



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

HERIKA MENESES DA SILVA GOMES

**Uma Revisão da literatura que analisa as
Políticas de Amamentação sob a perspectiva de Gênero**

BRASÍLIA
2018

**Uma Revisão da literatura que analisa as
Políticas de Amamentação sob a perspectiva de Gênero**

Herika Meneses da Silva Gomes

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado Faculdade de Ceilândia
da Universidade de Brasília para
obtenção do título de Bacharel em
Saúde Coletiva.

Orientadora: Professora Dr^a. Silvia Badim

Ceilândia
2018

Herika Meneses da Silva Gomes

**Uma Revisão da literatura que analisa as
Políticas de Amamentação sob a perspectiva de Gênero**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva pelo Curso de Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília.

Aprovado em : ____/____/2018.

BANCA EXAMINADORA

Profª Dra. Silvia Badim
Instituição: Universidade de Brasília
Orientadora

Profª Dra Patrícia Resende
Instituição: Universidade de Brasília

Prof. Dr. José Antônio Iturri de La Mata
Instituição: Universidade de Brasília

Agradecimentos

A Deus que me abençoou e me ajudou durante todo o percurso acadêmico, a minha família que sempre estiveram presentes, meu esposo Emerson e minhas filhas Emanuely e M^a Eduarda, meu alicerce e porto seguro. Aos meus pais e irmãos que me incentivaram e motivaram em momentos difíceis.

Aos mestres que tive o privilégio em conhecer, Prof^a Dra Silvia Badim, muito querida e atenciosa, a Prof^a. Dra Priscila Almeida, ser humano incrível que com palavras suaves e motivadoras, deixou a graduação mais agradável e ao Prof. Dr. Jose Antonio Iturri de La Mata que com total paciência me ajudou no início desse trabalho.

Aos amigos que conheci durante a vida acadêmica, em especial Patrícia Cerqueira, Diala Barros, Daniela Ketlyn, pessoas maravilhosas e honestas que compartilhei histórias e risadas que vou levar sempre em meu coração.

GOMES, Herika Meneses da Silva. Revisão Bibliográfica sobre Políticas de amamentação e saúde feminina, um olhar dentro da perspectiva de gênero. Trabalho de Conclusão de Curso (Saúde Coletiva) – Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília, Ceilândia, Julho de 2018.

Resumo

Introdução. O aleitamento materno é considerado o mais importante alimento para o desenvolvimento do recém-nascido, além disso, traz inúmeros benefícios à saúde da mãe e também para sociedade, impactando na economia do Estado e no meio ambiente, no entanto, dados apontam que a prática ainda não alcançou os níveis indicados pela OMS. Entretanto, ressalta-se que o sucesso da amamentação não depende unicamente do binômio mãe e filho, alguns fatores são essenciais para o triunfo da prática. **Objetivos:** O presente estudo visou analisar as principais políticas de aleitamento materno no Brasil, buscando identificar de que forma a saúde das mulheres é abordada por tais políticas sob a perspectiva de gênero. **Método:** Trata-se de uma revisão bibliográfica integrativa, esse modelo permite a síntese de dados já publicados sobre o referido tema, possibilitando a análise e formulação de novos resultados. Foram selecionados 40 artigos, também foram utilizados teses de mestrado e doutorado para as análises do estudo. **Considerações Finais:** O aleitamento materno é a principal fonte de nutrientes para o recém-nascido, rico em proteínas e ocitocinas que atuam com uma vacina protetora, agindo também no combate a doenças e infecções oportunistas. A partir de modificações socioculturais e do marketing de fórmulas artificiais, o aleitamento foi desvalorizado chamando a atenção de organismos nacionais e internacionais como Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde, desde então várias estratégias foram pensadas para resgatar a prática e promover a saúde da criança. No entanto, percebe-se que nas políticas públicas de aleitamento o cuidado com o bebê se sobrepõe a qualquer cuidado com a saúde das mulheres, atrelando a responsabilidade da maternidade somente a ela, compreendendo assim que, a consideração às necessidades da mulher geralmente são negligenciadas. Percebeu-se então que, para compreensão da saúde e ampliação dos serviços de saúde que atenda a singularidade de cada mulher dentro do contexto social em que ela vive, com vista a proporcionar promoção da saúde, fatores importantes como integralidade e autonomia principalmente no que tange a saúde feminina e a saúde materno-infantil são essenciais .

Palavras-chave: política de saúde materno-infantil, saúde da mulher, gênero e mercado de trabalho, aleitamento materno e integralidade.

Lista de Abreviaturas

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para Infância

IHAC - Iniciativa Hospital Amigo da Criança

PNIAM - Política Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno

RBLH - Rede de Banco de Leite Humano

PAISM - Programa Integral de Saúde da Mulher

PNAISM - Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

PNHPN - Programa de Humanização do Pré-Natal

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

OIT - Organização Internacional do Trabalho

INAN - Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição

OPAS - Organização Pan Americana da Saúde - OPAS

NBCAL - Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes, Bicos, Chupetas e Mamadeiras

IFF - Instituto Fernandes Figueira

CRNBLH - Centro de Referência Nacional para Bancos de Leite Humano

ABC - Agência Brasileira de Cooperação

AISA - Assessoria Internacional

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

Sumário

| | |
|---|-----------|
| 1) INTRODUÇÃO | 8 |
| 2) JUSTIFICATIVA | 13 |
| 3) OBJETIVOS | 15 |
| 4) METODOLOGIA | 16 |
| 5) REFERENCIAL TEÓRICO | 17 |
| 5.1 PROMOÇÃO À SAÚDE E SOBRE O DIREITO À SAÚDE DAS MULHERES E BEBÊS | 17 |
| 5.2 GÊNERO E INTRODUÇÃO DE POLÍTICAS | 23 |
| 5.2.1 Banco de Leite Humano (BLH) | 25 |
| 5.2.2 Iniciativa Hospital amigo da Criança | 27 |
| 5.3 DIFERENÇA QUANTO A INSERÇÃO DA MULHER NO MERCADO DE TRABALHO E O QUANTO A CONDIÇÃO MATERNA É FATOR QUE DESVALORIZA SUA CONTRATAÇÃO E POSIÇÃO EM RELAÇÃO AOS HOMENS | 29 |
| 6) RESULTADOS E DISCUSSÕES | 33 |
| 7) CONCLUSÃO | 50 |
| 8) REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 52 |

1. Introdução

O aleitamento materno é considerado o alimento mais completo para o recém-nascido, através de inúmeros estudos científicos foi possível comprovar que a composição do leite é formada de elementos como sais minerais, lipídios, imunoglobulinas e outros nutrientes essenciais para o bom desenvolvimento do bebê, ademais o primeiro leite, chamado de colostro rico é em nutrientes que age no organismo do recém-nascido como uma vacina protetora, fortalecendo seu sistema imunológico e estimulando a defesa do organismo contra possíveis infecções. (ODDY, 2013).

Além disso, o Ministério da Saúde (MS) recomenda amamentação exclusiva até o sexto mês de vida visto que sua digestão é mais rápida se comparado a leites artificiais, agindo como uma vacina protetora, após esse período é indicado introduzir alimentos saudáveis, intercalando com a amamentação, sugerida até dois anos de idade, com vista a assegurar o crescimento e desenvolvimento da criança, repercutindo no desenvolvimento cognitivo, na respiração, no desenvolvimento da face da e da fala da criança. (BRASIL, 2018).

No entanto, a mulher sempre procurou meios alternativos para alimentar seus filhos substituindo o leite materno por outros alimentos. Segundo MONTEIRO (2011) artigos arqueológicos como mamadeiras e xícaras com biqueiras de 888 a 2000 a.C, foram encontrados nos jazigos de crianças, e são considerados comprovações desse comportamento.

No século XVII ocorria o que era chamado de amamentação mercenária, onde surgiu a figura das ama de leite, os profissionais de saúde, principalmente os médicos, incentivaram complementar o aleitamento com leite de vaca, além disso, estabeleciam regras quanto ao manejo com o bebê e tempos rígidos para a amamentação, permitindo às mães maior independência. (MONTEIRO, 2011).

Fatores psicológicos, sociais e culturais podem ser colocados como decisivos para o ato e MARQUES, (2011) aponta que a amamentação é uma prática construída, envolve profissionais de saúde, familiares e sociedade,

repassada entre as gerações pressionando a nutriz a amamentar ou a culpabilizando pelo insucesso da prática, outros fatores como o mito de pouco leite é determinante para que a mulher introduza o leite de vaca na alimentação da criança, por considerarem que o filho não está sendo bem nutrido, falar que o bebê não consegue pegar no peito e o medo de os seios caírem com a lactação são apontados como fatores de desistência.

A amamentação também é comprometida quando as mulheres voltam ao mercado de trabalho, mesmo diante as conquistas de leis trabalhista e leis que incentivam o aleitamento materno, muitas mulheres desistem da prática visto a dificuldades impostas por empresas privadas seja pela falta de estabilidade ou por não oferecem creches próximas ao local de trabalho, pela inflexibilidade para negociações de horas, pela distância do local de trabalho até a residência e pela precariedade do transporte público acarretando em várias horas perdidas até chegar ao destino final (BRASILEIRO, 2009).

A divisão sexual do trabalho, o capitalismo e a consolidação da mulher no mercado de trabalho que possibilitou a conquista e independência financeira foram modificações sociais e culturais que impactaram para a prática do aleitamento materno, a busca por direitos femininos e questões relacionadas à maternidade e saúde da mulher teve um impulso em meados do século XX, o papel de grupos feministas foram primordiais nesse processo, a categoria gênero foi restabelecida e utilizada para analisar as desigualdades entre homens e mulheres, no qual passou a questionar a naturalização da dualidade sexual na sociedade. (KALIL, 2013).

Nesse contexto, as indústrias alimentícias investiram mais ainda em produtos infantis, subsidiadas pelo governo e com ajuda dos profissionais de saúde, passaram a promover a introdução do leite artificial, afirmando que era o melhor alimento para crianças, eram também distribuídas para famílias carentes gratuitamente, além disso o marketing das fórmulas infantis foram propagadas rapidamente em revistas e em cartazes distribuídos em unidades de saúde, oferecendo às mulheres/mães mais autonomia e liberdade (GOMES, 2016; BRASIL, 2009).

Nesse mesmo período, a Organização Mundial da Saúde (OMS) percebeu que o índice de mortalidade infantil aumentou drasticamente e juntamente com o Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF) estabeleceram táticas para retomada da prática da amamentação a nível mundial, documento chamado Declaração de Innocenti cujo objetivo era promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, nesse momento foram desenvolvidas estratégias internacionais como a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) e no Brasil a Política Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) e a Rede de Banco de Leite Humano (rBLH), para resgatar e promover principalmente a saúde da criança conferindo a mãe tal responsabilidade. (CARVALHO 2014; UNICEF 1990).

Entretanto, ressalta-se que o sucesso da amamentação não depende unicamente do binômio mãe e filho, FALEIROS, 2006 aponta que vários fatores são essenciais para o triunfo da prática, nesse contexto é importante citar que os determinantes sociais, apoio familiar, e assistência dos serviços de saúde com profissionais acolhedores, com olhar diversificado e humanizado para mulheres que não se identificam com a amamentação, são determinantes para a promoção da saúde de mãe e filho.

A saúde da mulher sempre foi um tema negligenciado nas pautas políticas e de atuação do Estado. O movimento de mulheres, no entanto, principalmente a partir da segunda onda do movimento feminista, aponta diferenças sociais atribuídas à mulher, evidenciando a diferença de gênero entre feminino e masculino e que implicava na precariedade e inexistência de políticas voltadas para a saúde feminina, demonstrando a necessidade de criação de medidas transformadoras e de integralidade que as amparasse, não apenas no contexto biomédico mas em todas as dimensões de sua vida (FREITAS, 2009).

Após várias décadas de lutas e reivindicações, a saúde da mulher ganhou visibilidade ocorrendo transformações no que tange às políticas públicas de saúde acolhendo a mulher em toda sua totalidade. Com o lançamento do Programa Integral de Saúde da Mulher (PAISM) e mais tarde da Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), no qual de acordo com o Ministério da Saúde, (2013), a saúde mulher passou a ter maior

visibilidade para além do período gravídico e puerperal, este programa deu abertura para que se pensasse em um novo modelo de assistência a saúde feminina abrangendo também outros fatores como os determinantes sociais em saúde.

