra tudo. (...) Uma delas trabalha no final de semana. E a outra se eu precisar, também ajuda. Ela é pau pra toda obra. (...) Uma delas ficou um mês lá minha casa. (Maria)*

*Lavo roupa, passo. Só a da neném que faço isso. A minha, do meu marido só quando vai sair ele passa. (Carla)*

*(...) Ela me ajudou assim, nas coisas que eu precisava na época: arrumar casa, comprar pão (Priscila).*

*(...) Ela vinha para o trabalho, na hora do almoço deixava a comida pronta, era só esquentar e comer (Graça).*

*(...) Ela me ajuda a trocar a neném, a lavar roupa – eu lavo roupa pra fora. Às vezes me ajuda a arrumar a casa. (Isabel)*

*ela (mãe) me ajuda a fazer as coisas em casa (Patricia)*

Esta categoria, mostra que a razão pela qual as mulheres que amamentam contam com os membros da rede social está focalizada na ajuda que estes lhe oferecem em atividades domésticas tais como: limpar e arrumar a casa, lavar roupa, fazer comida, entre outros.

### **AJUDA PARA “OLHAR” A CRIANÇA**

As mulheres ao vivenciarem o processo de amamentação procuraram estabelecer relação com os membros de sua rede social primária pelo fato de poder contar com o apoio destes para “olhar” a criança, enquanto se ocupavam de outros afazeres. Como pode ser observado nos trechos das falas a seguir:

*(...) Ah, minha mãe me ajuda assim, quando ele tá chorando, quando preciso ir ao mercado ou qualquer coisa assim. Se a Maiara estiver em casa ela olha, entendeu?. E no momento minha mãe ta trabalhando, aí ela me ajuda, como ontem eu tive que descer para buscar o Igor e a Milena lá na escola, ela pediu pra ficar com ele. (...) Ah, eu procuro ela assim, tipo assim, eu procuro minha mãe pra me ajudar assim a olhar as crianças, (...) o que ela mais me ajuda mesmo é cuidar das crianças, quando eu to precisando de alguma coisa eu peço ajuda pra ela (...) Se eu tiver que fazer alguma coisa, sair, se eu pedir pra segurar uma das crianças, ele segura (Patricia)*

*(...) Quando eu tenho que ir na rua com uma, ela fica com a outra, assim, quando eu tenho que fazer o bico, ela fica com as meninas pra mim. (...) eu procuro nesses pontos, assim, quando eu preciso sair e não tem com quem ficar ai eu procuro (Núbia)*

*Ela (prima) me ajuda, né. Quando vai lá em casa me ajuda bastante.(...) Ah, várias coisas que ela faz. Ah, me ajuda a olhar o neném, quando estou ocupada (...) No começo ela (irmã) me ajudava muito. Pra ir pra escola, deixava a minha filha com ela (Paula)*

*(...) bom, eu pego, acordo 5h da manhã, com o Andrei né, como sempre. Aí ela fica com ele. Seis horas eu acordo ela, ai eu desço 6:30h pra levar as criança pra escola, enquanto ela fica com ele, porque eu não vou descer de 6h da manhã com ele. Então ela me ajuda, ela olha ele...(...) ela pegava ele no colo, até hoje ela pega ele no colo, durante a minha gravidez e o meu resguardo ela foi muito boa, sabe? (...) Vamos supor, você fala assim: “D. Julinda dá pra senhora olhar as crianças pra mim enquanto eu vô ali?”, ela olha entendeu? (Cristina).*

*(...) Ela me ajuda bastante. Fica com ele. Quando eu tenho que ir ao mercado é ela que fica. (...). É ela que fica tomando conta dele a noite, quando eu vou trabalhar. É ela que fica.(Yasmin)*

*Ela (vizinha) me ajuda muito. Ela me ajuda ficando com ela. Outro dia precisei comprar o gás e ela ficou com ela, né. Então quer dizer que tudo é ajuda, né. (Bia)*

*Ela (amiga) ajuda. (...) É assim no caso de, na hora de ir para o supermercado, eu deixo e Najara com ela. Ela diz: “deixa a Najara aqui”. E eu deixei umas 2 ou 3 vezes. Por isso que eu digo que ela ajuda. (Ana Carolina)*

*Eu só conto mesmo com meu marido – é o único. (...) ele me ajuda a cuidar da nenem, a segurar ela, essas coisas assim...As coisas práticas de casa ele não me ajuda não, ele me ajuda mais com ela. Ajuda a cuidar dela, a sair com ela um pouco, essas coisas, só.(Sofia)*

*Quando vou fazer “bico” deixo com a Elisa (...) Ela cuida da minha filha (Wal)*

*(...) trabalho final de semana. E minha amiga fica com ela. (Maria)*

*(...) Elas me ajudaram em muita coisa. (...) Ela fica com a neném e tudo (Carla)*

*Olha é ...tipo assim, ela (irmã) me ajuda quando eu tenho que sair pra fazer alguma coisa na rua e o neném tá dormindo, aí eu falo assim: “Ah Rosana você fica com ele aí pra mim rapidinho enquanto eu vou la embaixo” Quando eu tenho que ir no banco, resolver alguma coisa, ela fica pra mim. (Laura)*

*No que ela (madrinha da criança) pode, porque só o marido trabalha e ela não. Ela toma conta de criança. Agora ela ta sem criança, só com a Vanessa.(Lena)*

*Ela (irmã) me ajuda bastante, em todos os sentidos. Ela fica com minhas filhas lá. (Beatriz)*

*(os filhos fazem) As coisas normais, toma conta, dá banho...(Luciana)*

*Fui atrás da Isabel (amiga) pra me ajudar. (...) Se ela podia fica com as crianças pra mim. (...) Me dava a mão quando tava precisando (...) E assim ajuda, ajuda, né? (...) quando vinha trazer as crianças de manhã, quando a Vitória não tava aqui ainda, ela ficava com a Vitória lá pra mim. (Priscila)*

Uma outra razão para as mulheres que amamentam se relacionarem com os membros de sua rede social tem origem na necessidade de contar com alguém que “fique” com a criança enquanto se ocupam de afazeres do dia a dia, especialmente na ocasião em que precisam sair de casa, seja para ir ao mercado, trabalhar, ir á escola ou sair com os outros filhos.

Na busca dos motivos porque expressos pelas mulheres como razão da procura ou do fato de ter contado com os membros de sua rede secundária (composta principalmente por profissionais de saúde da maternidade, de hospitais ou da unidade básica de saúde) durante o período em que estavam amamentando emergiram as seguintes categorias:

- Circunstâncias do evento amamentação
- Sinais de anormalidade na criança

Tais categorias indicam que a razão pela qual as mulheres contam com os profissionais de saúde (principalmente médicos ou enfermeiros) está centrada na ocorrência de circunstâncias do evento amamentação e na identificação de sinais de anormalidade na criança, especialmente agravos relacionados ao trato respiratório, como expressos nas falas a seguir:

### **CIRCUNSTÂNCIAS DO EVENTO AMAMENTAÇÃO**

*Ele mal mamava e chorava... Na Maternidade, ele mamava e dormia. (...) Falei com a pediatra (...) Falaram, me ensinaram a amamentar (Luciana)*

*Logo que eu ganhei ela, eu não tinha leite.(...). No Banco de Leite né, aí fomos e ela me ensinou a massagem e eu fiz a massagem... A enfermeira lá, do Banco de Leite. (...) Aí teve que estimular... E eu fui estimulando, estimulando, estimulando, aí veio o leite. (...) É, porque tava duro, não tava vindo nada e ela já tava com fome; aí eu fui procurar eles (...) Às vezes, ela*



*era muita chata, ficava mamando toda empolgada a madrugada toda mesmo! Aí eu pedi uma mamadeira pra nutricionista lá, pra eu poder dar. (...) Não dava pra ficar a madrugada toda sentada (...) Já não agüentava mais ficar a madrugada inteira acordada dando a ela (Ana Carolina)*

*Ela mama mais nesse do que neste. (...) lá no Banco de leite tem orientadora que orientou como amamentar ela (...) Eu tive certa dificuldade (...) porque ia dar de mamá, mas ela não conseguia. (...) Eu não sabia, né? (...) Lá você só pode pedir aos enfermeiros. (Wal).*

*ela não queria pegar o peito de jeito nenhum. Tinha que dá no copinho lá no hospital. E depois como tempo ela veio pega o peito. (...) lá sempre me ajudavam, pra pode ela pega o peito (Priscila)*

*...porque o peito rachou, essas coisas, muita dor. Mas isso, normal. (...), o médico passou pra mim um medicamento pra essas coisas. (...) O pediatra dela (Maria).*

*Eu fui lá no H. (...) Fui ver o caroço. (...) a menina que me atendeu (...) passou isso, compressa, água morna e deixar a neném mamar a vontade (Nubia)*

*...porque ela é a minha primeira filha e eu não sabia, tipo assim, dá de mamá, o peito rasga todo (Lena).*

*pra poder ensinar ela mamar (Claudia)*

*É que ele tava na incubadora então sempre tem que ir lá tirar leite pra dar pra ele né, ai eu tive lá umas 3 vezes pra tirar leite ai na 3ª, na 4ª vez, quando eu fui lá, ai ele já era pra vir pra mim. Ai a médica, pediatra, mandou botar ele no peito pra ver como que ele ia ser né? Como ia ser a reação dele, e ficou bom, ela disse então você já pode ficar com ele, ai ele ficou comigo depois veio pra casa (Cristina)*

*Eu tava toda enrolada nos primeiros dias, falava que não ia ter leite, eu achava que não ia ter. Ai eles falaram que eu tinha leite até demais, que eu podia até deixar no banco de doar. Ai me ensinaram. Foi eles lá que me acalmou, porque eu não sabia nem segurar a criança. Ai foi eles que me ensinaram. Me ensinaram bastante coisa, lá (Yasmin).*

*(...) quando rachou, porque no início racha, o médico disse que eu tinha que “botar” a casca da banana, né, o próprio médico. Então eu botava e com pouco tempo já tava bom (Graça)*

Os depoimentos revelam que as mulheres se relacionam com a rede social secundária porque ocorreram circunstâncias do evento amamentação, relacionadas a ela ou à criança, para as quais elas precisam de ajuda profissional.