Nessa perspectiva, para entender os aspectos que determinem o estado de saúde, devem-se compreender também os fatores da vida social da mulher e que estão relacionadas condições nas quais elas nascem, crescem, vivem, trabalham, envelhecem, a etnia e a condição socioeconômica, fatores que segundo BARATA, (2009), altera o entendimento sobre essas necessidades, e que contribuem para as desigualdades de gênero impactando também no atendimento à saúde.

Para compreensão da saúde e ampliação dos serviços de saúde que atenda a singularidade de cada ser humano dentro do contexto social em que ele vive, abordagem amplamente discutida nos dias atuais, a humanização no atendimento é primordial para fornecer um serviço de qualidade e acolhedor, com vista a proporcionar promoção da saúde, fatores importantes para integralidade e autonomia, principalmente no que tange a saúde feminina. (ONIAS, 2013).

A ideologia biomédica historicamente afirma que a mulher é frágil e sensível, o que reforça a visão machista de que a elas é apenas atribuída responsabilidade da maternidade e aos homens a tutela do poder em todas as áreas da sociedade, no entanto a partir de estudos de gênero que se fortaleceram depois dos movimentos feministas, pautas importantes sobre a saúde da mulher passaram a ser discutidas e trouxeram maior visibilidade às necessidades em saúde que por muito tempo foram negligenciadas. A análise da saúde sob a perspectiva de gênero é importante para compreender os determinantes que podem influenciá-la, além de possibilitar articulação política que busque ampliar o acesso aos serviços de saúde para todos (KALIL, 2013).

Com isso, o presente trabalho identificou a necessidade em analisar as políticas que englobam a saúde da mulher, no que tange a promoção do aleitamento materno para além da perspectiva materno-infantil, buscando evidenciar como essas políticas contribuem para a promoção de sua saúde e

consideram, em seu âmbito, todas as questões de gênero que envolvem a mulher lactante, e não apenas para a saúde do recém-nascido e do bebê.

Buscou-se também compreender se as questões de gênero impostas às mulheres, como discriminações e violências cotidianas podem ser determinantes para o insucesso da amamentação, mesmo com o forte incentivo de órgãos internacionais como a OMS, UNICEF políticas e programas como a Política Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) e estratégias como a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) e rede de Banco de Leite Humano (rBLH).

2. Justificativa

O leite materno é o melhor alimento para o recém-nascido, seus nutrientes são completos para a necessidade da criança e capaz protegê-la contra diversas infecções e doenças. Desta forma, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) juntamente com o Ministério da Saúde recomendam amamentação exclusiva até o sexto mês de vida, após esse período recomenda introduzir outros alimentos, associado a amamentação, sugerida até dois anos de idade, com vista a assegurar o crescimento e desenvolvimento saudável da criança.

Segundo a Unicef (1990), vários esforços foram realizados com o intuito de promover a amamentação em todo o mundo a fim de reduzir as taxas de mortalidade neonatal. No Brasil, estratégias para promoção do aleitamento materno vêm sendo incorporadas desde a década de 80, principalmente após a criação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) , - ações como implantação e ampliação da rede de Bancos de Leite Humano (rBLH), Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) foram as que mais se destacaram.

Entretanto ressalta-se que o sucesso da amamentação depende de processos que vão além do contato entre mãe e filho, fatores externos como os determinantes sociais, apoio familiar, acompanhamento pré-natal por profissionais humanizados além de políticas acolhedoras para mulheres que não se identificam ou que possuem muitas dificuldade para amamentar, são essenciais para o triunfo da prática.

A dualidade sexual, divisão do trabalho, e desigualdades sociais características das diferenças de gênero foram fatores que atribuíram unicamente a mulher,- pelo fato de ser biologicamente apta a amamentar-, a responsabilização pelo cuidado com o bebê, desfavorecendo-a em outros aspectos de sua vida. No entanto, a partir da inserção da mulher no mercado de trabalho, pode-se perceber que as políticas públicas não alcançaram suas necessidades. E nem, tampouco, tangenciaram as desigualdades de gênero e as tantas violências a que as mulheres estão submetidas na sociedade.

As múltiplas funções desenvolvidas por elas, a dupla jornada de trabalho e a falta de suporte de empresas e as dificuldades de quem necessita de amparo em vários aspectos de sua vida, acabam por dificultar o retorno da mulher ao serviço em especial na esfera privada. No que se refere à amamentação, nota-se que ao retornarem da licença maternidade, muitas mulheres deixam de amamentar, visto a grande dificuldade em negociar horários, pela instabilidade que as empresas particulares apresentam e também por não oferecem suporte adequado para que as mães deem continuidade à prática da amamentação. E, também, nota-se que não há uma preocupação com a saúde da mulher neste contexto, incluindo a saúde mental, fator decisivo para que, tantas vezes, a amamentação seja uma relação construída de forma saudável para as mulheres, e que obtenha sucesso na nutrição adequada dos bebês.

Nesse sentido o presente trabalho viu a necessidade de buscar na literatura as principais políticas de incentivo ao aleitamento materno e se essas políticas contribuíram para a promoção da saúde da mulher, não apenas no contexto gravídico puerperal mas em todas as dimensões de sua vida, outro fator importante é compreender se as diferenças construídas pela sociedade em relação ao gênero são motivadoras para o insucesso da amamentação, mesmo com o forte incentivo de órgãos internacionais como a OMS, UNICEF políticas e programas como a Política Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) e estratégias como a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) e rede de Banco de Leite Humano (rBLH).

3. Objetivos

Objetivo Geral

- Analisar as Políticas Públicas de promoção do aleitamento materno no Brasil, buscando identificar de que forma a saúde das mulheres é abordada por tais políticas, e de que forma as questões de gênero porventura existentes dialogam com a saúde materno-infantil.

Objetivo Específico

- Traçar um panorama sobre as Políticas de Promoção ao aleitamento materno no Brasil.
- Traçar um panorama sobre o direito à saúde das mulheres, sob a perspectiva de gênero.
- Realizar revisão bibliográfica buscando identificar as principais produções sobre políticas públicas de promoção ao aleitamento materno no Brasil;
- Verificar se a questão de gênero está presente nas políticas e na produção científica sobre o tema, e se esta traz algum limite para o incentivo ao aleitamento materno.

4. Metodologia

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica acerca das políticas de promoção ao aleitamento materno, saúde materno-infantil e saúde feminina sob o olhar da perspectiva de gênero de acordo com o princípio da Integralidade do cuidado à saúde das mulheres, que engloba não só a promoção da saúde do recém-nascido e do bebê, mas também às mulheres que não se identificam com a maternidade e mulheres que possuem diferentes padrões de vida e sofrem diversos tipos de opressão que acabam por dificultar o processo de amamentação.

Segundo aponta BOTELHO, (2011) a revisão bibliográfica integrativa é a análise de estudos já publicados sobre determinado tema, permitindo a sintetização dos dados e possibilitando a geração de novos conhecimentos elencados em resultados já apresentados por pesquisas anteriores.

O presente estudo propõe verificar as principais estratégias políticas para a promoção do aleitamento materno no Brasil, tendo como destaque a Iniciativa Hospital Amigo da Criança e Banco de Leite Humano que foram implementadas para a promoção da saúde da criança a partir da Política Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) e sobre as Políticas (PAISM) e (PNAISM) que deram maior visibilidade a saúde da mulher não apenas no contexto biológico materno puerperal, mas em todas as dimensões de sua vida.

Para construção dessa pesquisa, foram consultadas as bases de dados Scielo e BVS, entre os períodos de 2006 a 2018, no qual foram selecionados 40 artigos que discorriam sobre a importância do aleitamento materno em várias dimensões dentro da sociedade, além das Políticas sobre a PNIAM, IHAC e BLH, gênero e saúde da mulher, também inclusos teses, livros e site oficiais do governo e de Organismos Internacionais relacionados ao tema. Os descritores selecionados para esta revisão bibliográfica foram: política de saúde materno-infantil, saúde da mulher, gênero e mercado de trabalho, aleitamento materno e integralidade. Todos os artigos selecionados para esta revisão abordam os assuntos relativos às políticas de amamentação, e políticas que englobam a saúde da mulher não apenas no contexto gravídico puerperal,

mas em todas dimensões de sua vida, compreendendo se as diferenças construídas pela sociedade em relação ao gênero são motivadoras para o insucesso da amamentação. Após o levantamento dos artigos, foi realizada a organização, leitura e separação de acordo com as temáticas de interesse para a pesquisa. Os critérios de inclusão utilizados foram seleção de artigos no período de 2006 a 2018, que abordam os benefícios do aleitamento materno em três aspectos principais: saúde do bebê, saúde da mãe e benefícios para a sociedade e serviços de saúde; artigos que relatam as diferenças de gênero como dificuldade para mulher no mercado de trabalho e artigos que relatam a evolução das políticas de aleitamento materno e políticas para promoção da saúde feminina. E o critério de exclusão foram artigos em inglês, artigos que não explanavam sobre o histórico social da saúde da mulher desde a década de 70 até os dias atuais, artigos que abordam a desistência da amamentação por questões de enfermidades relacionadas a mulher/mãe, bem como aqueles que não relacionavam a amamentação como uma prática construída socialmente sendo responsabilidade unicamente da mulher.

5. Referencial Teórico

5.1 Promoção à saúde e sobre o direito à saúde das mulheres e bebês

O aleitamento materno é considerado o mais completo alimento para o recém-nascido, sua composição é formada de elementos como sais minerais, lipídios, imunoglobulinas e outros nutrientes essenciais para o bom desenvolvimento do bebê, ademais, ODDY (2013), aponta que o primeiro leite, chamado de colostro possui uma abundância de ocitocinas que são primordiais, sugerindo que esses componentes bioativos do leite podem ser importantes para o desenvolvimento neonatal.

De acordo com SOUZA, (2013), colocar o bebê imediatamente após nascimento em contato com a mãe e dar incentivo à amamentação na primeira hora, protege o organismo da criança contra fatores patológicos encontrados no ambiente que são desconhecidos para seu organismo sensível, além de ser um ato de amor que a mãe oferece ao bebê, o ato de amamentar favorece o

estreitamento de vínculo e é a melhor maneira de proporcionar alimentação saudável para o recém-nascido.

O leite humano é o alimento que pode garantir o combate à mortalidade infantil, pois previne doenças como a diarreia e infecções, LANSKY, (2014) apontam que o principal componente da mortalidade infantil atualmente é o neonatal precoce (0-6 dias de vida) e grande parte das mortes infantis acontece nas primeiras 24 horas (25%). No Brasil, o índice mortalidade em crianças no primeiro ano de vida também é muito elevado, dados do Ministério da Saúde informam que no ano de 2015, o número de mortes de neonatal precoce foram de 21,001, representando 41% dos casos, dados considerados elevados visto que as políticas para promoção da saúde da criança são constantemente aprimoradas.(LANSKY, 2017).

Segundo MARQUES, (2011), o leite materno ao ser comparado com formulas infantil, possui vantagem por ser natural e sem custos adicionais, para mais, o leite materno é sustentável e renovável, não traz em sua composição poluentes e nem agride a natureza, em contraste a isto, as fórmulas necessitam de vários tipos de matérias prima, demandam tempo e custo para que chegue ao produto final.

“...energia para fabricação, materiais para embalagem, combustível para transporte e distribuição de água, combustíveis e agentes de limpeza para preparação e uso diário... Estima-se que mais de 4000 litros de água sejam necessários no processo industrial para produzir somente 1 kg de pó substituto do leite materno”. (COUTSODIS, 2008; LINNECAR, 2014 citado por ROLLINS, 2016 p.37).

Apesar de a literatura apresentar dados consistentes sobre o benefício do aleitamento materno para saúde da criança, o processo de amamentação é bem mais complexo e vai além de aspectos impostos por parte de organismos internacionais como a OMS e Unicef, de que é necessário melhorar a saúde do recém-nascido através da amamentação para prevenção da desnutrição e de outros agravos como doenças infecciosas, do combate a mortalidade infantil e do combate ao uso de leites artificiais através da aprovação do Código

Internacional de Comercialização de Substituto do Leite Materno (AMORIM, 2008).

Para entendê-lo e para obtenção de aspectos benéficos para saúde decorrente desse processo, torna-se imprescindível analisar os determinantes que envolvem a vida da mulher, desde a construção social em que no decorrer do tempo, imputou a elas ideologias subalternas, diferenças de cuidado, atenção e direitos, inferiores ao sexo oposto. Muito importante observar que os profissionais de saúde geralmente agem como se como se existissem apenas um padrão feminino, não considerando as múltiplas identidades existentes, isso retrata que o cuidado em saúde está focado ainda às questões de reprodução, COELHO (2009).

Mulheres que não se identificam com a maternidade, mulheres que não possuem relação heterossexual, mulheres com diferentes padrões econômicos e sociais, de diferentes realidades, impondo a existência de apenas um modelo tanto para configuração da mulher como para o atendimento, OSTERMANN (2014), evidencia isso ao citar que quando a mulher tem o desejo de realizar procedimentos para esterilização mesmo sem filhos e sem alguma vinculação matrimonial, percebe-se a resistência e questionamento por alguns profissionais visto a escolha dela.

A cultura de submissão e discriminação, segundo COELHO, (2009) pode ser evidenciada em situações de atendimento a mulher principalmente quando é relacionado aos direitos sexuais e reprodutivos, o desrespeito e a desigualdade podem ser visto principalmente quando a mulher vai ao serviço de saúde e não encontra profissional para atender a sua necessidade por já terem atendido a quantidade de pacientes estabelecidas naquele dia, ou negam atendimento por ela não está com a consulta marcada, limitando a liberdade das mulheres na busca pelo atendimento.

Nesse contexto, a integralidade de acesso ao serviço de saúde é uma ferramenta assistencialista que busca compreender as necessidades que engloba a vida do ser humano e que está diretamente ligada a humanização, no qual busca oferecer ao paciente atendimento com qualificação, atentando a todas as esferas que compõem sua vida, aos determinantes sociais que o

envolvem, promovendo ações de promoção à saúde, prevenção de doenças, tratamentos e reabilitação (MEDEIROS, 2009).

Podendo ser percebida em algumas políticas destinadas a saúde da mulher como a PAISM e PNAISM, a integralidade busca fornecer atenção a saúde às necessidades que vão além do contexto biológico, considerando toda sua totalidade, nesse sentido, ela é materializada em ações de acolhimento através da escuta qualificada para cada demanda que surge, estabelecendo confiança entre paciente de diferentes realidades, gênero, classe social, raça/cor com o profissional de saúde, denotando ações de humanização (COELHO, 2009).

Para contemplar todas essas multiplicidades, o atendimento humanizado é um instrumento valioso, que possibilita a proporcionar a promoção da saúde. Ademais a humanização pode ser entendida como um processo reflexivo que oriente o profissional através dos valores e princípios dentro dos processos de trabalho às práticas de cuidado mediante tratamento digno e acolhedor ao paciente, assegurando assim acolhimento e dignidade fortalecendo as ações de integralidade e autonomia (ONIAS, 2013).

Para mulher isto é ainda mais relevante, visto que suas demandas são diversas e englobam aspectos como reprodução, sexualidade, desigualdades, cuidados de prevenção e promoção à saúde, aborto e doenças sexualmente transmissíveis, entre outros, que geralmente são temas estigmatizados e de difíceis diálogos, além dos aspectos sociais historicamente construídos sob a perspectiva de que a mulher é frágil, delicada e que pela sua condição biológica, são inferiores, conferindo assim, discriminação e violência em diversos aspectos de sua vida.

Ressalta-se a importância de olhar a mulher não apenas como ser biológico que é capaz de gestar, parir e nutrir seu filho existe uma real necessidade em olhar a mulher como um todo, considerar suas emoções e medos, suas limitações, o formato de família em que ela escolheu atentado às diferenças, a sua história de vida, para que não ocorra generalização por partes dos profissionais em que toda mulher seja capaz de amamentar, que toda mulher possui entendimento sobre seus direitos à saúde, direitos esses

previstos em lei e que a ampara e assegura atendimento de forma universal, integral e equânime em todas as fases de sua vida.

Durante a década 70, as Políticas de saúde materno-infantil atentavam prioritariamente somente em aspectos associados à mulher durante o período gravídico e puerperal, diante disso, os movimentos sociais de mulheres, desempenharam papel importante naquela época, referente à luta sobre uma atenção a saúde de maneira integral e não apenas ao ciclo da gestação e puerpério. (NETO, 2008).

Através dos movimentos feministas dessa mesma década, a questão da sexualidade feminina passou a tomar outro significado, oposto ao de apenas para procriação, no qual fornecesse a mulher atendimento integral conforme suas necessidades, acolhendo-a em sua totalidade, reconhecendo as diferenças sociais atribuídas ao gênero feminino nas diversas dimensões de sua vida. (FREITAS, 2009)

No ano de 1980, a Portaria 18 do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) do Ministério da Saúde, regulamentou o alojamento conjunto, considerado um avanço para o campo assistencial da saúde, pois proporcionou maior contato entre mãe e filho incentivando a amamentação, através disso, começou a ser pensando em um modelo assistencialista humanizado e integralizado para atendimento a mulher durante a gestação, parto e pós-parto. (Neto, 2008).

Assuntos como anticoncepção e saúde reprodutiva como direito, planejamento familiar, discriminação do aborto entre outros, foram amplamente discutidos, nesse contexto, LEITE (2009), menciona que o Ministério da Saúde em parceria com o grupo de mulheres e movimentos formados por profissionais da Unicamp que já atuavam em assuntos associados à saúde da mulher no Brasil, elaboraram algumas propostas em respostas as essas reivindicações, surgindo então o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM).

Lançado em 1983 e idealizado através de discussões de movimentos feministas e de outros setores sociais, cujo foco era a saúde da mulher não apenas no contexto biológico e reprodutivo, mas que abrangesse todas as suas necessidades como ser social, com ação diversificada para cada aspecto de

sua saúde, o PAISM trouxe um novo conceito e significado ao corpo feminino o que possibilitou redimensionar uma atenção total e integralizada a saúde da mulher, abrangendo também a elaboração de materiais educativos sob a ótica das relações de gênero no país (LEITE, 2009).

Trata-se de um documento histórico que incorporou o ideário feminista para a atenção à saúde integral, inclusive responsabilizando o estado brasileiro com os aspectos da saúde reprodutiva. Desta forma, as ações prioritárias foram definidas a partir das necessidades da população feminina. Isso significou uma ruptura com o modelo de atenção materno-infantil até então desenvolvido (Brasil, 2013).

Na esfera trabalhista houve diversas conquistas de amparo a saúde materno infantil, fixada na Consolidação das Leis Trabalhistas, dispostas nos artigos 389 (parágrafo um e dois) e 396 parágrafo único e após a Constituição Federal de 1988, a exemplo: direito reprodutivo, proteção a maternidade e à infância, licença maternidade de 120 dias sem prejuízo de salário e do emprego, licença paternidade, planejamento familiar, assistência aos dependentes do nascimento até seis anos, esse suporte legal denota a desconstrução daquele papel atribuído a mulher de servir apenas para reprodução, trazendo à tona a garantia da cidadania feminina.(Neto, 2008).

A partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) como sistema universal, integral, equânime e de participação social, a assistência voltada para a mulher e a criança foram fortalecidas, podendo ser observada com a criação do Estatuto da criança e do adolescente em 1990, esse estatuto tinha por intenção assegurar a gestante, mesmo aquelas com privação de liberdade, atendimento no sistema de saúde de atenção ao parto, puerpério e amamentação, garantindo humanização no atendimento materno infantil. Nessa mesma década a OMS e UNICEF criaram a Iniciativa Hospital Amigo da Criança(IHAC), estratégia global para alcançar o sucesso na amamentação, que foi apoiada também pelos países membros dentre eles o Brasil, que em conjunto com o Ministério da Saúde adotaram a IHAC estabelecendo critérios para credenciamento dos hospitais se tornarem amigos da criança. (Brasil. 2011).

De 2000 em diante surgiram outras políticas e programas que deram grande visibilidade a saúde da mulher e da criança, lançada em 2004, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) que abrange a integralidade e promoção da saúde foi também pensada e executada para preencher as lacunas ainda existentes, com propostas de inclusão voltadas a grupos de mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas demonstrando ações de acolhimento, humanização e equidade garantindo a promoção da saúde para esses grupos mais vulneráveis; Programa de Humanização do Pré-Natal (PNHPN) com foco a atendimento humanizado e de qualidade cujo objetivo era reduzir as taxa de mortalidade materna, perinatal e neonatal; Programa viva mulher como foco a prevenção do câncer de colo uterino e de mama; a agenda de compromisso para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil apresentou contribuições tanto para criança quanto para saúde da mulher com ações de melhoria, humanização, atenção ao parto, nascimento e puerpério. (Freitas, 2009; Neto 2008).

Visto a diversas estratégias e políticas construídas voltadas para assistência integral à saúde da mulher e da criança, ainda há um longo percurso que deve ser seguido, a resolutividade dos problemas sociais persistentes a população brasileira requer ações de integralidade de cuidados trabalhando conjuntamente com outros setores da sociedade, garantindo às mulheres autonomia sobre sua saúde, fazendo valer seus direitos embasados na Constituição Federal, Leis e Declarações universais no qual proporcionaram mudanças essenciais sob a ótica do que é ser mulher, trouxeram uma nova perspectiva voltada não apenas para a promoção a saúde materno-infantil mas também para a saúde da mulher com todas as suas multiplicidades, configurações e demandas.

5.2 Gênero e introdução das políticas.

Historicamente a figura feminina leva consigo a responsabilidade de ser mantenedora do lar, com o passar do tempo a mulher passou a se apropriar mais do seu corpo e da autonomia que antes a sociedade lhe negava, tornaram-se mais reflexivas, deixando de lado a visão de que o seu o papel era

unicamente para procriação, posição construída pela sociedade em que ela era responsável apenas pelos cuidados com o lar, filhos e marido, no entanto, esse novo comportamento, mais autônomo e independente, provocou a inquietação sobre diferenças em que as mulheres eram submetidas em relação ao sexo oposto dentro da sociedade. (KALIL, 2013, p.9).

No início do século XX, os movimentos feministas ganharam força, as reivindicações eram latentes e segundo KALIL, (2016), eram voltadas para o tratamento igualitário e de direitos, temáticas como maternidade e saúde também eram temas de discussão, com isso surge o fortalecimento e a inserção do conceito de gênero, termo utilizado para entender sobre as diferenças e relações de poder entre feminino e masculino dentro de uma sociedade.

O termo gênero passou a ser mais utilizado para melhor compreensão das indagações feministas que correspondiam entre outros aspectos, os padrões estabelecidos e aos papéis sociais de homens e mulheres na sociedade para o enfoque das desigualdades em saúde. Segundo BARATA, 2009, a palavra gênero está associada a comportamentos de grupos de sujeitos sociais, estabelece a comparação entre o feminino e o masculino na esfera social, que podem repercutir para o estado de saúde e para o uso dos serviços de saúde.

As conquistas de direitos e de independência fizeram com que as mulheres saíssem da posição de responsável insubstituível para o cuidado dos filhos e do lar, conquistaram autonomia e o mercado de trabalho, no entanto, para conciliar tantos afazeres, a chamada dupla jornada de trabalho, passaram a introduzir o leite artificial e outros alimentos como substitutos ao leite materno. Em função disso e de outros fatores já citados, dados do Ministério da Saúde, (BRASIL, 2009), apontam que o leite humano foi ainda mais desvalorizado, como consequência, os índices de mortalidade infantil expandiu demasiadamente, o reconhecimento da introdução de alimento industrializado ocasionou o aumento da mortalidade infantil, inquietando os organismos internacionais a promoverem estratégias de mudanças.