### **SINAIS DE ANORMALIDADE NA CRIANÇA**

*(...) acho que só vou no Posto quando a neném está doente. (...) Ela tava com uma alergia na pele, rosto e ainda ta. (...) Ela estava resfriada, estava tossindo muito. (Isabel)*

*Porque achava que ele tava com muito catarro, a respiração dele tava muito rápida. Ai eu passei ele lá. (Yasmin)*

*Fui porque uma vez ela estava gripada.(Beatriz)*

*Porque a neném estava resfriadíssima, com muito catarro, aí eu tinha que ir ao médico, não é?. Aí eu fui. (Ana Carolina)*

*Ela teve um probleminha com um negócio de resfriado, tosse. (Priscila).*

*(...) aqui no Posto pra tomar vacina. E como é que se fala? Tomar vacina e na Pediatria, ela passa na puericultura. Tanto no Hospital G como no*

*Hospital S, falaram que ela tem características de não sei o que. Eu trabalhei com crianças assim, ela tem todas característica de quem tem ... síndrome, mas só agora, dia 25, é que vai saber se ela tem síndrome de Down ou não.(Wal).*

*(...) ela (pediatra) disse que a moleira dela tinha fechado e não era tempo de fechar. Ai fui no Hospital Y, passei no neurologista. Ai pediu um raio "X" (...). Quando cheguei lá tava tudo normal, era só o couro cabeludo que tava por cima, a moleira dela tá aberta (Lena)*

*porque o umbiguinho dele tava estufadinho, né, e eu tava me preocupando, e ela falou que não, que não era pra eu não botar nada aí em cima, pra deixar porque com o tempo esse negócio do umbiguinho dele ia sumir.(Laura)*

*Eu levei ela porque ela tinha muita secreção no nariz e nos olhos (Graça)*

Esta categoria evidencia que a razão da procura do serviço de saúde está centrada no fato de que independente da amamentação, diante dos sinais de anormalidade apresentados, as mulheres buscam uma atenção profissional para a resolução do problema de saúde da criança.

Na busca dos motivos que expressam a intenção das mulheres na ação de se relacionarem com membros de sua rede primária (composta de parentes, amigos, vizinhos e colegas) durante o período em que estão amamentando emergiram as seguintes categorias:

- Poder contar com alguém que lhe ajude
- Manter relacionamento com outras pessoas

### **PODER CONTAR COM ALGUÉM QUE LHE AJUDE**

*Que ela (mãe) me ajude mesmo, só ela pra me ajudar assim, pra ficar comigo, assim, nesses pontos, só ela (Núbia)*

*Não, acho que eu tava lá, entendeu? Na condição de que alguém ia me ajudar, então eu não podia exigir muito. (...) Não podia fazer esforço e isso significava que eu tinha que ficar deitada o dia todo. Então, não sei, acho que ela ajudou da forma que ela pode, entendeu? E eu não esperava nada*

*além daquilo. Pelo contrário acho que ela (mãe) foi mãe o tempo todo (Graça)*

*Se eu precisar de alguma coisa, eles mandam pra mim. Ta entendendo? Se eu precisar e mandar pedir ela (mãe) me ajuda. (Beatriz)*

*Ah, espero mais que ele (companheiro) me ajude...Às vezes ficar lá direto com a neném cansa. Essa é a única coisa mesmo. Além disso nada.(Sofia)*

*Que ele (companheiro) ajudasse, que ele fizesse. Eu falava; “ah arruma aqui porque não tem como não. Faz uma comida aí, porque não tem como fazer não. Porque a menina já ta no peito, pendurada”.(...) Espero que ela me ajude e eu ajude ela. Porque ela também tem neném pequeno. (Ana Carolina)*

*Qualquer problema que eu tenha elas ajudam, tá sabendo, são amigas né... realmente são amigas.(Maria)*

*Dele? Dele (pai da criança) não espero nada, também, esperar eu espero assim, uma ajuda, eu espero que ele ajuda eu, meus filho, eu não, os filhos dele, ele não precisa me ajudar com o pequenininho que tem eu, eu posso muito bem trabalhar e cuidar do pequeno, agora ele tem 3 filho para criar (Cristina)*

*Espero nada dele não. Só espero algo pras crianças (Priscila)*

*Esperava que ele fosse um pai. Pai presente ele é, mas só que na hora da precisão ele não ajuda. Eu falo pra ele: “ah, não tenho condições de pagar”. (...) Espero que (as irmãs) sejam felizes nas vidas delas, já fizeram muito por mim. (...) Me ajudaram muito na vida, principalmente depois que a T nasceu e meu marido me abandonou. Se não fosse elas (Lena)*

*Eu espero que eles cuida bem deles né? Não deixe faltar nada para eles (Isa)*

*(...) que cuide da minha filha numa boa. (Wal)*

*Sei lá. Se tiver que comprar algum remédio ele que compra, ainda compra para os outros três meus, também (Patrícia)*

*Tinha que ter uma pessoa pra ficar em casa,(...) pra poder me ajudar(Claudia)*

*O que depender dele pro meu filho se eu ligar pra ele: “C. meu filho ou nós tamos precisando de tanta coisa...”, ele imediatamente dá um jeito e... entendeu? Então, eu nem sei te dizer o que que eu penso dele...Assim, nesse sentido ele é tudo. (...) Ah, que ela seja uma boa madrinha pro meu filho, não em termos de dar presente, que isso pra mim eu não ligo não, pra coisas materiais, mas assim, caso de doença, se eu precisar ... , assim se eu chegar a precisar dela pra alguma coisa eu posso contar com ela... (Laura)*

As mulheres que amamentam na relação com sua rede primária tem em vista poder contar com alguém que esteja disponível em lhes auxiliar em suas atividades e fornecer recursos materiais para a criança.

## **MANTER RELACIONAMENTO COM OUTRAS PESSOAS**

*(pais) Que continue a mesma coisa.. (...) (pai) Gostaria que ele melhorasse, mas não melhora não. Porque ele é muito cabeça dura. (...) (companheiro) Gostaria que ele melhorasse, mas não melhora não. Porque ele é muito cabeça dura. Eu também não sou grandes coisas. (Beatriz)*

*(companheiro) Que continue sempre assim. (...) (irmã) Espero que seja sempre assim. A gente sempre se entende, se dá bem , eu sempre posso contar com ela (Yasmin)*

*(...) Ficar junto com ele, né. É o pai da minha filha, eu tenho que ficar.(Paula)*

*Ah, sei lá. Espero que continue, né, do jeito que tá, né. (...) um relacionamento bom. Porque hoje em dia é difícil, né?. (...) Eu espero que ela (amiga) continue do jeito que ela é comigo. Certa demais. Ela vai ser a madrinha da minha filha, então espero que ela continue sendo ótima comigo. (...) Ah, espero muita coisa. Coisas boas. Que ele (marido) continue do jeito que ta, tendo uma vida boa. É o máximo que a mulher pede, né? (Bia)*

*Que ela nunca mude, que continue sendo a pessoa que ela é. (...) Que a nossa amizade seja para sempre, nunca acabe (Carla)*

*(relação com a cunhada) Se continuar assim já é suficiente (Claudia).*

*Só um relacionamento forte de amizade e companheirismo (Luciana)*

*Só amizade, mesmo. Não quero nada em troca. Só isso mesmo (Ana Carolina)*

*Amizade. Amizade é o mais importante. (...) Espero uma intimidade boa né, não seja com falsidade, que tem muito amigo por ai que é falso, fala da gente, essas ai não. (...) que ele me respeite muito, seja um bom marido pra mim... (Isa)*

*(...) quero conversar com alguém, acho que a primeira pessoa é a mãe, né, pra conversar. (Isabel)*

*(...) vou lá pra conversar pra desabafar. (...) Ela (vizinha) é muito boa, ela é uma mãezona pra mim (Wal)*

Nesta categoria as mulheres evidenciam que a intencionalidade na relação com a rede social primária, durante o período em que estão amamentando, está centrada em manter o relacionamento social, fortalecendo a relação de amizade, companheirismo, respeito e confiança

Na busca dos motivos para expressos pelas mulheres na ação intencional de se relacionarem com membros de sua rede secundária (composta de profissionais de saúde de Hospitais ou Unidades Básicas de Saúde) durante o período em que estão amamentando emergiram as seguintes categorias:

- Apoio na alimentação da criança
- Atendimento conforme rotina institucional
- Ações profissionais para eliminar sinais de anormalidade
- Atenção na assistência à criança

### **APOIO NA ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA**

*Que ela dissesse: “não, a gente vai arrumar uma melhor maneira de você alimentar sua filha”. (Lena)*

*Ah, me ajudar porque ela chorava. Eu pensava que o leite era fraco (Wal)*

*Ah não sei, pretendia que eles desse alguma coisa pra neném tomar, um leite pra ela..., alguma coisa assim.(Ana Carolina)*

*Ah! Pensava que ela ia falar outra coisa: “dá mamadeira então, vai de pouquinho dando a mamadeira (Cristina)*

*Normal. Esperava que ela falasse pra continuar dando peito. (Luciana)*

*(...) que eles me ajudassem muito. (...) lá sempre me ajudavam, pra podê ela pega o peito (Priscila)*

## **ATENDIMENTO CONFORME ROTINA INSTITUCIONAL**

*Esperava o que ela fez: ela pegou, tirou a roupinha, examinou ela, fez a massagem na barriguinha dela. (...) A pediatra fez massagem na barriguinha, com as pernas... Ela fez o que eu esperava dela. Mas aqui tem muitos pediatras que a gente espera esse tipo de coisa, mas não é o que eles pensam.(Beatriz)*

*Ah! Normal, não esperava nada. Ela examina, tudo, pesa direitinho, não espero nada. De médico a gente não espera nada (Isabel)*

*Nada (...) vou só pro exame, pra pesar, pra ver o peso do neném, pra examinar ela. É de rotina, normal, não por doença nenhuma (Maria)*

*(...) tinha aquelas moças que pesam.(O que você esperava?) Eu esperava isso mesmo. Me disseram para ir com ele no sol, ..... e mais algumas coisas. (...) Não esperava muita coisa, não. Elas só falavam, ele ta bom (Patrícia).*

*É pra ver como é que ela tava, se ela tava bem, essas coisa toda (...) vou acompanhar o tratamento dela, saber como é que ela tá (...) Eu espero o que ela tá fazendo, né? Ela ta cuidando dela direitinho,olha ela direitinho, examina ela ... (Sofia)*

*(...) acompanhar o peso, essas coisas (Laura)*

## **AÇÕES PROFISSIONAIS PARA ELIMINAR SINAIS DE ANORMALIDADE**

*Esperava que ela passasse um xarope, ou que ela mandasse fazer alguma coisa, como ela me mandou fazer: uma massagem no corpo, nos pés. Diz que ajuda soltar mais o catarro. Entendeu? Eu não sabia. (Ana Carolina).*

*Quando eu fui lá, eu achava que ele estava com muito catarro. Só que ela disse que não, que a disposição dele era essa, que era normal, que ele tava*



*normal, que era só pra eu fazer nebulização nele. Ai eu pensei que ela fosse passar algum remedinho pra ele.(Yasmin).*

*(...) eu esperava dela aquilo que eu via que ela fazia com meu primeiro filho, né? Você falava tá arranhado aqui, ela sabia o que dizer, você chegava em casa, fazia e dava certo (...) Eu levei ela porque ela tinha muita secreção no nariz e nos olhos. Ela falou o nome disso, que quando ta resfriada sai nos olhos, mas eu não lembro. (...) Ela deu um colírio, passou um antibiótico.(...). Ela é assim, uma médica que te passa segurança, porque ela te fala, você chega em casa, faz e dá certo. (Graça)*