Diante das modificações socioculturais atribuídas a mulher e a prática do aleitamento materno, a Organização Mundial da Saúde (OMS), voltou sua atenção para estratégias que trouxeram mudanças impactantes para resgatar e incentivar a amamentação, no ano de 1981, depois de se reunir com o Fundos das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e com alguns países membros, dentre eles o Brasil, foi lançado o Código Internacional para o Comércio de Substitutos do Leite Materno, cujo seu objetivo era assegurar nutrição adequada para o recém nascido, tendo por base a proteção e promoção do aleitamento materno e assegurando o uso de substituto do leite materno quando necessário, porém, sob a forma adequada de comercialização e distribuição. Posteriormente, no ano de 1990, lançaram a Declaração de Inocent, documento que fortalecia, estimulava e incentivava a prática da amamentação através de estratégias e políticas sobre aleitamento materno, (WHO, 1990, BRASIL, 2009).

Novas estratégias passaram a ser implementadas no Brasil, com foco primordialmente a saúde da criança, a ênfase dada pelo governo sobre o risco do desmame precoce, culminou com o desenvolvimento de ações com vista a sensibilizar autoridades em saúde, políticos e meios de comunicação em prol do aleitamento materno, com auxílio de órgãos nacionais, Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), Ministério da Saúde (MS), e internacionais como OMS, UNICEF e da Organização Pan Americana da Saúde (OPAS), foram idealizadas estratégias relacionadas ao ato de amamentar. (BACCO, 2008 p.209).

No ano de 1981 aconteceu o lançamento do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), responsável pela coordenação das políticas em prol do aleitamento materno, desencadeando um movimento de valorização da prática da amamentação na sociedade, o PNIAM, no decorrer do tempo apresentou estratégias de incentivos a amamentação, políticas públicas voltadas à implementação de ações de qualidade para a saúde infantil, trazendo como consequência a diminuição da mortalidade neonatal no Brasil. (CARVALHO, 2010).

“... a partir da criação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno no início da década de 1980, várias ações de promoção, proteção e apoio ao AM passaram a ser desenvolvidas.

São exemplos: a elaboração e adoção da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL), o desenvolvimento de uma ampla rede de bancos de leite humano e a implementação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (VENÂNCIO 2016 p.2).”

5.2.1 Banco de leite Humano

Após a criação do (PNIAM) ocorrido no ano de 1981, os bancos de leite passaram a assumir outra postura, onde segundo MAIA (2006), um novo papel no cenário da saúde pública brasileira aconteceu, transformando-se em elementos estratégicos para as ações de promoção, proteção e apoio à amamentação.

“Um centro especializado, responsável pela promoção e o incentivo ao aleitamento materno e execução de atividades de coleta, processamento e controle de qualidade de colostro, leite de transição e leite humano maduro, para posterior distribuição, sob prescrição de médicos ou nutricionistas, sendo este obrigatoriamente vinculado a um hospital materno e/ou infantil. É uma instituição sem fins lucrativos, sendo vedada a comercialização dos produtos por ela distribuídos (ALMEIDA, 1999, p.104)”.

Como consequência ocorreu a progressividade do BLH, o Instituto Fernandes Figueira (IFF) investiu em pesquisas e desenvolvimentos tecnológicos de baixo custo para otimização dos processos, com vista a manter as propriedades nutricionais do leite humano para saúde infantil, além do mais foi implantado dentro desse Instituto o Centro de Referência Nacional para Bancos de Leite Humano (CRNBLH), além disso, ALMEIDA, (1999) destaca que este centro trabalhava com metodologias e tecnologias com foco na produção, absorção e difusão do conhecimento em diferentes níveis.

Em 1998 foi instituída a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano – rBLH-BR, projeto desenvolvido pela Fiocruz e instituída pela Portaria nº 812 de 27 de outubro de 1999, com ações voltadas para o trabalho em rede, cuja missão é a promoção da saúde materno-infantil, através de parcerias com vários atores da sociedade, instituições públicas e privadas, com vista a reduzir

a mortalidade neonatal e a melhorar os índices de aleitamento materno no país (RABUFFETTI, 2014). Portanto significou:

“Por um lado, importante decisão de política pública no campo da saúde e, de outro, sedimentou um novo modelo de gestão mais apropriado à realidade de expansão que se verificava naquele momento. A ideia de trabalho em rede se apresentava como solução apropriada (MAIA, 2006, p.288)”.

Com os resultados obtidos em âmbito nacional, a OMS reconheceu que o Brasil, através da iniciativa dos bancos de leite contribuiu para a redução da mortalidade infantil, esse reconhecimento culminou para a conquista do prêmio Sasakawa de Saúde, em 2001 durante a 54ª Assembleia Mundial da Saúde (RABUFFETTI, 2014, p.30). Os esforços desempenhados pela rede foi um grande marco para a política pública em saúde no Brasil, alcançou a visibilidade de órgãos internacionais o que levou a um ciclo de planejamentos com objetivo de compartilhar a experiência com outros países.

“Esse primeiro reconhecimento internacional deu início a um ciclo de projeção internacional da rBLH-BR. Em 2003, a Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS demandou as primeiras ações de cooperação com os países de América Latina para implantação e desenvolvimento de BLH, de forma de contribuir para a promoção da saúde nas Américas (REDEBLH, 2013)”.

O IV Congresso Brasileiro de BLH, II Congresso Internacional e o Fórum Latino-Americano foram realizados simultaneamente em Brasília no ano de 2005, resultou na elaboração de um documento chamado Carta de Brasília, cujo objetivo foi a definição de diretrizes para internacionalizar as práticas do Banco de leite Humano, com o propósito de construir a Rede Latino-americana de Bancos de Leite Humano. Ademais a carta proporcionou articular de forma interinstitucional entre Agência Brasileira de Cooperação – ABC, Assessoria Internacional - AISA e Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno e a Fiocruz. (RABUFFETTI , 2014).

A Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano demonstra que a boa articulação entre a política pública do Ministério da Saúde, ações

interinstitucionais, descentralização e investimento tecnológico foram alicerces para seu desenvolvimento, tornando-se a maior e mais complexa rede, além disso, é uma das estratégias que mais contribuiu para a promoção da saúde materno-infantil.

5.2.2 Iniciativa Hospital Amigo da Criança-IHAC

A partir de estudos realizados pela Organização Mundial da Saúde e do Fundo das Nações Unidas para Infância é recomendado aleitamento materno exclusivo até os seis primeiros meses de vida para assegurar o crescimento saudável da criança. Após esse período, recomenda-se introduzir outros alimentos para complementação nutricional e que seja associada à amamentação, sugerida até dois anos ou mais. (WHO,1990).

Diante disso, em 1990 foi criada a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (Ihac) que visa à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, ademais a iniciativa busca mobilizar a equipe de saúde para que modifiquem os índices de desmame precoce, influenciados por condutas e rotinas errôneas desses profissionais, (UNICEF, 1990). O Ministério da Saúde com vista a qualificar ainda mais a prática do cuidado em aleitamento materno, em conjunto com a PNIAM e com apoio do Unicef e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), aderiram no ano de 1992, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança.

“A Iniciativa Hospital Amigo da Criança certifica os hospitais que adotam práticas de promoção, proteção e apoio à amamentação. Nestes hospitais, desde o pré-natal até o puerpério, as mães são orientadas e incentivadas à amamentação com o objetivo de elevar os índices de aleitamento materno exclusivo e continuado. A IHAC capacita profissional de saúde e gestores de hospitais, realizando avaliações e repassando recursos especiais para as entidades credenciadas”. (IPEA, 2010 p.20).

Para se tornar Hospital Amigo da Criança, as instituições em saúde devem seguir os dez passos impostos para o sucesso do aleitamento materno e serão submetidos à avaliação de acordo com os critérios globais estabelecidos, são eles:

- 1)Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, que deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe do serviço;
- 2)Treinar toda a equipe, capacitando-a para implementar essa norma;
- 3)Informar todas as gestantes atendidas sobre as vantagens e o manejo da amamentação;
- 4)Ajudar a mãe a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto;
- 5)Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos;
- 6) Não dar a recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tenha indicação clínica;
- 7)Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia;
- 8)Encorajar a amamentação sob livre demanda;
- 9)Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas;
- 10)Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio à amamentação, para onde as mães devem ser encaminhadas por ocasião da alta hospitalar.

“A IHAC soma-se aos esforços do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM/MS), coordenado pelo Ministério da Saúde para: informar profissionais de saúde e o público em geral; trabalhar pela adoção de leis que protejam o trabalho da mulher que está amamentando; apoiar rotinas de serviços que promovam o aleitamento materno; combater a livre propaganda de leites artificiais para bebês, bem como bicos, chupetas e mamadeiras”. (UNICEF, 1990).

Segundo o Ministério da Saúde, no Brasil 41% das mães amamentam de forma exclusiva até os seis meses de vida do bebê, além disso as taxas de mortalidade infantil diminuiu 80% entre 1990 a 2014, passando de 66 a 12,9 para cada mil nascidos vivos, a Iniciativa Hospital amigo da criança é uma estratégia que contribuiu para esses índices, com 326 certificados em todo o país é uma das diversas ações que favorecem a expansão e a efetividade do aleitamento materno em todo território nacional.

5.3 Diferença quanto a inserção da mulher no mercado de trabalho e o quanto a condição materna é fator que desvaloriza sua contratação e posição em relação aos homens

A estereotipagem associada ao perfil feminino quando relacionado ao trabalho, construiu a imagem distorcida ao se tratar da mulher no mercado de trabalho. Segundo ANDRADE, 2016, o fato da mulher adentrar nesse ramo seria devido a falha do homem provedor ao não cumprimento do seu papel, a ideia que a mulher deve ocupar de forma secundária o mundo do trabalho, com renda instável e complementar, que seria insuficiente para o sustento da família, ou que esse espaço não é um lugar apropriado para elas

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), no terceiro trimestre de 2014, em relação à taxa de participação no mercado de trabalho, as mulheres representaram 50,4% e os homens 72,4%, diante dos determinantes e desigualdades sociais na população, pode ser observado que a mulher ainda é a mais prejudicada, pois é possível perceber que a imposição do cuidado doméstico atribuída a ela, a gestação, o fato de serem mães solteiras, e principalmente a questão de gênero foram determinantes para esse cenário.

Ao se tornarem mães as mulheres encontram maior dificuldade para ingressar no mercado de trabalho, visto que muitas empresas privadas se impõem em contratar mulheres com filhos, o que as levam a buscarem renda em empregos informais, isso pode ser justificado pelos dados da pesquisa em que a taxa de trabalhadores com carteira assinada também é menor para mulheres 71,1%, quando comparada a taxa dos homens que é de 76,8%. (PNAD, 2014).

Quando comparado à condição de ocupações, a PNAD aponta que em 2014, as mulheres foram as que mais trabalharam sem vínculo empregatício, exceto no trabalho doméstico no qual representaram cerca de 5,7% com carteira assinada e 5,6% sem carteira assinada, ao passo que o homem nas mesmas categorias representaram apenas 0,6%. Já no serviço público, as mulheres também estavam à frente dos homens representando 2,5% com carteira assinada enquanto eles eram apenas 1,8%.

Segundo a pesquisa, mesmo com maior grau de instrução a partir do ensino médio para o ano de 2014, onde o público feminino representou 60,5% contra 46% para o masculino, a participação das mulheres em cargos de maiores rendimento ainda foi menor quando comparado aos homens, e quanto maior o grau de instrução, maior também será o rendimento médio entre os sexos, entre aqueles com ensino superior completo, a mulher também apareceu em desvantagem, o rendimento médio é de 58,1% do rendimento masculino.

Cabe ressaltar que em muitos casos, a isenção da mulher no mercado de trabalho se dá em função de complementar a renda familiar, com isso a submissão em serviços com rendimento menores é mais ocupados por elas, outro fator importante segundo a pesquisa foi que, entre os anos de 2015 e 2016 ocorreu aumento da participação feminina no mercado de trabalho quando comparada a 2014, no entanto esse fato se deu devido ao período de recessão em que o país estava, nesse sentido, não indicou melhora efetiva no mercado para o público feminino. (OIT, 2018).

O desafio que a mulher enfrenta é visivelmente alarmante em relação ao mercado de trabalho, as diferenças de gênero estão presentes em vários aspectos e categorias trabalhistas, a taxa de desemprego é bastante alta, principalmente em países em desenvolvimento (baixa renda) e países emergentes (média renda) como o Brasil, ao passo que em países desenvolvidos essa diferença é mínima, apesar das conquistas das últimas décadas essas disparidades podem ser justificadas pela desigualdade nos salários, pela dupla jornada de trabalho no qual faz com que a mulher dê também suporte para a família e pela falta de políticas públicas moldadas para as demandas femininas. (OIT, 2018).