*(...) desses dia pra cá ele ta tossindo muito. Eu falei com ela: “ó dra. X ele ta tossindo muito, agora ele ta puxando, vomitando, ele tosse e puxa aquele vômito, e só isso que eu queria que ela passasse remédio pro meu filho, mas de resto... (A pediatra) só fala que é pra dar o peito, “dá só peito mãe, só peito” (Cristina)*

*(...) a neném às vezes tem cólica. A doutora disse que é pra mim fazer ginasticazinha nas perninhas dela, né?. E eu tô fazendo e parece que está menos. (o que esperava?) Nada.(Bia)*

### **ATENÇÃO NA ASSISTÊNCIA À CRIANÇA**

*Eu esperava que eles fossem mais atenciosos com a criança. Elas não são atenciosas, não. São muito ignorantes. Não sei o que falei com a pediatra e ela me falou que eu era ignorante, que ela estudou 5 ou 6 anos, não sei quanto tempo e falou: “ah, eu estudei tantos anos e você quer saber melhor do que eu?”.(Beatriz)*

*Ah, que olhasse a criança, desse mais atenção. (...) porque lá eu achava estranho, geralmente quando os neném nasce, as médica vai examinar, quando passam nas salas elas olham as crianças, (...) Lá eles não falavam nada (Patricia).*

*Eu penso assim, eles tem mais é que dar atenção, na hora da receita explicam tudo direitinho (Cristina)*

*Eu esperava que elas dessem atenção (Sofia)*

*Conselho, faz isso, faz aquilo (...) Quando eu falei: “não tenho condições”, ai ela falou então: “você faz o que quiser”. Isso é maneira de uma pediatra falar Esperava mais compreensão (Lena)*

*Esperava ser do jeito que ela (pediatra) me atendeu: bem (Priscila)*

*(...) eu tinha vergonha, elas chegaram...(O que esperava?) Tem hospital que não faz nem isso, né?(...) Sempre gostei do Posto. (Carla)*

Estas categorias, revelam que a intencionalidade das mulheres que amamentam ao se relacionarem com a sua rede secundária está focalizada na preocupação com a criança, tendo como expectativa a forma de alimentá-la, tratar ou resolver o seu problema de saúde e que o profissional dê atenção à criança durante a assistência prestada.

#### **4.4. Descrição do típico da ação**

Para a apreensão da razão e do típico da ação de tais mulheres foi necessário colocar em “suspensão” todos os meus pressupostos relacionados aos conhecimentos sobre o processo da amamentação, que pudessem de alguma forma velar a realidade encontrada.

As categorias constituídas a partir do sentido da ação subjetiva das mulheres estabelecerem relação com os membros de sua rede social na vivência da amamentação, permitiram o desvelar da razão e da intencionalidade, bem como a apreensão do típico da ação das mesmas.

A razão pela qual as mulheres procuram estabelecer relação com as pessoas da sua rede social primária, durante o período em que estão amamentando, está centrada no fato de que precisam de apoio material, auxílio nas tarefas domésticas e ajuda de outras pessoas para “olhar” a criança, enquanto elas se ocupam de afazeres do dia a dia. E a razão pela qual elas buscam os membros da sua rede social secundária, caracterizada especialmente pelos profissionais de saúde, dá-se pela ocorrência de eventos da amamentação e sinais de anormalidade na criança.

A análise dos depoimentos possibilitou ainda, captar a intencionalidade e apreender o típico da ação das mulheres que amamentam, na relação com os membros de sua rede social.

Assim, foi possível desvelar que o típico da ação das mulheres ao vivenciarem a amamentação nos seis primeiros meses de vida da criança, ao se relacionarem com sua rede social primária se caracteriza pelas expectativas relacionadas a apoio material e relacionamento social familiar. E na relação com sua rede social secundária, as mulheres vivenciando o fenômeno da amamentação esperam contar com a ajuda de profissionais de saúde para alimentar a criança e para eliminar os sinais de anormalidade identificados na mesma. Elas também pretendem que tais profissionais demonstrem compreensão para com elas e atenção para com a criança durante a assistência prestada.

#### **4.5. Análise compreensiva do típico da ação das mulheres que amamentam na relação com sua rede social**

A apreensão do típico da ação das mulheres estabelecerem relação com sua rede social durante a fase da amamentação possibilitou compreender que a ação destas mulheres baseia-se em determinadas razões e intenções, como desveladas por meio da análise

compreensiva fundamentada nas concepções de Alfred Schutz (1979a) e em outros estudos da literatura, mencionados a seguir.

Para Tocantins e Rodrigues (1996) o método de abordagem compreensiva de Alfred Schutz contribui para ampliar os conhecimentos do enfermeiro a respeito do cliente que cuida e, conseqüentemente de outras maneiras de atuar, que leve a uma maior satisfação, aproximação com seu cliente e uma participação ativa do mesmo para melhoria da qualidade de vida da população.

Nesta mesma perspectiva, Rosas (2003) identificou uma aproximação da prática assistencial do enfermeiro com o pensamento de Alfred Schutz que valoriza o sujeito da ação, uma vez que o enfermeiro ao buscar a necessidade do cliente verifica que essa só poderá ser atendida se for exteriorizada através da comunicação e impulsionada por seus motivos para ser compreendida.

Partindo da premissa de que para compreender uma ação devemos considerar a pessoa que tem uma intenção, entendemos que a ação da mulher que amamenta é consciente e está voltada para alguém ou para alguma coisa. E a significação com que ela designa a sua ação pode ser interpretada a partir dos motivos: “para” ou “em vista de” e motivos “por causa de”. Esta mulher em seu mundo da vida pertence a um contexto relacional. Sua ação sempre estará voltada para alguém. Ela não vive só, vive relacionamentos com outras pessoas, estabelecendo uma relação face a face, uma relação eu-tu, uma relação eu-nós.

No presente estudo a análise dos depoimentos revelou que a razão referente ao *contexto/ motivo porque* das mulheres se relacionarem com os membros de sua rede social primária está centrada na possibilidade de receber apoio material, tal como dinheiro para a alimentação, para o transporte e para manter a criança; auxílio nas tarefas domésticas, como lavar, cozinhar e arrumar a casa; e na disponibilidade de pessoas que fiquem com a criança enquanto elas se ocupam de outros afazeres. Tais motivos evidenciam a importância destas

relações e dos recursos recebidos para que as mulheres inseridas no seu mundo social possam amamentar a criança e permanecer em casa nos primeiros meses pós-parto.

Para Schutz (1979a, p.80): “o mundo social no qual o homem nasce e tem de achar seu caminho é por ele vivenciado como uma rede fina de relacionamentos sociais”. E inserido neste contexto social, “cada vez que o homem se volta para as coisas do mundo, ele o faz por um certo interesse, com uma certa simpatia e/ou antipatia”, manifestando solidariedade e colaboração (CAPALBO, 1979, p. 97).

Na análise da rede de relacionamentos das mulheres verificou-se a presença da mãe, de amigas, vizinhas, tios, avó e do pai da criança; revelando serem estas as pessoas mais envolvidas com elas durante a fase da amamentação.

Diversos autores afirmam que os relacionamentos familiares colaboram de forma especial para o sucesso da amamentação, mediante o estabelecimento de uma relação de proximidade e um sistema de apoio à mulher lactante (SOUZA, 1996; CHEZEM & FRIESEN, 1999; PRIMO & CAETANO, 1999; LUTTER, 2000; DESSEN, 2000; HODDINOTT *et al*, 2000, GONÇALVES, 2001; FERREIRA & MONTEIRO, 2002; BUENO & KEIKO, 2004, VANNUCHI *et al*, 2004).

Dessen (2000) corrobora com o fenômeno desvelado no presente estudo quando afirma que durante o período de transição decorrente do nascimento de filhos, várias pessoas oferecem suporte à mãe, destacando-se entre elas maridos, companheiros e avós, que a auxiliam fornecendo apoio material ou financeiro; executando tarefas domésticas; cuidando dos filhos; orientando e oferecendo suporte emocional.

Machado (2001) estudando o lugar que a mãe ocupa na prática da amamentação de sua filha, verificou que a mãe se mostrou como aquela que “está junto”, compartilhando seus conhecimentos e suas experiências.

De acordo com Rafael (2005) podemos entender a amamentação como “um procedimento interativo no qual a mulher mediante percepções e significados acumulados ao longo da vida – tenha sido como lactente, como filha, irmã ou vizinha ou como usuária dos serviços de saúde - interpreta e orienta sua conduta”.

Desta forma, podemos compreender que a mulher age, em relação à amamentação, segundo os significados apreendidos por ela no decorrer de sua existência.

De acordo com o Manual de Capacitação de Equipes de Unidades Básicas de Saúde na Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM):

a mulher que já amamentou pelo menos uma vez, independente da modalidade de aleitamento materno ou de sua duração, expressa vivências. Aquela que nunca amamentou possui um conhecimento sobre a amamentação a partir da vivência de outras mulheres, que se constitui para ela em experiência (BRASIL, 2003).

Estas vivências e experiências acumuladas ao longo da vida é o que Schutz (1979a) denomina de bagagem ou estoque de conhecimentos, sendo que para ele:

(...) o estoque de conhecimentos à mão que o indivíduo dispõe a partir da herança de seus antecessores e suas próprias vivências caracterizam a situação biográfica, possibilitando desta forma sua interpretação do mundo (SCHUTZ, 1979a, p. 17)

Cabe ressaltar que embora as mulheres tenham referido que sua rede social seja composta de familiares, parentes, amigos, colegas, vizinhos, profissionais de saúde e outros, durante o período da amamentação nem sempre tais membros mostraram-se como uma presença na vida destas mulheres, com a qual elas pudessem contar com o apoio ou auxílio necessários e estabelecer uma relação face a face e de confiança. Este aspecto foi evidenciado também na descrição do mapa de rede social das mesmas. Assim, durante a fase da amamentação algumas mulheres mencionaram que não contaram com o apoio da maioria dos

membros de sua rede social alegando o fato de estarem sozinhas, não terem familiaridade, já saber o que o profissional iria dizer ou fazer ou possuírem experiência anterior em aleitamento materno.

Pinheiro (2003) em seu estudo ressaltou a importância do cuidado de enfermagem no período puerperal como forma de multiplicar os contatos das mulheres com a rede social de apoio, diminuindo o isolamento social característico desta fase. Martins (2005) corrobora com o exposto, mencionando que o reconhecimento da rede social possibilita à mulher-mãe um sentimento de ser amada, valorizada, de pertencer a um grupo; o que a leva a escapar da condição de isolamento e de anonimato

Nesta mesma perspectiva, Ramos (2000) estudando mulheres durante o período da amamentação, verificou ser esta fase uma experiência complexa e solitária na vida das mesmas, podendo levá-las ao desmame. E neste sentido, destaca a necessidade do apoio de profissionais de saúde e outros setores da sociedade a esta prática.

Na relação com sua rede social secundária, composta principalmente de profissionais de saúde, o *motivo porque* as mulheres procuraram tais membros esteve centrado na ocorrência de circunstâncias do evento amamentação, tais como: dificuldade para amamentar, choro da criança, diminuição do leite, fissura e ingurgitamento mamário e sinais de anormalidade na criança, especialmente relacionados ao trato respiratório.