Segundo estudo publicado pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), o desemprego ainda é mais propenso para mulheres, cerca de 6%, o que remete a 0,8 pontos percentuais a mais quando comparada aos homens, a taxa global na força de trabalho feminina ficou em 48,5% cerca de 26,5 pontos abaixo da taxa dos homens para o ano de 2018, outro fator apontado pelo estudo é que para cada dez homens empregados apenas seis mulheres

estão empregadas, os cargos de gestão também são menos ocupados por elas.

Quanto à qualidade do emprego para o ano de 2018, segundo aponta o estudo, as mulheres são as que mais se submetem a serviços informais familiares e não remunerados, ou seja, elas participam ativamente nos negócios familiares, porém não usufruem dos benefícios da legislação trabalhista. Outro dado importante é sobre as mulheres empregadoras, a pesquisa aponta que no mundo todo os homens são quatro vezes mais empregadores, refletindo também na ocupação de cargos de gestão, onde eles também lideram.

Por fim e não menos importante é a inferência que algumas organizações têm relativo à contratação feminina, por serem serviços considerados secundários e instáveis, mas que produzem custos altos associados à maternidade, impactando em altas taxas de rotatividade e absenteísmo remetendo a ideia de apresentarem baixo grau de compromisso, sem perspectivas para horas extras e viagens corporativas, subtraindo delas a oportunidade em preencher posições de maior hierarquia. (ANDRADE, 2016).

Esses dados só confirmam as desigualdades de gênero existentes entre homens e mulheres e que para acabar com essas disparidades é necessário que a sociedade juntamente com gestores governamentais, desenvolva caminhos para alcançar a igualdade e políticas de proteção social para fornecer avanços no setor trabalhista sem qualquer tipo de discriminação, principalmente para classe feminina, visto que para elas a sobrecarga de atividades é bem maior, intensificando ainda mais sua jornada.

“As mudanças nas representações sobre o papel da mulher na sociedade, a emancipação feminina, as contradições sobre o trabalho e a vida reprodutiva constituíram outro conjunto de fatores que interferiram simultaneamente no condicionamento sociocultural da amamentação (BATINTER, 1985 citado por ALMEIDA, 2004 p.6)”.

Nas últimas décadas foram muitas mudanças e criação de políticas de saúde relacionada ao aleitamento materno, mas ainda existem barreiras que comprometem sua continuidade, segundo KALIL (2013), a modificação do discurso que passou a incentivar o aleitamento materno, enfatizando que todas as mulheres são capazes de amamentar, excluindo qualquer queixa ou dificuldade apresentada por elas, demonstra certa radicalização a favor do ato, visto que o aleitamento materno é uma prática complexa e o seu sucesso não depende apenas da mulher/mãe.

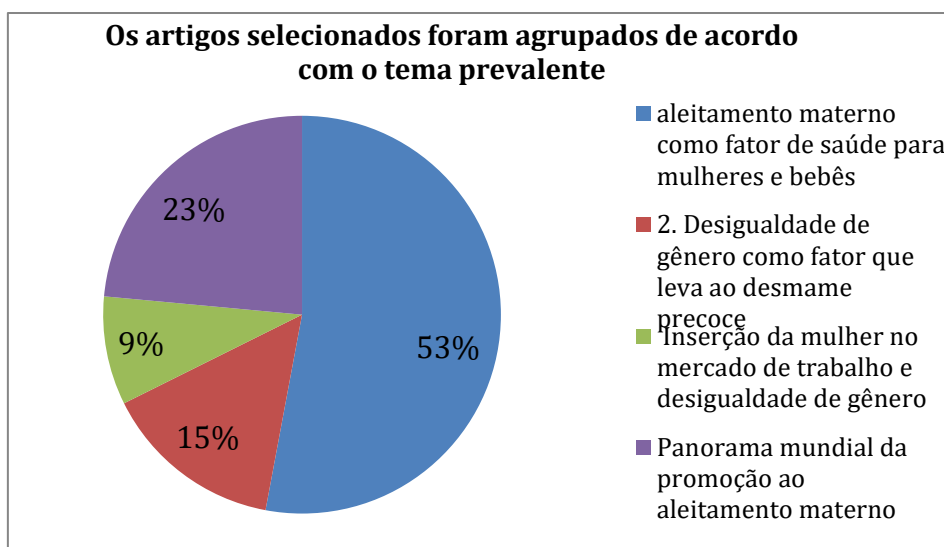
O comportamento da mulher com já citado, passou por muitas transformações principalmente após sua isenção no mercado de trabalho, no entanto ainda existe dentro da sociedade, a simbologia de que toda mulher é capaz de amamentar por ser um ato instintivo e biológico, atribuído a espécie humana do gênero feminino que procura responsabilizá-la e delinea uma construção social conferindo a ela o sucesso da prática ou a culpabilização dos problemas de saúde do bebê por não fazê-lo. (KALIL, 2017).

Os problemas apresentados por elas não podem ser subestimados, visto que muitas mulheres possuem dupla jornada de trabalho, dificuldades emocionais, inseguranças, sentimento de culpas que podem diretamente interferir na amamentação, além dos problemas sociais como a dificuldade em procurar auxílio nos serviços de saúde e o medo de não serem compreendidas pelo insucesso da amamentação.

6. Resultados e Discussões

Os artigos selecionados foram agrupados de acordo com o tema prevalente nos estudos identificados. Foram eles:

- 1) Aleitamento materno como fator de saúde para mulheres e bebês
- 2) Desigualdade de gênero como fator que leva ao desmame precoce
- 3) Inserção da mulher no mercado de trabalho e desigualdade de gênero
- 4) Panorama mundial da promoção ao aleitamento materno



Passaremos a seguir a análise dos artigos por grupo temático identificado.

1. Aleitamento materno como fator de saúde para mulheres e bebês

Para análise e entendimento sobre aleitamento materno com foco em aspectos positivos a saúde das mulheres e bebês, foram selecionados para essa parte do estudo 17 artigos e 1 obra da editora Fiocruz publicados entre os anos de 2006 a 2017.

Tabela 1

| Autores /Revista | Título | Objetivos | Metódo |
|--|--|--|--|
| WENDY, H. Oddy. J. Pediatr. (Rio J.) vol.89 no.2 Porto Alegre Mar./Apr. 2013. | Aleitamento materno na primeira hora de vida protege contra mortalidade neonatal. | O objetivo foi testar as associações entre a proporção de neonatos amamentados na primeira hora de vida e as taxas de mortalidade neonatal (número de óbitos de crianças com menos de 28 dias de vida por 1.000 nascidos vivos). | Relato sobre um estudo ecológico utilizando os dados de 67 países obtidos da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) até 2008, para avaliar a correlação entre o aleitamento materno na primeira hora de vida e as taxas de mortalidade neonatal. |
| SOUZA, Sarah Nancy. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(6):1186-1194, jun, 2013. | O aleitamento materno na perspectiva da vulnerabilidade programática e do cuidado. | Analisar criticamente, com base em experiências e reflexões narrada por profissionais de saúde, ações, situações e decisões | Estudo qualitativo, baseado no quadro conceitual da vulnerabilidade e do cuidado em saúde, utilizou grupos focais e entrevistas com 25 |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | que envolvem o aleitamento materno no âmbito dos serviços de saúde, examinando aspectos que favorecem ou restringem possibilidades de amamentação. | profissionais participantes do Comitê de Aleitamento Materno, em Londrina, Paraná, Brasil. O material produzido foi elaborado de forma compreensivo-interpretativa, com foco nas questões que envolvem o processo de amamentar, seus caminhos e decisões. |
| ANTUNES, Leonardo dos Santos. Ciência & Saúde Coletiva, 13(1):103-109, 2008. | Amamentação natural como fonte de prevenção em saúde. | Argumentar a importância da amamentação para a mãe e o bebê, dando estímulo à formulação de políticas e ações que priorizem a prática da amamentação através do seu estabelecimento como meta. | revisão de literatura discutida, argumentar com informações atuais e esclarecedoras os benefícios da amamentação dando estímulo à conscientização da sua importância e à formulação de políticas e ações, através do SUS, que priorizem a prática da amamentação como meta. |
| LANSKY, Sonia. Cad. Saúde Pública vol.30 s upl.1 Rio de Janeiro 2014. | Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. | O objetivo deste estudo foi analisar o perfil dos óbitos neonatais identificados na pesquisa nacional Nascer no Brasil e os fatores associados, considerando-se os aspectos contextuais socioeconômicos e demográficos, as características da gestante e do recém-nascido e o processo assistencial no pré-natal, no parto e nascimento. | Nascer no Brasil é um estudo nacional de base hospitalar composto por puérperas e seus recém-nascidos, realizado no período de fevereiro de 2011 a outubro de 2012, selecionada em três estágios. O primeiro, composto por hospitais com 500 ou mais partos/ano; O segundo foi composto por dias (mínimo de sete dias em cada hospital) e o terceiro composto pelas puérperas. |
| FRANÇA, Elisabeth Barboza. LANSKY, Sônia. Rev Bras Epidemiol MAIO 2017; 20 SUPPL 1: 46-60 | Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. | Analisar as taxas de mortalidade e as principais causas de morte na infância no Brasil e estados, entre 1990 e 2015, utilizando estimativas do estudo Carga Global de Doença (Global Burden of Disease – GBD) 2015. | As fontes de dados foram óbitos e nascimentos estimados com base nos dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), censos e pesquisas. Foram calculadas proporções e taxas por mil nascidos vivos (NV) para o total de óbitos e as principais causas de morte na infância. |

| | | | |
|--|--|---|---|
| <p>MARQUES, Emanuele Souza. Ciência & Saúde Coletiva, 16(5):2461-2468, 2011</p> | <p>Mitos e crenças sobre o aleitamento materno.</p> | <p>Analisar os principais mitos e crenças relacionados ao aleitamento materno, na perspectiva teórico-prática dos diferentes estudos presentes na literatura.</p> | <p>Os estudos foram obtidos através de revisão bibliográfica nas principais bases de dados (Medline, Lilacs, Scielo), utilizando os seguintes descritores: "Aleitamento materno", "Desmame", "Mitos" e "Crenças" (e suas versões em inglês e espanhol). Foram consultados também livros, teses, dissertações, publicações em órgãos internacionais e nacionais.</p> |
| <p>ROLLINS, Nigel. Revista The Lancet, v. 387, Jan 30, 2016,</p> | <p>Por que investir e o que será necessário para melhorar as práticas de amamentação.</p> | <p>Sumarizar a evidência sobre determinantes das práticas de amamentação, bem como as intervenções para melhorá-las.</p> | <p>Análise o efeito da indústria de substitutos do leite materno nas práticas de amamentação e exploramos as razões pelas quais alguns países têm sido mais bem-sucedidos na melhoria da amamentação do que outros. Também estimamos alguns dos custos econômicos e consequências ambientais da ausência da amamentação.</p> |
| <p>AMORIM, Suely. Rev. Estud. Fem. [online]. 2008, vol.16, n.2, pp.581-598. ISSN 0104-026X.</p> | <p>Aleitamento materno ou artificial: práticas ao sabor do contexto. Brasil (1960-1988).</p> | <p>Análise do discurso sobre o aleitamento, no período de 1960-1988, no Brasil, em reportagens veiculadas em revistas femininas de grande circulação no País.</p> | <p>O estudo é centrado na área de História, especialmente na história da alimentação, com uma abordagem interdisciplinar.</p> |
| <p>FALEIROS, Francisca Teresa. Veneziano. Rev.Nutr. vol.19 no.5 Campinas Sept./Oct. 2006</p> | <p>Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração.</p> | <p>Análise de diferentes fatores que podem influenciar na decisão das mães de amamentar, na duração da amamentação e as principais razões do desmame.</p> | <p>Foram selecionados artigos publicados entre 1990 e 2004 das bases de dados Lilacs, Medline, Scielo, Bireme, utilizando as palavras-chave: desmame e fatores de risco, bem como suas versões em inglês.</p> |

| | | | |
|---|--|---|--|
| <p>OSTERMANN AC, MENEGHEL SN. . Campinas: Editora Focruz, Mercado de Letras; 2012.</p> | <p>Humanização, Gênero e Poder: contribuições dos estudos de fala-em-interação para a atenção à saúde.</p> | <p>Trata-se de uma coletânea que aborda, a partir da análise das falas entre médicos e pacientes, o tipo de interação que costuma ocorrer entre esses atores durante consultas ginecológicas e obstétricas, buscando correlacionar os achados com o debate sobre humanização e gênero.</p> | <p>Trata-se de uma coletânea que aborda, a partir da análise das falas entre médicos e pacientes, o tipo de interação que costuma ocorrer entre esses atores durante consultas ginecológicas e obstétricas, buscando correlacionar os achados com o debate sobre humanização e gênero.</p> |
| <p>COELHO, Edméia de Almeida Cardoso. Esc Anna Nery Rev Enferm 2009 jan-mar; 13 (1): 154-160</p> | <p>INTEGRALIDADE DO CUIDADO À SAÚDE DA MULHER: LIMITES DA PRÁTICA PROFISSIONAL.</p> | <p>Trata-se de estudo exploratório de caráter qualitativo, que tem a integralidade como eixo teórico. Conforme já fundamentado, a integralidade, em sua perspectiva teórica, articula-se à qualidade formal e política do trabalho em saúde, valorizando as dimensões instrumentais, expressivas do processo de cuidar.</p> | <p>A política atual de atenção integral à saúde das mulheres propõe a incorporação do princípio da integralidade e da dimensão de gênero nas práticas profissionais. Tem abordagem qualitativa e foi realizado em uma unidade da rede básica de saúde, de Salvador-BA, com profissionais de níveis diferenciados de formação.</p> |
| <p>MEDEIROS, Patricia Flores. Estudos Feministas, Florianópolis, 17(1): 31-48, janeiro-abril/2009.</p> | <p>Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão.</p> | <p>Problematizar o que tomamos como integralidade na efetividade dos cuidados em relação à saúde da mulher.</p> | <p>Recorte no texto introdutório realizado pela Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, em sua página na Internet, como um exercício para circunscrever essa questão. Esse recorte do texto é dividido em três partes, sendo cada uma delas discutida por um eixo de formulações para problematizar a integralidade: a mulher como sujeito da saúde; o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) como a conformação de um determinado campo de saúde para mulheres; e a produção de conhecimento científico</p> |

| | | | |
|--|---|---|---|
| <p>ONIAS, Juvercina Maria Tobias da Costa Revista Científica do ITPAC, Araguaína, v.6, n.1, Pub.2, Janeiro 2013.</p> | <p>Humanização e integralidade da atenção à saúde reprodutiva da mulher no Sistema Único de Saúde.</p> | <p>O objetivo desse estudo é mostrar a importância da Política de Humanização no atendimento à mulher parturiente e seus familiares.</p> | <p>para o fazer no campo da saúde pública. levantamento bibliográfico por meio de leitura, pesquisa, compilações e transcrições textuais de autores nacionais e internacionais, obtido por meio de livros e artigos de revistas científicas especializadas e de conteúdo confiável em que abordam o tema Humanização integralidade da atenção à Saúde reprodutiva da mulher no Sistema Único de Saúde - SUS.</p> |
| <p>FREITAS, Giselle Lima. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009;11(2):424-8.</p> | <p>Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde</p> | <p>Objetivou-se analisar, epistemologicamente, os pressupostos da promoção da saúde da PNAISM.</p> | <p>Estudo reflexivo, baseado nos princípios e diretrizes da PNAISM e nos pressupostos da promoção da saúde apresentados nas cartas resultantes das conferências sobre promoção da saúde.</p> |
| <p>NETO, Edson Theodoro dos Santos. Saúde Soc. São Paulo, v.17, n.2, p.107-119, 2008</p> | <p>Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil.</p> | <p>Propõe a identificar as principais legislações que fundamentaram a formulação e a execução de políticas públicas para a saúde materno-infantil no Brasil, a partir da década de 1980, além de estabelecer as relações dessas políticas com indicadores de mortalidade materna e neonatal, no período de 1996 a 2005.</p> | <p>Pesquisa documental foi realizada para identificar as principais legislações aprovadas e políticas implementadas pelo Ministério da Saúde relacionadas à saúde materno-infantil; enquanto os dados referentes aos indicadores de saúde foram coletados nas bases de dados do SINASC e SIM e disponibilizados on-line.</p> |
| <p>LEITE. Ana Cristina da Nóbrega Marinho Torres. Hist. cienc. saude- Manguinhos [online]. 2009, vol.16, n.3, pp.705-714. ISSN 0104-5970.</p> | <p>Direitos femininos no Brasil: um enfoque na saúde materna.</p> | <p>Aborda a trajetória dos direitos femininos em saúde no Brasil, do período pós-guerra até os dias atuais com foco na saúde materna,</p> | <p>Levantamento histórico das iniciativas mais amplas do poder público no âmbito da saúde da mulher e da implantação de ações voltadas para assistência à gravidez, ao parto e puerpério, de estímulo à amamentação, e de medidas dirigidas às mulheres durante o período reprodutivo.</p> |

O leite materno é considerado o alimento mais saudável para o recém-nascido, sua composição é repleta de sais minerais, proteínas, água e sempre está na temperatura adequada para o consumo, age como proteção e combate infecções oportunistas ao organismo sensível do bebê, também é benéfico para saúde da mãe, pois à ajuda durante a recuperação pós parto, sendo também responsável pelo fortalecimento do vínculo entre ambos. (ODDY, 2013; ANTUNES, 2008 e SOUZA, 2013).

Responsável pela nutrição do bebê, o leite materno é fator importante no combate a desnutrição, favorecendo a diminuição da mortalidade infantil, em que sofreu redução de 67,6% de 1990 a 2015, esses dados comprovam a eficácia do aleitamento garantindo a promoção da saúde do bebê, ademais o leite humano pode ser considerado alimento sustentável por ser natural e por não acarretar custos para sua fabricação beneficiando o meio ambiente, contribuindo também para a economia do Estado, visto que quando a criança é alimentada com o leite materno as chances de desenvolverem doenças como infecções respiratórias, diarreias, diabetes e colesterol alto são reduzidas, conseqüentemente ocorre a diminuição na busca por serviços públicos de saúde como internações, fazendo com que a amamentação seja também considerada fator de lucratividade para o SUS.(MARQUES 2011, ROLLINS 2016, LANSKY, 2014, FRANÇA E LANSKY, 2017).

A recomendação da OMS, UNICEF e Ministério da Saúde é que a criança seja alimentada exclusivamente com leite materno até os seis meses de idade, a introdução de outros alimentos saudáveis deve ocorrer após esse período e intercalado com a amamentação, no entanto garantir o sucesso da amamentação não pode ser considerado responsabilidade exclusiva da mulher, ao ser considerado o fato dela ser preparada biologicamente para isso, os aspectos individuais, sociais e os saberes técnico científicos é necessários para garantir a mulher autonomia e confiança durante esse processo. Nesse sentido deve ser garantido também o direito a saúde da mulher em todos os aspectos de sua vida, observando os determinantes sociais que a envolve, posto que muitas mulheres não possuem boa assistência para o manejo e

adaptação da amamentação, não conhecem os benefícios que a prática proporciona, não encontram apoio familiar, não conseguem conjugar o tempo entre a amamentação e os afazeres domésticos e o serviço produtivo, quanto a inexperiência e o medo que a maternidade provoca.(AMORIM, 2008, FALEIROS, 2006).

A integralidade é um dos princípios dos SUS no qual busca garantir o atendimento humanizado, o que torna possível perceber as necessidades mais amplas que envolvem o paciente, principalmente quando estão relacionados às demandas do público feminino. Nesse contexto, o modo como o atendimento do profissional é realizado pode fortalecer a confiança entre ambos ou distanciá-lo, prorrogando o processo da integralidade e da promoção a saúde da mulher. No entanto, é possível identificar algumas barreiras que impedem o atendimento integral, relativas principalmente a classe social, ao gênero e quanto ao processo de adoecimento das mulheres desconsiderando a história de vida delas, ademais outro ponto a ser considerado é o fato de muitos profissionais exercerem atendimento padronizado, destacando prioritariamente os aspectos relacionados a saúde sexual e reprodutiva da mulher, excluindo outras demandas (COELHO, 2009, OSTERMANN,).

A humanização, parte primordial da integralidade é entendida como a capacidade que o profissional tem em fornecer atendimento diferenciado, com escuta qualificada, agindo como marcador de qualidade na atenção, entendendo o contexto em que as necessidades em saúde são geradas, proporcionando atendimento único frente à singularidade de cada mulher, para mais, a humanização é um processo que também envolve o desenvolvimento do profissional de saúde, beneficiando a eficácia das ações laborativas favorecendo também a promoção de sua saúde. Cabe ressaltar nesse contexto que (MEDEIROS, ONIAS, 2013).

A garantia de atendimento integral à saúde da mulher foi uma luta constante entre diversos grupos sociais e governo durante a década de 70, as reivindicações principalmente de movimentos feministas que não aceitavam as atribuições estabelecidas pela sociedade com foco reducionista em que a mulher era sensível, delicada, responsável pelo lar, pela procriação e bem-

estar da família, propondo então igualdade social e reconhecimento das diferenças entre masculino e feminino, somente em 1983 foi lançada a primeira política pública voltada prioritariamente a saúde da mulher, garantido atendimento integral em diversas dimensões da saúde feminina, não apenas no período gestacional e puerpério. Esta política foi um marco para promoção da saúde das mulheres, pois alcançava as principais necessidades em saúde, considerando os aspectos sociais, culturais e históricos que englobava a vida da mulher naquela época. (FREITAS, 2009; NETO, 2008; LEITE, 2009).

A PAISM possibilitou redimensionar a atenção à saúde feminina sob a ótica das relações de gênero no país, trazendo um novo conceito ao corpo feminino e para concretização de novas políticas e estratégias prioritárias a população feminina, contemplando desde a esfera trabalhista com a Consolidação de leis trabalhistas de amparo e proteção à saúde materno-infantil, da Promulgação da Constituição Federal de 1988 dando suporte legal a várias dimensões da vida da mulher, o SUS também articulou estratégias que garantissem a integralidade da saúde da mulher e da criança através da criação do Estatuto da Criança e do Adolescente, assegurando para aquela com privação de liberdade atenção integral durante o período gestacional e puerpério garantindo a promoção da saúde materno infantil. Posteriormente, surgiu a PNAISM, justamente para preencher as lacunas ainda existentes com intuito de fornecer atendimento integral a grupos específicos não alcançados, como as mulheres rurais, negras, deficientes indígenas lésbicas e presidiárias e a outras demandas relacionadas a saúde da mulher (NETO 2008; BRASIL, 2011e 2013).

2. Desigualdade de gênero como fator que leva ao desmame precoce

A literatura selecionada discorre sobre os fatores que levam as mulheres a optarem sobre o desmame precoce, gênero como fator de desigualdade construída socialmente e introdução de políticas femininas.