Estas circunstâncias evidenciam que a razão da procura do serviço de saúde segue o modelo tradicional curativista, no qual a pessoa busca atendimento visando o tratamento ou eliminação de problemas de saúde, em detrimento de ações preventivas e de promoção à saúde.

Pinheiro (2003) verificou que o modelo institucional de cuidado à saúde da mulher com vistas ao aleitamento materno ainda está centrado na queixa da clientela privilegiando ações assistenciais voltadas para o diagnóstico e tratamento dos problemas referidos. E desta

forma, os sentimentos e as dificuldades das mulheres podem estar “ofuscadas pelo interesse do profissional em promover o aleitamento materno a todo custo”.

Com esta conduta alguns profissionais de saúde percebem a amamentação como uma obrigação da mulher que por sua vez não sendo levada em consideração no que diz respeito a sua decisão e suas dificuldades pode optar pela introdução de outros alimentos diferente do seu leite, para a criança.

Assim, nota-se que muitas vezes a mulher ao ser atendida no serviço de saúde não é tratada na sua subjetividade e acaba estabelecendo uma relação anônima com o profissional que lhe atende.

De acordo com Schutz (1979a, p.59):

(...) o mundo da vida é experimentado por nós segundo graus de familiaridade e de anonimato. A relação de familiaridade é vivida sob a forma do ‘nós’ e permite a apreensão do outro como único em sua individualidade. (...) Quanto mais anônima for a relação, tanto mais afastada estará a unicidade e a individualidade de meu semelhante e pouquíssimos aspectos serão considerados como relevantes para o problema que desejo tratar ou resolver.

Ao analisarmos os depoimentos podemos compreender que a mulher na sua ação intencional de relacionar-se com sua rede primária tem com expectativa relacionada a um *projeto/ motivo para* contar com alguém que lhe ajude e manter relacionamento com outras pessoas, estabelecendo uma relação interpessoal de amizade que seja confiável. Esse tipo de relação esperada pelas mulheres é que Schutz (1979a) denomina de “face a face”.

Na relação “face a face”:

(...) as pessoas estão ao alcance da experiência direta umas das outras (...) Digo que outra pessoa está ao alcance da minha experiência direta quando ela compartilha comigo um tempo comum e um espaço comum (SCHUTZ, 1979a, p.180).



Regis e Tocantins (2002) em seu estudo realizado em uma Unidade Básica de Saúde verificaram a relevância das relações interpessoais entre a clientela e o enfermeiro, ressaltando a importância da relação face a face e da troca de experiências que deve ser estabelecida entre ambos. Desta forma, estas autoras afirmam que o enfermeiro ao interagir com o cliente buscando compreender suas perspectivas de vida e sua bagagem de conhecimentos, tem a possibilidade de melhor atender as expectativas e necessidades assistenciais do mesmo.

Ramos (2003) verificou a importância da nutriz ter a possibilidade de contar com um profissional de saúde capaz de escutar as suas angústias e diminuir as ansiedades geradas pelo comportamento do bebê. Entretanto, na prática assistencial geralmente a mulher não tem como expectativa encontrar no ambiente do serviço de saúde a possibilidade de ser ouvida em suas necessidades singulares.

No presente estudo observou-se ainda, que as mulheres na relação com os profissionais de saúde, tem em vista ou esperam que estes lhes ajudem a alimentar a criança, forneçam atendimento visando eliminar os sinais de anormalidade na criança e que tenham maior atenção para com a mesma.

Almeida e Gomes (1998) referem que o foco central do aleitamento materno não deve ser apenas a criança, mas sim a mulher-mãe, que exerce um papel determinante no processo da amamentação.

No entanto, não é isto que foi observado na presente investigação, pois as mulheres na sua relação com o serviço de saúde têm como expectativa receber cuidados referentes à saúde da criança e que o profissional demonstre atenção para com a mesma durante a assistência prestada. Esta expectativa diante do atendimento prestado nos serviços de saúde pode ser decorrente da própria conduta dos profissionais, que em seu plano assistencial, muitas vezes tem como preocupação a resolução das queixas ou problemas de saúde trazidos

pela cliente. Neste sentido, faz-se cada vez mais necessário que haja uma mudança na forma de atuação e de abordagem destes profissionais, a fim de que estes possam contribuir para que as mulheres, ao procurarem o serviço de saúde, tenham “novas” vivências e conseqüentemente intenções voltadas para ações preventivas e de promoção da saúde. Pois, na prática assistencial a intencionalidade das mulheres caracterizada pelos seus *motivos para* deveria coincidir com a razão ou seja, com o *motivo porque* do profissional prestar a assistência. E se a intenção do profissional de saúde é desenvolver uma assistência de qualidade, que responda de forma realista às necessidades da mulher que vivencia a amamentação, esta deve coincidir ou levar em consideração a intencionalidade das mulheres que procuram o serviço.

Segundo Bueno (2004) a estratégia denominada: “Aconselhamento em Amamentação”, preconizada pela Organização Mundial da Saúde, implica que o profissional de saúde escute, compreenda e ofereça ajuda às mães que estão amamentando, promovendo sua auto-confiança, auto-estima e coragem para lidar com “pressões” e tomar decisões.

De acordo com Fracoli (2003) o enfermeiro na relação de acolhimento pode favorecer a verbalização dos anseios, expectativas e dificuldades inerentes a uma vivência que muitas vezes lhe é nova, possibilitando uma intervenção de acordo com a singularidade e cotidiano de cada cliente.

Desta mesma forma o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) preconiza que os profissionais de saúde ao realizarem ações de promoção, proteção e apoio à amamentação devam levar em consideração a singularidade da mulher que amamenta, tratando-a com atenção, respeito e consideração. Pois,

(...) ao dar-lhe voz, permitindo com tranqüilidade que expresse dúvidas, receios e conhecimentos prévios acerca da amamentação emerge quem é esta mulher/mãe/nutriz, o que pensa, que tipo de ajuda necessita e o que decide fazer para amamentar (BRASIL, 2003, p.42).

No entanto, muitas vezes a mulher não se percebe como protagonista do processo da amamentação e assim não concebe o espaço do serviço de saúde como sendo seu, ou seja, um local onde ela possa dirigir-se livremente, ser ouvida e respondida em suas expectativas, angústias, anseios ou dificuldades.

Podemos compreender ainda, que na maioria das vezes a intencionalidade (motivo para) da mulher estabelecer relação com sua rede primária não é a mesma com a qual busca estabelecer relação com os membros da rede secundária. Pois, os membros da rede primária são aqueles mais procurados, com os quais a mulher que amamenta tem a intenção de manter uma relação confiável de familiaridade, enquanto que com os membros da rede secundária a intencionalidade está voltada para a resolutividade de problemas de saúde numa perspectiva biomédica, mediante atendimento e atenção à criança.

No estudo o motivo da procura da rede secundária está focalizado na presença de sinal de anormalidade na criança ou da mama, sendo tais sinais característicos de determinantes biológicos. Enquanto que quando a mulher apresenta alguma dificuldade sócio-econômica ou necessita de algum tipo de apoio no cotidiano do lar, ela procura a sua rede primária, com a qual ela estabelece uma relação de familiaridade e conta, portanto, com auxílio desta para o enfrentamento dos condicionantes sociais presentes durante o período em que está amamentando.

Assim, no mundo da vida que é um mundo social, verifica-se que compreender as relações que se estabelecem entre a mulher que amamenta e os membros de sua rede social, implica abrir-se a uma realidade mais ampla que transcende aspectos biológicos envolvidos no processo da amamentação e que não se restringe às orientações clássicas sobre vantagens e técnicas de aleitamento materno. Tal compreensão permite ao profissional de saúde entender a amamentação como uma categoria híbrida, com elementos definidos tanto pela natureza, como pela cultura (ALMEIDA, 1999) e considerar a mulher como pessoa protagonista da

amamentação, que tem um determinado contexto e intencionalidade, ajudando-a a reconhecer a presença de outras pessoas que no seu mundo da vida cotidiana possam auxiliá-la durante o período em que está amamentando.

De acordo com Schutz (1979a):

(...) a existência de outras pessoas é algo dado (...) o mundo da minha vida diária não é de forma alguma meu mundo privado, mas é desde o início, um mundo intersubjetivo compartilhado com meus semelhantes, vivenciado e interpretado por outros; em suma é um mundo comum a todos nós (SCHUTZ, 1979a, p.80, 32 e 159).

E neste mundo social, por um lado podemos distinguir o mundo da vida cotidiana da mulher que vivencia a amamentação, compartilhando suas intenções, angústias, necessidades e dificuldades com aqueles que estão a sua volta e com os quais estabelece um relacionamento face a face. E por outro lado, o mundo em que está situado o profissional de saúde que embora atue na resolução de problemas ocorridos na criança ou na mãe, mostra-se distante, numa relação anônima e impessoal.



O estudo da vivência da mulher que amamenta, na perspectiva fenomenológica, a partir da sua rede social mostrou-se factível ampliando a visão acerca dos condicionantes sócio-culturais envolvidos na realidade da mulher durante o período da amamentação. Neste sentido, observou-se a relevância de pesquisadores e profissionais de saúde considerarem a mulher na sua dimensão social, buscando a compreensão das questões referentes à amamentação não apenas no sentido biológico, mas considerando a totalidade das relações e condicionamentos envolvidos.

Na elaboração do mapa de rede social, enquanto pesquisadora pude constatar que esta fase foi provida de um sentido para as mulheres, que olhadas na sua singularidade, sentiam-se livres para falarem da sua vida e de suas relações, deixando-se mostrar como sujeito e protagonistas de sua história num contexto em que amamentar envolve mais fatores que dar o seu próprio leite para a criança.

Durante o meu caminhar neste estudo utilizando a abordagem fenomenológica de Alfred Schutz, uma nova faceta do evento amamentação foi se desvelando para mim. Compreendi, mediante as experiências de vida das mulheres, que amamentar implica o envolvimento de diversas razões e intencionalidades, não dependendo exclusivamente de conhecimentos sobre vantagens e técnicas de aleitamento materno ou apenas de uma decisão prévia.

Ao estudar mulheres residentes em uma comunidade caracterizada por baixo nível sócio-econômico, domicílios pequenos, de difícil acesso, por precárias condições de saneamento básico, entre outras; verifiquei que a maioria das crianças estava recebendo outro alimento diferente do leite materno antes do sexto mês de vida. Diante de achados semelhantes, pesquisadores, profissionais de saúde ou órgãos governamentais apontam para a falta de conhecimento da população acerca das técnicas de amamentação, bem como das vantagens do leite materno para a criança, como um dos fatores determinantes para o

desmame precoce, focalizando sua preocupação na redução nos índices de morbi-mortalidade infantil. Neste sentido, as ações de promoção da amamentação geralmente são voltadas para o manejo frente as intercorrências ou riscos associados ao uso de leites artificiais, bicos, chupetas, entre outros.

No presente estudo a ação das mulheres revelou que elas têm entendimento sobre as vantagens da amamentação, estão dispostas a amamentar seus filhos, mas durante os primeiros meses após o parto, além do cuidado com a criança, estão envolvidas com diversos aspectos referentes ao papel de mulher-mãe inserida em uma realidade social. Nesta realidade a mulher encontra-se diante da presença ou não de: um companheiro, de outros filhos, de pessoas que residem em seu domicílio, manutenção ou não de vínculo empregatício, da necessidade de instrução, de atividades domésticas (como limpar e arrumar a casa, lavar roupa, preparar a refeição), entre outros.

Assim, o estudo desvelou a relevância de se valorizar as questões sociais presentes no mundo da vida da mulher que vivencia a amamentação, uma vez que esta prática não é um processo meramente biológico, mas sim um fenômeno sócio-culturalmente condicionado.

Durante a fase da amamentação, problemas como trauma mamilar, dor, choro da criança, ingurgitamento mamário, abscesso, se mostraram pouco frequentes, enquanto que a necessidade de trabalhar foi ressaltada como principal motivo para a interrupção da amamentação exclusiva. O trabalho para a mulher de hoje muitas vezes é uma importante fonte de renda para o sustento da família. Esta mulher além dos afazeres do lar está cada vez mais dentro do mercado de trabalho que na maioria das vezes é competitivo e apresenta proteção legal limitada à mulher que faz a opção pela amamentação. Mesmo entre as mulheres que possuíam o benefício da licença maternidade, nem todas amamentaram exclusivamente até os quatro meses de vida da criança, como o disposto pela legislação. Estas mulheres alegaram como motivo para o desmame precoce a necessidade de trabalhar e

conseqüentemente o fato de “ter que ir acostumando” a criança a alimentar-se de outros alimentos diferente do seu leite, para que a mesma possa estar habituada no período em que elas retornarem ao trabalho. Tal fato revela a importância do esclarecimento acerca dos direitos legais da mulher que amamenta e da possibilidade que esta possui para utilizar o tempo mínimo de quatro meses para oferecer seu leite como única fonte nutritiva para criança.

Enquanto a maioria dos estudos ou dos modelos assistenciais trata a questão do aleitamento materno como um fator importante para a criança, esta pesquisa permitiu um olhar para a mulher como ser singular e social. Esta, durante a entrevista, sentindo-se “olhada”, demonstrava interesse em falar da sua vida, de suas relações, parecendo quase esquecer da criança que muitas vezes estava amamentando naquele momento. No final sempre agradeciam, revelando que aquele depoimento não tinha sido apenas útil para a presente pesquisa, mas tinha sido significativo para elas. Este aspecto desvelou, por um lado, o fato de que a mulher que amamenta na relação com o outro espera falar, ser ouvida e compreendida mais do que ouvir regras ou conceitos pré-estabelecidos (como: “toda mãe tem leite”, “o leite materno tem tudo que seu bebê precisa”, “você tem que amamentar exclusivamente até o sexto mês”, entre outros). E por outro lado, que o profissional de saúde não apresenta uma atitude de escuta quando realiza suas ações voltadas para a promoção da amamentação, partindo apenas do seu acúmulo de experiências e não da vivência trazida pela mulher.

Portanto, faz-se cada vez mais necessário que o profissional tenha uma postura realista levando em consideração a totalidade dos condicionamentos envolvidos com o ato de amamentar, ou seja, que ele possa ir ao encontro da mulher sem se deixar determinar pelas suas idéias ou pré-conceitos a respeito da amamentação, disposto a compreender qual é o contexto que ela apresenta, que relações estabelece, o que ela tem em vista nos relacionamentos, que dificuldades ou problemas enfrenta ou o que ela busca no atendimento



do serviço de saúde. Nesta postura de abertura e de observação a mulher dá-se a conhecer e o profissional tem a possibilidade de apreender os fenômenos vivenciados pela mesma e de intervir de acordo com a realidade que se mostra, a partir daquilo que ela traz e do que ela é e não do que lhe falta aprender, fazer ou seguir.

A atitude do profissional voltada para *ouvir e observar* tem sido recomendada pela estratégia do Aconselhamento em Amamentação, implementada nos serviços de promoção e apoio à amamentação (BRASIL, 2003).

A mulher que amamenta se mostrou ainda como pessoa única, irrepetível, que na vivência da amamentação tem exigências ontológicas como a exigência de significados, de felicidade, de justiça, de amizade, de amor, de estar em relação com alguém, de estabelecer uma relação eu-tu.

O fato de a pesquisa ter sido realizada no espaço social das mulheres possibilitou ainda que as depoentes se mostrassem como sujeito das suas ações em atitude natural. Desta forma, foi possível identificar e compreender o tipo de relação estabelecida com os membros da rede social presentes na vida delas durante a fase de amamentação, sendo estes caracterizados por: mães, companheiro, pai dos outros filhos, irmãos, pais, primos, avós, tios, cunhada, sogra, madrinha da criança, sobrinho, vizinhas, amigas, colegas, patroa, profissionais de saúde da Maternidade, de Hospitais e do Centro de Saúde e, responsáveis ou funcionários de creches, escolas, igreja e centro de assistência social.

A análise das redes sociais evidenciou a presença de vínculo “forte” com membros da rede primária, especialmente com amigas, vizinhas, sua mãe ou com o pai da criança; revelando serem estas as pessoas mais envolvidas com elas durante o período da amamentação. Esta variedade de pessoas presentes na vida destas mulheres aponta para o fato de que não são apenas a mãe e o marido aquelas presenças mais significativas para as mesmas.

Outro aspecto desvelado foi o fato de que muitas vezes, a mulher vivenciando a amamentação, sente-se sozinha, embora existam várias pessoas ao seu redor. Neste sentido, ela expressa a necessidade de ser compreendida não apenas do ponto de vista biológico, como objeto do ato de amamentar, mas como ela é e está neste determinado momento da sua vida; necessitando de um lugar no qual ela possa pertencer e ter relacionamentos de confiança e ser ajudada.

Cabe ressaltar a diferença entre a rede social na qual a mulher está inserida e a rede social de apoio durante o período em que ela está amamentando. Ou seja, embora as mulheres tenham referido conhecer ou ter tido contato com vários membros de sua rede (parentes, amigos, vizinhos, profissionais de saúde e outros) as mesmas revelaram que há poucas pessoas com as quais estabelecem uma relação de familiaridade e que lhes auxiliam durante a fase da amamentação.

Entre aquelas que amamentaram por 4 meses ou mais, verificou-se que além de estabelecerem vínculos “fortes” com membros de sua rede social primária, possuem também uma relação de proximidade com estes. Nesta rede primária a pessoa que se mostrou significativa para que a mulher iniciasse e desse continuidade à prática da amamentação foi aquela com quem a mesma estabelecia uma relação de familiaridade, não necessariamente um membro da família. Tal relação foi relevante no que diz respeito ao apoio material recebido, auxílio nas atividades domésticas e no cuidado com a criança na ocasião em que as mulheres precisavam se ausentar do lar, além do apoio frente as intercorrências ocorridas durante o período da amamentação. Estes tipos de apoio foram essenciais para que elas pudessem amamentar a criança e permanecerem em casa durante os primeiros meses pós-parto.

A bagagem de conhecimento das mulheres, ou seja, o conhecimento prévio em amamentação, o fato de algumas terem experiência como “babá” ou a vivência de ter amamentado outros filhos, também se mostrou relevante no processo decisório de amamentar

ou não, bem como no enfrentamento das dificuldades presentes no período em que as mesmas estavam oferecendo leite de peito para a criança.

O típico da ação das mulheres estabelecerem o contato com a rede social primária circula pela busca de recurso material e de uma companhia para dividir as preocupações do seu mundo do dia a dia, tais como as tarefas domésticas e o cuidar da criança. No entanto, quando elas se voltam para as pessoas de sua rede social, o mais relevante é o próprio relacionamento, independente da razão que deu origem a esta relação. Pois, na sua intencionalidade buscam contar com alguém que lhes ajude e manter os relacionamentos com as pessoas. Mesmo, quando mencionaram não terem pretensões ou não esperarem nada das pessoas com as quais se relacionam, parece ser suficiente que estas estejam presentes, a disposição na ocasião de alguma necessidade, que não se sintam obrigadas em ajudá-las, que escutem o que elas estão dizendo e que lhes acompanhem no seu mundo da vida diária.

Quanto à relação com os profissionais de saúde, verificou-se que ainda há a concepção de que a razão pela qual procuram o serviço de saúde é para a resolução de problemas de saúde da criança ou de intercorrências com a amamentação e não para a busca de ações preventivas, de promoção à saúde ou de apoio. Neste âmbito, a intencionalidade das mulheres com relação à rede secundária está centrada na busca de atendimento de rotina, ações que visem à eliminação dos problemas de saúde e de alimentação da criança e na busca de atenção dos profissionais para com as mesmas, de modo que possam se sentir ouvidas e compreendidas.

O estudo possibilitou compreender ainda que há uma precariedade na relação com a rede secundária, demonstrada pela falta de vínculos “fortes” e por uma relação de anonimato e que as mulheres em seu dia a dia recorrem à rede primária, que lhe é familiar.

Assim, a mulher que amamenta se relaciona com rede secundária basicamente por motivos voltados para os determinantes biológicos envolvidos no ato de amamentar, enquanto

que no contato com a rede primária a razão da procura dos relacionamentos está focalizada em condicionantes sociais que estão presentes durante a fase da amamentação. Destes relacionamentos ela espera poder contar com pessoas com as quais ela possa estabelecer uma relação confiável, uma relação face a face.

Frente ao típico da ação das mulheres que vivenciam o fenômeno da amamentação no contexto da sua rede social foi evidente a compreensão de que a questão do apoio à mulher, enquanto sujeito e protagonista do processo de amamentar, ainda constitui um desafio para os profissionais de saúde e suas ações voltadas para a promoção, proteção e apoio à amamentação. Sendo que para lidar com a complexidade deste processo é necessário que o profissional de saúde não privilegie as suas opiniões, pré-conceitos ou seu olhar fragmentário, mas esteja aberto para as situações vivenciadas pelas mulheres no seu mundo da vida.

Em uma outra abordagem a rede primária precisa existir para a rede secundária. Ou seja, a mulher que amamenta precisa existir para o profissional de saúde como uma pessoa que tem um nome, tem certas vivências, problemas, razões, intenções e que é um “ser”, um “ser com os outros”. Muitas vezes não é o profissional de saúde que vai ajudá-la concretamente, como no caso da mulher estar preocupada com a situação de trabalho, dos outros filhos, da manutenção da casa, entre outras. Mas, numa relação onde o profissional a acolha, compartilhe suas preocupações, ela pode ser ajudada a encontrar soluções ou apoio para conciliar à prática da amamentação ao seu contexto.

Neste sentido, este estudo representa um subsídio para a formulação e implementação de políticas públicas, bem como para o trabalho interdisciplinar de profissionais de saúde, que a partir da visão global do contexto relacional da mulher, podem no planejamento de suas ações, considerar e fortalecer os vínculos estabelecidos na rede primária, convocando familiares e amigos para as consultas, pois estes se constituem em um importante suporte para a mesma.