Tabela 2

| Autores /Revista | Título | Objetivo | Método |
|-------------------------|---------------|-----------------|---------------|
|-------------------------|---------------|-----------------|---------------|

| | | | |
|---|---|--|--|
| MONTEIRO, Julian a Cristina dos Santos. Invest Educ Enferm. 2011;29(2) | O aleitamento materno enquanto uma prática construída. Reflexões acerca da evolução histórica da amamentação e desmame precoce no Brasil. | Revisa-se a evolução histórica da prática da amamentação e as causas do desmame precoce no Brasil. | A análise da literatura sugere que o sucesso da amamentação depende de três elementos: manejo adequado da técnica, percepção da importância de amamentar e decisão de fazê-lo na mãe. |
| GOMES, Juliane Monteiro de Figueiredo. Estudos socioculturais em alimentação e saúde: saberes em rede. [online]. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2016. Sabor metrópole series, vol. 5, pp. 475-491. ISBN: 978-85- 7511-456-8 | Amamentação no Brasil discurso científico, programas e políticas no século XX | Tese de mestrado que discorre sobre os programas e políticas no século XX. | “Sentidos e significados da amamentação nos espaços virtuais”, , no Programa de Pós-Graduação em Alimentação, Nutrição e Saúde e no âmbito do Núcleo de Estudos sobre Cultura e Alimentação (NECTAR) do Instituto de Nutrição da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. |
| KALIL,Irene Rocha. Revista PerCursos. Florianópolis, v. 14, n. 27, p. 07 - 32. jul./dez. 2013. | Entre o direito, o dever e o risco: olhares de gênero sobre amamentação. | Estudo de Gênero que busca problematizar o que há de socialmente construído sobre aleitamento materno. | O corpus analisado reuniu artigos publicados a partir de 2000 em fontes diversas (SciELO, Wiley Online Library, International Breastfeeding Journal, entre outras) e revelou interessantes apropriações da amamentação: como direito que se realiza por meio da retomada do controle da mulher sobre seu corpo; dever moral da mulher para com a nação; e elemento de responsabilização total da mãe pela saúde dos filhos, indicando uma visão predominantemente crítica em relação aos discursos hegemônicos acerca do tema. |

| | | | |
|--|---|---|--|
| KALIL, Irene Rocha. AGUIAR, Adriana Cavalcanti. Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 208-223, JUL-SET 2016 | Trabalho feminino, políticas familiares e discursos pró-aleitamento materno: avanços e desafios à equidade de gênero. | Trazer à tona algumas questões sobre a relação entre os discursos pró-aleitamento materno, o trabalho feminino e as leis de proteção à infância, à maternidade e, mais recentemente, à paternidade. | A análise dos materiais da Estratégia de Apoio à Mulher Trabalhadora que Amamenta, do Ministério da Saúde, com base nos referenciais dos estudos de gênero e da semiologia dos discursos sociais, indica como os discursos oficiais reforçam o valor da amamentação para a saúde da criança e reiteram a divisão sexual do trabalho. |
| BARATA, Rita Barradas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 120 p. (Coleção Temas em Saúde) | Como e Por Que as Desigualdades Sociais Fazem Mal à Saúde? | Livro | Destaca as relações de gênero e a produção da saúde e da doença, tecendo, ainda, comentários sobre as políticas públicas no enfrentamento das desigualdades sociais. |

A prática do aleitamento materno ao ser observado no decorrer da história, sofreu algumas mudanças relativas ao comportamento da mulher em aderi-lo ou não, a influência social, os diferentes padrões de vida das mulheres e os saberes populares entre outros, foram motivadores para essas mudanças. Achados arqueológicos dos anos 2000 a.C, como papiros e biqueiras em túmulos infantis remontam a ideia de que as mulheres buscavam meios para substituir a amamentação por outros alimentos, posteriormente já no século 18 a amamentação mercenária era outro modo que as mulheres acharam para não amamentar seu filhos. A partir da isenção do saber médico, a amamentação em tempos rígidos foi introduzida, a substituição do leite materno para o leite de vaca também foi orientada pela classe médica, após estudos que afirmaram o maior grau de nutrientes encontrado no leite de vaca. (MONTEIRO, 2011).

Com as modificações socioculturais ocorridas durante o século XX, o declínio da amamentação aumentou, a industrialização, a inserção da mulher no mercado conferindo a elas maior liberdade e o instigante incentivo publicitário de leites artificiais, foram essenciais para sua desvalorização. O

papel social atribuído à mulher sempre como inferior ao do homem, enquanto ele é posto como o ideário de força e autoridade, a mulher é historicamente incumbida de cuidar dos afazeres domésticos, a exercer o papel de educadora dos filhos e cuidadora dos familiares, no entanto com o passar do tempo, a conquista pelo mercado de trabalho, a autonomia sobre seu corpo entre outros fatores trouxeram a inquietação sobre as desigualdades existentes entre elas e o sexo oposto dentro da sociedade. (MONTEIRO, 2011; GOMES, 2016, KALIL, 2013).

A falta de cuidado e de políticas públicas para a saúde feminina e as diferenças atribuídas ao masculino e feminino foram relevantes para que grupos feministas buscassem modificações relacionadas ao tratamento igualitário para ambos, nesse contexto o termo gênero foi mais utilizado para melhor compreensão das indagações femininas, e temáticas como reprodução, direito a saúde e maternidade foram amplamente discutidas. A partir daí, o gênero foi empregado também para o entendimento quanto às necessidades em saúde repercutindo para a análise das desigualdades entre mulheres e homens. Trazendo para o contexto materno infantil e para promoção do aleitamento materno, diante das dificuldades percebidas na vida da mulher, a falta de amparo governamental trouxeram repercussões negativas para a saúde da mulher/mãe e criança, principalmente para a prática do aleitamento materno dentro da perspectiva de gênero (KALIL, 2016; BARATA, 2009; BRASIL, 2009).

3) Inserção da mulher no mercado de trabalho e desigualdade de gênero

Nessa seleção de artigos, foram contemplados aqueles que discorriam sobre a inserção da mulher no mercado de trabalho, analisando dentre outros fatores a condição materna e gênero como fator de desvalorização para contratação, diferença salarial e preenchimento de cargos de chefia.

Tabela 3

| Autores/Revista | Título | Objetivos | Método |
|--|---|---|--|
| ROLIM, Lilian Nogueira. Revista Carta Capital, publicado 08/03/2018 18h30 | A inserção da mulher no mercado de trabalho brasileiro. | A despeito das conquistas obtidas desde quando a data começou a ser celebrada, no início do século XX, as | Destaca as relações de gênero e a produção da saúde e da doença, tecendo, ainda, comentários |

| | | | |
|--|--|---|---|
| | | diferenças entre os sexos ainda são aviltantes, reforçando a importância das lutas por igualdade entre os sexos | sobre as políticas públicas no enfrentamento das desigualdades sociais. |
| https://nacoesunidas.org/oit-participacao-das-mulheres-no-mercado-de-trabalho-ainda-e-menor-que-dos-homens/ Publicado em 07/03/2018 | OIT: participação das mulheres no mercado de trabalho ainda é menor que dos homens | Estudo sobre a participação das mulheres no mercado de trabalho. | Editorial |
| ANDRADE. Tânia. Consultora Legislativa da Área V. Direito do Trabalho e Processual do Trabalho, 2016. | Mulheres no Mercado de Trabalho: onde nasce a desigualdade? | no de onde a | Pesquisa |

A análise da inserção da mulher no mercado de trabalho no Brasil reforça a diferença entre elas e eles, principalmente quando a condição mãe esta envolvida, dados da Pesquisa Nacional por amostra de domicílios, (PNAD)apontaram que em 2014 a participação da mulher no mercado de trabalho era de 50,4% e os homens 72, 4% , a condição de gênero feminino e por serem mães geralmente são determinantes para garantir ou não a contratação. A discriminação pode ser observada também quando ao tipo de serviço, valor do salário e cargo pretendido, mesmo possuindo maiores formações educacional, as mulheres são prejudicadas, ocupam os piores cargos e com salários menores. (ROLIM, 2018, ONU, 2018)

A cultura de inferiorizar a mulher quanto ao trabalho produtivo, principalmente a mulher/mãe trabalhadora que amamenta, apontam desafios para o empoderamento da mulher no mercado de trabalho. A Organização Internacional do Trabalho (OIT) em recente pesquisa apresentou dados no qual confirmam a desigualdade atribuída ao gênero feminino, às mulheres são mais propensas a ficarem desempregadas, para cada dez homens empregados apenas seis mulheres estão empregadas. Quanto a empregos informais em que estão associados às empresas familiares e que geralmente não possuem vínculos empregatícios, são mais ocupados por mulheres, porém sem

usufruírem de qualquer benefício, nesse cenário a pesquisa aponta também que os empregadores e donos das empresas são homens, outra caracterização das dificuldades em que a mulher tem para conseguir a solidificação no mercado de trabalho. A classificação dada ao serviço feminino com secundário, pouco importante reforça a estereotipagem social atribuída a elas, isso por que até poucas décadas atrás, a forte convicção da mulher dona de casa era latente na sociedade, e mesmo com sua emancipação e conquistas ainda existe o ideário de que esse espaço não é apropriado para elas.(ROLIM, 2018; ONU, 2018 e ANDRADE , 2016).

4. Panorama mundial da promoção ao aleitamento materno

Os seguintes artigos foram selecionados para apresentar as estratégias elaboradas pela OMS, Unicef para resgatar a prática do aleitamento materno a nível mundial, no Brasil, com apoio do Ministério da Saúde, as mudanças aconteceram através da elaboração da Política Nacional de Incentivo a Aleitamento Materno como precursora para promoção da saúde infantil e o silêncio da prática quando relacionada a perspectiva de gênero.

Tabela 4

| Autores/Revista | Título | Objetivo | Método |
|--|--|---|--|
| BACCO, Paula Angélica Martinez. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2008 abr/jun; 16(2):206- 11. | Discursos dominantes e estratégias utilizadas na prática do aleitamento materno. | Objetivo descrever os principais discursos e estratégias utilizadas para a manipulação da prática do aleitamento materno em diferentes contextos brasileiros. | Selecionamos três momentos onde foram realizados discursos diferentes sobre a amamentação. O primeiro, do descobrimento até 1850, marcado pelo poder da burguesia e da igreja. O segundo, de 1850 até 1970, caracterizado pelo interesse na força de trabalho da criança, pelo fortalecimento do poder médico e pela medicalização do aleitamento materno. O terceiro, de 1970 aos dias atuais, que é marcado pela comprovação científica da superioridade do leite humano, pela criação |

| | | | |
|--|---|--|--|
| | | | e implementação de programas de incentivo ao aleitamento materno e pelo movimento de humanização |
| Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. | Legislação e o marketing de produtos que interferem na amamentação: um guia para o profissional de saúde | Este texto tem como objetivo divulgar a Lei nº 11.265 e a Portaria nº 2.051 entre os profissionais de saúde, colaborando para seu cumprimento e para a proteção da amamentação. | Série A. Normas e Manuais Técnicos. |
| WHO, 2009 | | | |
| CARVALHO, Karenina Elice Guimarães. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 10 (4): 477-481 out. / dez., 2010 477. | História e memórias do banco de leite humano do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (1987-2009) em Recife, Pernambuco, Brasil. | Reconstituir a história do Banco de Leite Humano (BLH) do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), enfocando os idealizadores e a inauguração do serviço. | estudo descritivo, transversal com enfoque histórico, orientado pela metodologia da história oral. Privilegiou-se a consulta a fontes bi-bliográficas e a entrevista direta a sete participantes, com roteiro estruturado. A análise das falas desvelou duas categorias: "Criação do banco de leite humano do IMIP: os idealizadores e suas influências"; e "A inauguração". |
| MAIA, Paulo Ricardo da Silva. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 6 (3): 285-292, jul. / set., 2006 285 | Rede Nacional de Bancos de Leite Humano: gênese e evolução. | Análises de conteúdo de fontes documentais primárias geradas pelos órgãos oficiais e instituições mantenedoras de Bancos de Leite Humano, de teses, dissertações, livros e artigos científicos, que versam sobre a temática. | Análises de conteúdo de fontes documentais primárias geradas pelos órgãos oficiais e instituições mantenedoras de Bancos de Leite Humano, de teses, dissertações, livros e artigos científicos, que versam sobre a temática. |
| ALMEIDA, João Agripino. Rio de Janeiro: Editora | Amamentação: um híbrido natureza-cultura | A técnica de pesquisa utilizada foi a análise documental de fontes | O autor vai buscar na história e na sociedade as origens |

| | | | |
|---|--|--|--|
| <p>FIOCRUZ, 1999. 120 p. ISBN: 978-85-85239-17-4. Available from SciELO Books</p> | | <p>primárias, contemplando documentos históricos, livros, artigos científicos e teses de medicina escritas nos séculos 19 e 20.</p> | <p>para o paradigma atual da amamentação. Ao considerar a amamentação como um híbrido produzido pela natureza e pela cultura, sugere uma abordagem mais completa do fenômeno. Traz, ainda, um histórico dos bancos de leite humano, 'as amas-de-leite do século XX', destacando sua importância.</p> |
| <p>RABUFFETTI. Alejandro Guillermo. Dissertação de mestrado.2014</p> | <p>Cooperação técnica internacional em bancos de leite humano: um estudo da horizontalidade nos projetos bilaterais.</p> | <p>Compreensão dos vínculos bilaterais que se constroem entre os países que participam da cooperação técnica internacional em Bancos de Leite Humano, desenvolvida pela Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ.</p> | <p>Para tanto, projetos de cooperação bilateral, relatórios de missões técnicas, artigos científicos e demais documentos públicos veiculados pela internet foram utilizados como fonte primária; analisadas pela técnica de Análise de Conteúdo na Modalidade Temática</p> |
| <p>Rede Banco de Leite Humano 2013</p> | | | |
| <p>KALIL, Irene Rocha. AGUIAR, Adriana Cavalcanti. Estudos Feministas, Florianópolis, 25(2): 562, maio-agosto/2017</p> | <p>Silêncios nos discursos pró-aleitamento materno: uma análise na perspectiva de gênero.</p> | <p>Aborda os discursos da atual Política Nacional de Aleitamento Materno brasileira, enfocando sentidos pouco explorados em seus materiais educativos. As perspectivas teórico-metodológicas adotadas foram a Semiologia dos Discursos Sociais, que entende o discurso como constitutivo e constituinte das relações sociais de poder, e os Estudos de Gênero, que questionam a naturalização da dualidade</p> | <p>As perspectivas teórico-metodológicas adotadas foram a Semiologia dos Discursos Sociais, que entende o discurso como constitutivo e constituinte das relações sociais de poder, e os Estudos de Gênero, que questionam a naturalização da dualidade feminino/masculino como estruturante de uma essência fixa do ser.</p> |

feminino/masculino
como estruturante
de uma essência fixa
do ser.