Desta forma, no espaço do serviço de saúde a mulher tem o direito de encontrar pessoas disponíveis e atentas às suas necessidades ou ainda de ser referenciada para outros serviços ou grupos de apoio à amamentação. Tais grupos de apoio também podem contribuir no fortalecimento das redes sociais e auxiliar as mulheres durante todo o período da amamentação. Vivendo entre outras pessoas que lhes são “próximas” e “semelhantes” elas tem a possibilidade apreender conhecimentos e compreender condutas a partir de vivências das outras mulheres.

Nesta mesma ótica, os profissionais de saúde atuando com base no conhecimento da rede social da mulher que amamenta, desenvolvem a capacidade de escuta, desvelam fenômenos que muitas vezes não são explícitos durante a consulta com uma perspectiva biomédica, percebem as expectativas que ela traz e podem realizar uma assistência mais realista ao promover, proteger e apoiar à amamentação.

A prática de visita domiciliar nas primeiras semanas após o parto também constitui em uma oportunidade para o profissional conhecer a rede social, ajudar a mulher a identificar um membro que possa auxiliá-la no enfrentamento das circunstâncias do dia a dia e fornecer apoio à família que vivencia a amamentação.

Diante do exposto, o estudo desvelou que a mulher que vivencia a amamentação (Fig. 23) pode ser mais bem compreendida quando o profissional de saúde tem uma atitude mais aberta à situação de vida desta mulher, orientando-se pelos seus motivos e intenções, considerando sua bagagem de conhecimento e vivendo contemporaneamente os significados atribuídos pela mesma ao processo de amamentar, buscando estabelecer uma relação de familiaridade.



Fig. 23 – A rede social da mulher que amamenta

**REFERÊNCIAS**

---

ABRÃO, A.C.F.V. **Diagnóstico de enfermagem em aleitamento materno: estudo de validação**. 1998. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1998.

ALMEIDA, J.A.G. **Amamentação: um híbrido natureza-cultura**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.120p.

\_\_\_\_\_; NOVAK, F.R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **J. Pediatr**, v.80, n. 5, p.119-125, nov.2004.

ALVES, H.V. **O ato da amamentação: um valor em questão de valor?** 2003. 210f. Tese (Doutorado em Enfermagem).- Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

ANDRADE, G.R.B.; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 7, n.4., p.925-934, 2002.

ARANTES, C.I.S. **O fenômeno amamentação: uma proposta compreensiva**. 1991. 94f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental). - Ribeirão Preto. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1991.

ARAÚJO, L.D.S. **Querer /poder amamentar. Uma questão de representação?** 1991, 141f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem. Santa Catarina da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1991.

ASSOCIAÇÃO DE VOLUNTÁRIOS PARA O SERVIÇO INTERNACIONAL. **Educação e trabalho para o desenvolvimento integral da pessoa e inclusão social no Morro dos Cabritos do bairro de Copacabana**. Rio de Janeiro, módulo III, 2003, p. 114. Mimeografado.

BARROS, F.C.; VICTORA, C.G.; VAUGNAN, J.P. Breast feeding and socio economic status in southern Brazil. **Acta Paediatr. Scand.**, v.75, p.558-562, 1986.

BENSON, C. **Dalle definizione all' operatività in L'intervento di rete** - a cura di Lia Sanicola. Napoli: Liguori Editore, 1994. p. 245-255.

BOTH, E.. **Família e Rede Social**. 2ª. edição. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora S.A., 1976. p.318.



BOWLING, A. Measuring social networks and social support. In: \_\_\_\_\_ **Measuring health: a review of quality of life measurements scales**. 2ª ed. Buckingham: Philadelphia, 1997. p.90-108.

BRACCO NETO, H. **Implantação e avaliação de atividades de incentivo ao aleitamento, dirigidas à gestante, em Unidades Básicas de Saúde**. 1993. Tese (Mestrado) - Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 1993.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Normas para pesquisa envolvendo seres humanos** (Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996). Brasília.DF: CNS, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. **Normas para a comercialização de alimentos para lactentes**. Brasília: MS/INAN, 1989.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. **Pesquisa nacional sobre saúde e nutrição: resultados preliminares**. Brasília: MS/INAN, março, 1990.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. **Programa Nacional de incentivo ao aleitamento materno**. Brasília: MS/INAN, julho, 1991.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Desenvolvimento de Controle e Avaliação dos Serviços de Saúde - SUS. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição - INAN. **Normas básicas para alojamento conjunto**. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Manual de promoção do aleitamento materno: normas técnicas**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Manual de capacitação de equipes de unidades básicas de saúde na iniciativa unidade básica amiga da amamentação (IUBAAM)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. **Agenda de compromisso para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, 80p.

BRODEUR,C. **Storia dell'intervento di rete in L'intervento di rete - a cura di Lia Sanicola**. Napoli: Liguori Editore, 1994. p. 203-210.

BRYANT, C. A. The impact of King, friend and neighbor networks on infant feeding practices. **Soc. Sci. Med.**, vol 16, p. 1757-1765, 1982.

BUENO, L.G.S.; KEIKO, T.M. Aconselhamento em amamentação e sua prática. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.80, n. 5, p. 126-130, nov, 2004.

CAETANO, L.C. **Aleitamento Materno: fatores que contribuem para sua prática**. 1992. Tese (Mestrado em Enfermagem) - Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 1992.

CAMERON, M.; HOFVANDER, Y. **Manual para alimentacion de infantes y niños pequeños**. México: Editorial Pax Mexico, 1989. 293p.

CAPALBO, C. **Metodologia das ciências sociais: a fenomenologia de Alfred Schutz**. Rio de Janeiro: Antares, 1979. 102p.

\_\_\_\_\_. Abordando a enfermagem a partir da fenomenologia. **Rev. Enfermagem. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 2, n.1, p70-76, maio, 1994.

\_\_\_\_\_. **Fenomenologia e ciências humanas**. 3<sup>a</sup>.ed. Londrina: UEL, 1996. 133p.

\_\_\_\_\_. A fenomenologia a partir de Edmund Husserl e sua repercussão na área da saúde. **Rev. Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 6, n.2, p. 415-419, dez., 1998.

CARVALHO, A.S. **Metodologia da entrevista: uma abordagem fenomenológica**. 2 ed. Rio de Janeiro: Agir, 1991. 93p.

CASSEL, J. The contribution of the social environment to host resistance. **American Journal of Epidemiology**, v.104, p.107-123, 1976.

CHEZEM, J.; FRIESEN, C. Attendance at breastfeeding support meetings: relationship to demographic characteristics and duration of lactation in women planning postpartum employment. **J. American Dietetic Association**, vol.99, n.1, p.83-85, 1999.

CHOR, D.; FAERSTEIN, E.; GRIEP, R.H.; LOPES, C. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde I: pré-testes e estudo piloto. **Cad. Saúde Pública**, v.17, p.887-96, 2001.

CIACCIA, M.C.C; RAMOS, J.L.A; ISSLER, H. Amamentação e trabalho da mulher: como conciliar? **Rev. Paul. Pediatr.**, v.21, n.2, p. 85-88, jun., 2003.

- COBB, S. Social support as a moderator of life stress. **Psychosomatic Medicine**, v.38, p.300-14, 1976.
- CUNNINGHAM, W.E.; SEGREE, W. Breast feeding promotion in on urban and a rural Jamaican Hospital. **Soc. Sci. Med.**, v. 30,n.3, p. 341-348, 1990.
- DESSEN, M.A.; BRAZ, M.P. Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, vol.16, n.3, p. 221-231, set-dez, 2000.
- DEWEY, K.G. *et al.* Growth patterns of breast-fed infants in affluent (United States) and poor (Peru) communities: implications for timing of complementary feeding. **Am. J. Clin. Nutr.**, v. 56, p.1012-1018, 1992.
- DURKEIM, E. **As regras do método sociológico**. 16ªed. São Paulo: Editora Nacional, 2001. Disponível em: <<http://www.culturalbrasil.pro.br/durkeim.htm>> Acesso em nov. 2005.
- ESCAMILLA, R.P. Patrones de la lactancia natural en América Latina y el Caribe. **Bol. of Sanit. Panam.**, v.115, n.3, p.185-194, 1993.
- FARIA, R.M.O. Redes de ajuda e amamentação. **Educação em Saúde**. n.1, p.15-23, 2001.
- FERNANDES, B. *et al.* **Vencendo a Desnutrição: abordagem clínica preventiva**. 1 ed. – São Paulo: Salus Paulista, 2002. 100p. (Coleção Vencendo a Desnutrição).
- FERNANDES, M.M.L.B.L. Sobre a rede: olhar de novo um problema velho. **Debates Sociais** – CBCISS, Rio de Janeiro, v.48/49, n.36, p. 23-32, 1990.
- FERREIRA, M; MONTEIRO, C.A. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, v.36, n.3, p.313-318, jun., 2002.
- FRACOLLI, L. A. *et al.* A visita domiciliária sob o enfoque do acolhimento e sua interface com a abordagem do desmame precoce no programa saúde da família: um relato de experiência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.5, n.2, p.78-82, 2003. Disponível em <<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em: set 2005.
- GERHARDT, T.E. Situações de vida, pobreza e saúde: estratégias alimentares e práticas sociais no meio urbano. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.8, n.3, p.713-25, 2003.

GIUGLIANI, E.R.J. *et al.* Are fathers prepared to encourage their partners to breast feed? A study about father's knowledge of feeding. **Acta Paediatr.**, v.83, p.1127-31, 1994.

\_\_\_\_\_. Amamentação exclusiva. In: CARVALHO, M.R. **Amamentação:bases científicas**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p.15-22.

GOLDENBERG, P. **Repensando a desnutrição como questão social**. 1ª.ed. Campinas: UNICAMP, 1988.

GONÇALVES, A.C. **Crenças e práticas da nutriz e seus familiares no aleitamento materno**. 2001. 143f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande Sul, Porto Alegre, 2001.

GRANZOTO, J.A.*et al.* A importância do incentivo pré-natal na amamentação de primíparas. **Jornal de Pediatria**, v. 68, n. 1/2, p.34-37, 1992.

GRAY, S. Comparison of effect of breast-feeding practices on birth-spacing in three societies: nomadic turkana, goinj, end quechna. **J. biosoc. Sci.** , v.26, p. 69-90, 1994.

HENLY, J.R. The complexity of support: the impact of family structure of provisional support on African american and white adolescent mothers'well-being. **American Journal of Community Psychology**, v.25, n.5, p.629-55, 1997.

HODDINOTT, P. PILL, R.; HOOD, K. Identifying which women will stop breast feeding before three months in primary care: a pragmatic study. **British Journal of General Practice**, v. 50, p. 888-891, 1990.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Crianças e adolescentes - indicadores sociais**. Rio de Janeiro: IBGE, 1992. p. 78-81.

\_\_\_\_\_. **Anuário estatístico do Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.

INSTITUTO PEREIRA PASSOS. **Evolução da população de favelas na cidade do Rio de Janeiro: uma reflexão sobre os dados mais recentes**. Secretaria Municipal de Urbanismo. Rio de Janeiro: IPP, 2003. Disponível em: <<http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br>> Acesso em: out. 2005.

JELLIFFE, E.F.P. Breast-feeding and the prevention of malnutrition. **Med. J. Malaysia**, v. 41, n.1, p. 88-92, 1986.

JOHNSON, T.S. *et al.* A home visit program for breastfeeding education and support. **JOGNN**, vol.28, n.5, p.480-484, 1999.

KAPLAN, B.H; CASSEL, J.C. Social support and health. **Med. Care**, v.15, n.5, p.47-58, 1997.

KURINIJ, N.; SHIONO, P.H. Early formula supplementation of breast-feeding. **Pediatrics**, v. 88, n.4, p.745-750, oct., 1991.

LEEuw, G.V. **Fenomenologia della religione**. Torino: Ed. Paolo Boringhieri, 1960.

LOUREIRO, M.; VENANCIO, S.I.; PEREIRA, J.C.R. Estimativa de impacto da amamentação sobre a mortalidade infantil. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, n.3, p.319-25, jun., 2003.

LUTTER, C.K. **Breastfeeding promotion: is its effectiveness supported by scientific evidence and global changes in breastfeeding behaviors?** Washington: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2000. p355-368.

MACHADO, A.R. **O lugar da mãe na prática da amamentação de sua filha nutriz: o estar junto**. 2001. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

MARQUES, E.C. Redes sociais e instituições na construção do estado e da sua permeabilidade. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 14, n.41, 1999.

MARTELETO, R.M. Análise de redes sociais: aplicação nos estudos de transferência da informação. **Ciências da Informação**, Brasília, v. 30, n.1, p.71-81, 2001.

MARTINES, J.C.; ASHWORTH,E.; KIRKWOOD, B. Breastfeeding among the urban poor in southern Brazil: reasons for termination in the first 6 months of life. **World Health Organization**, v. 67,n.2, p.151-161, 1989.

MARTINS FILHO, J.; SANGED, C.A.A. Aleitamento materno: modificação da prevalência da amamentação, na região de Campinas, após 8 anos de estímulo contínuo, em nível ambulatorial. **J. Ped.**, v. 62, n.6, p. 251-256, 1987.

MARTINS, R.C.B. **Aleitamento com êxito sob a perspectiva da nutriz**. 1998. 130f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

MARTINS, R.M.L. A relevância do apoio social na velhice. **Educação, ciência e tecnologia**. Viseu, 2005. Disponível em : <<http://www.ipv.pt/millennium/millennium31/9.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2005.

MATICH, R.J.; SIMS, L.S. A comparison of social support variables between women who intend to breast or bottle feed. **Soc. Sci. Med.**, v.34, n.8, p. 919-927, 1992.

MATOS, A.P.; FERREIRA, A. Desenvolvimento da escala de apoio social:alguns dados sobre a sua confiabilidade. **Psiquiatria clínica**, v. 21, n.3, p. 243-253, 2000.

MINKLER, M. Building supportive ties and sense of community among the inner-city elderly: the tenderloin outreach project. **Health Educational Quarterly**, v.12, p.303-313, 1985.

MONTEIRO, L.A.G. *et al.* Alimentação do lactente: a propósito da introdução de alimentos não lácteos. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.23, n.3, p.209-218, jul/set., 1990.

MOREIRA, D.A. **O método fenomenológico na pesquisa**. São Paulo: Pioneira Thompson, 2002. p.75-80.

MOURA, E.C. Nutrição. In: CARVALHO, M.R. **Amamentação:bases científicas**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p.26-53.

MURAHOVSKI, J. *et al.* Curvas e tabelas de crescimento de lactentes brasileiros de 0-6 meses de idade alimentados exclusivamente com leite materno. **A.R.S. Médica**, Santos, v.13, n.1/2/3/4, p.17-34, jan/dez, 1986.

NAKANO, A.M. **O aleitamento materno no cotidiano feminino**. 1996. 170f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem São Paulo da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

NAYLOR, A.J. Baby-Friendly Hospital Initiative. **Pediatric Clinics of North America**, v.48, n.2, p. 475-482, april, 2001.

NÓBREGA, F.J. *et al.* Condição nutricional de mães e filhos: relação com o peso do nascimento, variáveis maternas e sócio-econômicas. **Jornal de Pediatria**, v.67, n.9/10, p.288-296, 1991.

NOVOTNY, M. *et al.* Health of infant is the main reason for breast-feeding in a WIC population in Hawai. **Journal of the American Dietetic Association**, v.94, n.3, p.293-297, 1994.

NUNES, M. Apoio social no diabetes. **Educação, ciência e tecnologia**. Viseu, 2005. Disponível em : <<http://www.ipv.pt/millennium/millennium31/10.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2005.

OLIVEIRA, M.I.C.; CAMACHO, L.A.B. Amamentação em atenção primária à saúde. In: CARVALHO, M.R. **Amamentação:bases científicas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.208-221.

\_\_\_\_\_; GOMES, M.A.S.M. As unidades Básicas Amigas da amamentação: uma nova tática no apoio ao aleitamento materno. In: REGO, J.D. **Aleitamento Materno**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2001. p.343-367.

OLIVEIRA, S.A. **“Redes”:** mapeando seus usos no campo das ciências sociais. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 1999.Mimeografado.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Evidências científicas dos dez passos para o sucesso no aleitamento materno**. Brasília: OPAS, 2001. p.106-133.

OPS/OMS. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. **Las condiciones de salud en las Américas**. Washington, D.C.: OPS, 1994, p.90-91. (Publicacion Científica nº 549).

PAISMCA. Programa de Atenção Integral à saúde da Mulher e da Criança. Grupo Técnico da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro. **Dez passos para uma unidade básica de saúde amiga da amamentação**. 2003. Disponível em: <[http://www.aleitamento.com.br/a\\_artigos.asp](http://www.aleitamento.com.br/a_artigos.asp)> Acesso em: 01/06/2005.

PAIXÃO, R.; OLIVEIRA, R.A. Escala instrumental e expressiva do suporte social. **Psicológica**, v. 16, p.83-89,1996.

PICHAIPAT, V. *et al.* An intervention model for breast feeding in Maharat Nakhon. Ratchasima Hospital. South Asean. **J. Trop. Med. Publ. Health**, v.23, n.3, p. 439-443, 1992.

PINHEIRO, A.K. **Depois do parto tudo muda: um novo olhar sobre adolescentes nutrizes**. 2003. 179f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2003.

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos. **Projeto de Urbanização e infra-estrutura da Favela Morro dos Cabritos - plano de intervenção**. Rio de Janeiro: Núcleo de Engenharia Consultiva. IPP, 1999.

PRIMO, C.C.; AMORIM, M.H.C.; LIMA,R.C.D. Aleitamento materno:um direito à saúde. **Saúde Debate**, v. 28, n.67, p.112-117, maio-ago, 2004.

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

RAFAEL, E.V.; SILVA, R.M.; RODRIGUES, M.S.P. O significado da amamentação para a mulher primípara. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.9, n.2, p. 221-8, 2005.

RAMOS, C.V.; ALMEIDA, J.A. Aleitamento materno:como é vivenciado por mulheres assistidas em uma unidade de saúde de referência na atenção materno infantil em Teresina, Piauí. **Rev. Saúde Materno Infantil**, Recife, v.3,n.3, p. 315-321, jul/set, 2003.

REA, M.F. *et al.* Possibilidades e limitações da amamentação entre mulheres trabalhadoras formais. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.31, n.2, p.149-156, 1997.

REA, M.F. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. **Cad. Saúde Pública**, v.19, supl 1, p.37-45, 2003.

RÉGIS, R.C.B.; TOCANTINS, F.R. As experiências do cliente ao procurar a enfermagem na unidade básica de saúde. **Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental**, Rio de Janeiro, ano 6, n.3, 1º sem., p. 108-117, 2002.



RODRIGUES, B.M.R.D. **O cuidar de crianças em creche comunitária: contribuição da sociologia fenomenológica de Alfred Schutz**. Londrina: UEL, 1996. 74p.

ROMO, S.E.P.G. *et al.* Principales aspectos socio culturales relacionados com la lactancia in Maninalco, Edo. de México. **Arch. Latino Am. Nutr.**, v.61, n.2, p. 183-196, 1991.

ROSAS, A.M.M.T.F. **O Ensino da atividade assistencial – Consulta de enfermagem: o típico da ação intencional**. 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

RYAN, A.S.; MARTINEZ, G.A. Breast-feeding and the working mother: a profile. **Pediatrics**, v. 83, n.4, p. 524-531, 1989.

SAADEH, R.; BENBOUZID, D. Lactancia materna y espaciamento de los nascimientos importancia de la obtención de información para las políticas de salud pública. **Bol. of Sanit. Panam.**, v.111, n.2, p.122-129, 1991.

SABREN. **Sistema de Informação sobre assentamentos de baixa renda**. Rio de Janeiro: DIGIPP, 2005. Disponível em: <<http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br>> Acesso em: out. 2005.

SAKAMOTO, C.P.M.; FREIRE, N.S.; MORRIS, L. **Planejamento do jovem na cidade de São Paulo**. São Paulo: Centro Materno Infantil. C.M.I., 1991. p.43-48.

SANICOLA L. **L'intervento di rete. Una innovazione nel lavoro sociale. in Reti sociali e intervento professionale**. Napoli: Liguori Editore, 1995. p. 101-111.

SANTOS, F.G.G.; MARCELINO, S.M.P. **Internatos de menores: que suporte social?** Coimbra, 1996. Disponível em: <<http://www.sapo.pt/educacional/projectos/index.html>> Acesso em dez. 2003.

SANTOS-TORRES, I.; VASQUEZ-GARIBAY, E.; NÁPOLEZ-RODRIGUES, F. Hábitos de lactancia materna en colonias marginales de Guadalajara. **Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.**, v.47, n.5, p.318-323, 1990.

SCHUTZ, A. **Fenomenologia del mundo social: introducción a la socologia comprensiva**. Traducción Eduardo J. Pietro. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1974. 279p.

\_\_\_\_\_. **Fenomenologia e relações sociais**. Rio de Janeiro: Zahar, 1979a. 319p

\_\_\_\_\_. **Saggi Sociologici. *Collected Papers*** – a cura di Alberto Izzo. Torino: Unione Tipografico-Editrice Torinese, 1979b. p.346.

SILVA, A.A.M. **Amamentação: fardo ou desejo?: estudo histórico-social dos saberes e práticas sobre aleitamento materno na sociedade brasileira.** 1990. 302f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 1990.

SILVA, I. A. **Amamentar: uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios.** 1994. 193f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.

SLUZKI, C.E. **A rede social na prática sistêmica.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997. 146p.

SOARES, M.L.P.V. **Vencendo a Desnutrição: abordagem social.** 1 ed. São Paulo: Salus Paulista, 2002a. 59p. (Coleção Vencendo a Desnutrição).

\_\_\_\_\_. **Rede social no Centro de Recuperação e Educação Nutricional: uma proposta de abordagem metodológica com famílias.** 2001. 99f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica, PUC-SP, São Paulo, 2001

SOARES, W. Para além da concepção metafórica de redes sociais: fundamentos teóricos da circunscrição topológica da migração internacional. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 13, 2002, Ouro preto, Minas Gerais. **Anais.** Ouro Preto: Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 2002b.

SOUZA, I.E.O. **O desvelar do ser gestante diante da possibilidade de amamentação.** 1993. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1993.

SOUZA, K.S.H. **O dito e o não dito da amamentação: o sentido de mães nutrizes na vivência do alojamento conjunto.** 2000.200f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

SOUZA, L.M.B.M. **Do leite fraco a biologia da excepcionalidade: as múltiplas faces da mesma moeda.** 2003. 174f. Tese (Doutorado) Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

SOUZA, M.H.N. **Aleitamento materno: um estudo prospectivo de intervenção em favelas do município de São Paulo.** 1996. Dissertação (Mestrado em Nutrição) - Escola Paulista de Medicina, São Paulo. 1996.

TAUCAR, N.; CASTELLANOS, B.; MALLO, L. La perspectiva de red para el servicio social. In DI CARLO, E. y equipo. **Trabajo social con grupos y redes.** Mar Del Plata: Lumen Humanitas, 1997.

THOITS, P.A. Conceptual, methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. **J. Hlth. Soc. Behav.**, v.23, p.143-159, 1982.

TOCANTINS, F.R. **As necessidades na relação cliente-enfermeiro em uma unidade básica de saúde: uma abordagem na perspectiva de Alfred Schutz.** 1993. 105f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1993.

\_\_\_\_\_; RODRIGUES, B.M.R.D. Necessidades assistenciais em saúde; uma estratégia metodológica para enfermeiros. **Revista de Enfermagem da UERJ.** Edição extra, p.113-118, 1996.

\_\_\_\_\_. O agir do enfermeiro em uma unidade básica de saúde: análise compreensiva das necessidades e demandas. Rio de Janeiro. **Escola Anna Nery Rev. Enfermagem,** Rio de Janeiro, v.1, p.143-59, jul. 1997.

TORRES, A.L. *et al.* Observações sobre a favela da Cidade Leonor, São Paulo - III - Contaminação Ambiental e a Prática do Aleitamento Natural. **Rev. Paul. Med.**, v.109, n.6, p.273-277, 1991.

TOWNSEND, S. La lactancia como metodo de anticoncepcìon postparto. **Network**, ago, p.12-13, 1990

TREVISI, G. **La Distribuzione del Carico di Cura di Minori: L'intervento di rete.cap. I Profilo teorico delle reti sociali: cenni storici.** Parma:Universidade degli Studi di Parma Facoltà di Lettere e Filosofia. Corso di Laurea in Pedagogia, 1998-1999. Mimeografado.

UNICEF - **Situação mundial da infância – 1994**. Brasília: UNICEF, 1994. p. 87.

VALLA, V.V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, suppl. 2, p. 7-14, 1999.

VANNUCHI, M. T.O. *et al.* Iniciativa Hospital Amigo da criança e aleitamento materno em unidades de neonatologia. **Rev. Saúde Pública**, v.38, n.3, p.422-428, jun. 2004.

VEGA-LÓPEZ, M.G.; PÉREZ, G.J.G. Factores maternos asociados a la duración de la lactancia en áreas periféricas de Guadalajara, México. **Bol. of Sanit. Panam.**, v.115, n.2, p.118-127, 1993.

VICTORA, C.G.; BARROS, F.C.; VAUGHAN, J.P. **Epidemiologia da Desigualdade**. São Paulo: Editora Hucitec, 1988. p. 117-128.

VIEIRA, G.O; SILVA, L.R.; VIEIRA, T.O. Alimentação infantil e morbidade por diarreia. **Jornal de Pediatria**, vol. 79, n. 5, 2003.

VILLALÓN, N.V.; ALVAREZ, P.C. Efecto a corto plazo del contacto precoz piel a piel sobre la lactancia materna en recién nacidos de término sanos. **Rev. Child. Pediatr.**, v.64, n.2, p. 124-128, 1993.

WAGNER, C.L. *et al.* **Factors influencing a mother's decision to breastfeed** Washington: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2000. p.435-436.

WHO. World Health Organization. **Recommended length of exclusive breast-feeding, age of introduction of complementary foods and the weaning dilemma**. Washington: WHO/CDD/EDP, 1992. 28p.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Fifty-fourth World Health Assembly: Infant and young child nutrition**. World Health Assembly 54.2, Agenda item 13.1, 18 maio, 2001.

ZACCARIN, S.; RIVELLINI, G. **Reti di relazioni e comportamento individuale. L'approccio della social network analysis**. Trieste, 2000. (paper n.71). Disponível em:<<http://www.univ.trieste.it/>>. Acesso em: out 2005.



**APÊNDICE A**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY  
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA - CURSO DE DOUTORADO

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_

Ao Presidente da Associação dos Moradores da Comunidade Morro dos Cabritos

Venho por meio deste, solicitar a vossa ciência para realização do estudo intitulado: “A mulher que amamenta e suas relações sociais: uma perspectiva compreensiva de promoção e apoio”, que tem como objetivos: - descrever a rede social das mulheres que amamentam; - compreender o significado da relação da mulher com a sua rede social e - analisar compreensivamente o significado da rede social para a prática da amamentação. Em outras palavras, este estudo visa: verificar qual é a rede de relacionamentos que as mulheres podem contar no período em que estão amamentando, qual é o significado destes relacionamentos e compreender de que forma esses relacionamentos influenciam na prática da amamentação.

Esta pesquisa tem como orientadora a Profa. Dra. Ivís Emília de Oliveira Souza. E será desenvolvida por mim, junto às mulheres residentes nesta comunidade, que possuem filhos com menos de seis meses de idade e estiverem amamentando.

Para a coleta das informações serão realizadas entrevistas com as mulheres em seus domicílios e em uma sala do Centro Educacional Cantinho da Natureza. Sendo que anteriormente, tais mães serão esclarecidas quanto os objetivos da pesquisa, livre participação e sigilo pessoal e convidadas a assinar um termo de consentimento, no ato da entrevista.

Desde já agradeço.

\_\_\_\_\_  
Maria Helena do Nascimento Souza

ciente:

\_\_\_\_\_  
Presidente da Assoc. de Moradores

**APÊNDICE B****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você foi selecionada e está sendo convidada para participar da pesquisa intitulada: “A mulher que amamenta e suas relações sociais: uma perspectiva compreensiva de promoção e apoio”, que tem como objetivos: verificar qual é a rede de relacionamentos que as mulheres podem contar no período em que estão amamentando, qual é o significado destes relacionamentos e compreender de que forma esses relacionamentos influenciam na prática da amamentação.

Gostaria de contar com sua colaboração, participando de entrevistas previamente agendadas em uma sala do Centro Educacional Cantinho da Natureza.

A sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. No final da entrevista você poderá escolher outro nome, para a identificação do seu depoimento. Desta forma, os resultados da pesquisa serão divulgados em meio científico, preservando o seu anonimato.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

---

Maria Helena do Nascimento Souza

End: Rua Afonso Cavalcanti, 275 2º andar - Cidade Nova - Fone: 22938899 ou 81023619

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_

Declaro estar ciente do inteiro teor deste Termo de Consentimento e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer tipo de punição ou constrangimento.

---

Participante

## APÊNDICE C

### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: \_\_\_\_\_ Pseudônimo: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Mora com o companheiro ( ) sim ( ) não  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
 Naturalidade: \_\_\_\_\_ Tempo de Moradia na Comunidade: \_\_\_\_\_  
 Ocupação: \_\_\_\_\_ Licença Maternidade? ( ) sim ( ) não  
 Tipo de Casa: \_\_\_\_\_ Nº de cômodos: \_\_\_\_\_ Nº de pessoas: \_\_\_\_\_  
 Nº de filhos: \_\_\_\_\_

	Idade	Tempo de aleitamento materno exclusivo	Tempo de aleitamento materno total
Filho 1			
Filho 2			
Filho 3			
Filho 4			
Filho 5			

Nome da Criança atual: \_\_\_\_\_ Idade da Criança: \_\_\_\_\_ meses

Realizou Pré-Natal? ( ) sim ( ) não

Tempo de aleitamento materno exclusivo: \_\_\_\_\_

Tempo de aleitamento materno total: \_\_\_\_\_

Em aleitamento materno exclusivo: \_\_\_\_\_



## **APÊNDICE D**

### **ROTEIRO DE ENTREVISTA**

1. Fale-me quais são as pessoas que estão presentes na sua vida (parentes, vizinhos, amigos, colegas, pessoas de associações, instituições ou do trabalho).
2. Observando estes quadros (Anexo B), vamos tentar fazer um desenho mostrando a sua relação com estas pessoas. Em relação a você, como estas pessoas estão (próximas ou distantes) e qual tipo de vínculo você tem com elas?
3. Dentre essas pessoas quem está (estava) envolvida com você durante o período em que você estava oferecendo leite materno para o seu filho?
4. Em algum momento você precisou de ajuda ou teve alguma dificuldade para amamentar a criança? Com que você contou?
5. Por que você procurou ou contou com essa pessoa?
6. O que você tem em vista quando se relaciona com ela?









**ANEXO A**

**PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

**ANEXO B****REPRESENTAÇÃO GEOMÉTRICA DE TIPOS DE REDE E  
REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DOS TIPOS DE VÍNCULO NA REDE SOCIAL**

## ANEXO B

QUADRO 1 – REPRESENTAÇÃO GEOMÉTRICA DE TIPOS DE REDE	
Tipos de rede	Figuras geométricas
Redes primárias (reciprocidade)	 <p>família pais vizinhos amigos colegas</p>
Redes secundárias formais (trocas de direitos)	 <p>instituições de assistência intervenções de saúde instituições de educação instituições de reabilitação</p>
Redes secundárias informais (trocas de serviço e solidariedade)	
Redes secundárias do terceiro setor (trocas de sublealdade e de direito)	 <p>voluntariado organizado, cooperativas sociais, associações e fundações</p>
Redes secundárias de mercado (trocas de dinheiro)	 <p>empresas, fábricas e negócios</p>
Redes secundárias mistas (trocas de direito e de dinheiro)	 <p>casa de saúde (recuperação) e hospitais privados</p>




QUADRO 2 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DOS TIPOS DE VÍNCULOS NA REDE SOCIAL	
Tipos de vínculo	Representação Gráfica
NORMAL	
FORTE	
FRÁGIL	
CONFLITUOSO	
ROMPIDO	
INTERROMPIDO	
DESCONTÍNUO	
AMBIVALENTE (Quando no relacionamento entre duas pessoas se estabelecem tipos de vínculos diferentes, ou seja, a pessoa A possui um vínculo fraco com B e B possui um vínculo descontinuo em relação a A)	



Fig. 23 – A rede social da mulher que amamenta