A inserção da mulher no mercado de trabalho, determinantes sociais e a falta de políticas específicas que impactaram em muitos aspectos a vida da mulher, principalmente voltadas a atenção a sua saúde contribuíram para que a prática do aleitamento materno perdesse espaço, fortalecendo o consumo de leites industrializados, o que ocasionou altos níveis de mortalidade infantil. Nesse contexto, a fim de melhorar e resgatar a prática, foi articulado entre OMS, Unicef e países membros, dentre eles o Brasil estratégias que garantisse a nutrição adequada do recém nascido, surgindo então em 1981 o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno. Posteriormente o Ministério da Saúde a fim de garantir a promoção da saúde da criança, aleitamento materno e desmame precoce, surgiu a Política Nacional de Incentivo ao aleitamento Materno cujo principal objetivo era valorização da prática de aleitamento materno no país, essa política foi responsável pelo desencadeamento de outras estratégias com o mesmo objetivo. (CARVALHO, 2009; BRASIL, 2009; BACCO, 2008).

A partir daí, o banco de leite humano sofreu alterações significativas, o investimento em pesquisas para ajudar a manter as propriedades nutricionais do leite e a instituição da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano – rBLH-BR, resultou no reconhecimento mundial dessa estratégia para promoção do aleitamento materno, culminando na conquista de prêmios importantes para política pública de saúde no Brasil. Posteriormente, o sucesso da rede foi referencia para influenciar a internacionalização da estratégia, com o propósito de construir a Rede Latino-americana de Bancos de Leite Humano. (MAIA, 2006; ALMEIDA, 1999; RABUFFETTI 2014; CARVALHO, 2010; REDEBLH, 2013).

A Iniciativa hospital Amigo da criança foi outra estratégia da OMS lançada em 1990, o foco também é até nos dias atuais a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, ademais a iniciativa busca mobilizar a equipe de saúde para que modifiquem os índices de desmame precoce, influenciados por

condutas e rotinas errôneas desses profissionais, trazendo a ideia da integralidade e humanização. A IPEC busca certificar os hospitais que adotam esses conceitos, com objetivo de aumentar os índices de aleitamento materno tornando-as referências nesse tipo de atendimento, para mais a iniciativa é uma estratégia que apresentou modificações para a promoção da saúde da mulher, agindo como protetores do trabalho daquelas que estão amamentando. (IPEA, 2010; Unicef, 1990).

Com vista a melhorar os índices de mortalidade infantil, muitas políticas foram implementadas no Brasil e no mundo, diante da publicação de vários estudos que apontavam os benefícios que o aleitamento proporcionavam tanto a saúde da criança como também a saúde da mãe como prevenção de várias doenças, a criação de políticas e estratégias pró aleitamento fomentaram na sociedade priorizar principalmente a saúde da criança negligenciando as necessidades que envolvem a vida da mulher. Quando analisada dentro da perspectiva de gênero, a prática é vista como responsabilidade exclusiva da mulher, pelo fato de ser biologicamente preparada, sendo descartada a hipótese de que muitas mulheres não se identificam com o ato, visto que a amamentação é uma prática complexa, que envolvem vários atores e processos sociais como familiares, profissionais de saúde, trabalho entre outros. A crítica e cobrança por vezes são inevitáveis quando a mulher se recusa a amamentar, surgindo a culpabilização da mãe por possível adoecimento da criança, pelo fato de não ter sido amamentado, no entanto a mesma crítica torna-se silenciosa quando se depara com os problemas sociais que envolvem sua vida. (BACCO, 2008; KALIL, 2013, 2017).

7. Conclusão

presente revisão explorou os benefícios que o leite materno proporciona, visto que é o melhor e mais completo alimento para o recém-nascido pois em sua composição possui elementos essenciais que protege a criança contra doenças oportunistas, fortalece seu organismo possibilitando o desenvolvimento saudável, além disso, fornece muitos benefícios também para a saúde da mãe, ajudando em sua recuperação e para alguns setores da sociedade pois não têm custos adicionais para sua fabricação.

A OMS juntamente com a UNICEF ao reconhecer todos os benefícios do aleitamento materno, passou a buscar maneiras para resgatar a prática a nível mundial para promoção da saúde materno infantil, visto que após algumas mudanças socioculturais, o leite materno passou a ser substituído por fórmulas artificiais.

No entanto, pode-se perceber que a as políticas de amamentação e estratégias de amamentação elaboradas, é voltada prioritariamente para o bem estar da criança, a PNIAM foi precursora nesse processo, desencadeando um movimento de valorização da prática na sociedade brasileira, além disso, essa política apresentou estratégias de implementação para ações de qualidade a promoção da saúde infantil como a criação do BLH e adoção da IHAC.

É interessante ressaltar que o bem-estar da criança é o principal foco dessas estratégias e isso pode ser considerado um fator dificultador para o êxito da amamentação, visto que muitas mulheres não conseguem ter sucesso no ato de amamentar frente aos inúmeros problemas que a cercam, principalmente nas diferenças sociais que foram construídas em que sempre negligenciaram a mulher, suas dimensões e necessidades, fortalecendo as diferenças sociais atribuídas ao gênero.

E mesmo com algumas conquistas para a promoção da saúde feminina que ocorreram através das lutas de grupos feministas e elaboração da PAISM, política resultante dessas lutas, a culpabilidade inferidas a elas em não atingirem conseguir aderir ao aleitamento materno é muito presente, o que demonstra a falta de capacitação por parte dos profissionais de saúde em entender a multidimensionalidade do universo feminino principalmente quanto a identidade de gênero e da complexidade que o processo de amamentação pode se tornar.

Percebe-se então que para compreensão da saúde e ampliação dos serviços de saúde que atenda a singularidade de cada mulher dentro do contexto social em que ela vive, a humanização no atendimento é primordial para fornecer um serviço de qualidade e acolhedor, com vista a proporcionar promoção da saúde, fatores importantes para integralidade e autonomia principalmente no que tange a saúde feminina e saúde materno-infantil.

E, por fim, percebe-se que as questões de gênero e que envolvem as condições de desigualdade e das tantas violências que as mulheres vivem na sociedade, ainda passam despercebidas perante a política de promoção ao aleitamento materno. Desta forma, revela-se fundamental que as discussões sobre desigualdade de gênero estejam presentes na implementação dessas políticas, de forma a enxergar as mulheres em todo seu contexto social e cultural, para que assim sejam capazes de dialogar e promover saúde com base nas suas realidades.

8. Referências Bibliográficas

1. ODDY, WENDY. **Aleitamento materno na primeira hora de vida protege contra mortalidade neonatal.** [Editorial]. Jor. Pediatr. Rio De Jan. Porto Alegre v. 89 n. 2 p. 131-136, Mar./Apr. 2013.
2. <http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-crianca/aleitamento-materno> < acesso em 05/05/2018>
3. MONTEIRO, Juliana Cristina dos Santos. **O aleitamento materno enquanto uma prática construída. Reflexões acerca da evolução histórica da amamentação e desmame precoce no Brasil.** Invest Educ Enferm. 2011;29(2).
4. MARQUES, Emanuele Souza. **Mitos e crenças sobre o aleitamento materno.** Ciência & Saúde Coletiva, 16(5):2461-2468, 2011.

5. BRASILEIRO, Aline Alves. **A amamentação entre filhos de mulheres trabalhadoras.** Rev Saúde Pública 2012;46(4):642-48 645.
6. KALIL, Irene Rocha. **Entre o direito, o dever e o risco: olhares de gênero sobre amamentação.** Revista PerCursos. Florianópolis, v. 14, n. 27, p. 07 - 32. jul./dez. 2013
7. GOMES, Juliane Monteiro de Figueiredo. **Amamentação no Brasil discurso científico, programas e políticas no século XX.** Estudos socioculturais em alimentação e saúde: saberes em rede. [online]. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2016. Sabor metrópole series, vol. 5, pp. 475-491. ISBN: 978-85- 7511-456-8.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **A legislação e o marketing de produtos que interferem na amamentação: um guia para o profissional de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
9. CARVALHO, Karenina Elice Guimarães. **História e memórias do banco de leite humano do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (1987-2009) em Recife, Pernambuco, Brasil.** Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 10 (4): 477-481 out. / dez., 2010 477.
10. <http://www.unicef.pt/artigo.php?mid=18101114&m=&sid=1810111414&cid=6081> <acesso em 02/06/2016>.
11. FALEIROS, Francisca Teresa. Veneziano. **Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração.** Rev.Nutr. vol.19 no.5 Campinas Sept./Oct. 2006.
12. FREITAS, Giselle Lima. **Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde.** Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009;11(2):424-8.
<http://portalmms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-mulher/sobre-a-area> <acesso em 05/05/18>.
13. BARATA, Rita Barradas. **Como e Por Que as Desigualdades Sociais Fazem Mal à Saúde?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 120 p. (Coleção Temas em Saúde)
14. ONIAS, Juvercina Maria Tobias da Costa. **Humanização e integralidade da atenção à saúde reprodutiva da mulher no Sistema Único de Saúde.** Revista Científica do ITPAC, Araguaína, v.6, n.1, Pub.2, Janeiro 2013.
15. KALIL, Irene Rocha. Revista PerCursos. Florianópolis, v. 14, n. 27, p. 07 - 32. jul./dez. 2013.
16. BOTELHO, Louise Lira Roedel. O método da Revisão Integrativa nos Estudos Organizacionais. Gestão e Sociedade. Belo Horizonte. Volume 5 · Número 11, P. 121-136 · Maio/Agosto 2011 · ISSN 1980-5756.
17. SOUZA, SARAH. et al. **O aleitamento materno na perspectiva da vulnerabilidade programática e do cuidado.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.29 n. 6 p. 1186-1194, jun, 2013.

18. ANTUNES, LEONARDO. et al. **Amamentação natural como fonte de prevenção em saúde. Ciênc. saúde coletiva.** Rio de Janeiro v. 13 n. 1 p. 103-109, Jan./Feb. 2008.
19. LANSKY, SONIA. et al. **Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro v. 30 n. 1 p.192-207, 2014.
20. FRANÇA, Elisabeth Barboza. LANSKY, Sônia. **Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença.** Rev Bras Epidemiol MAIO 2017; 20 SUPPL 1: 46-60.
21. MARQUES, Emanuele et al. **Mitos e crenças sobre o aleitamento materno.** Ciênc. saúde coletiva Rio de Janeiro v. 16 n 5 p. 2461-2468, May 2011.
22. ROLLINS, NIGEL. et al. **Por que investir e o que será necessário para melhorar as práticas de amamentação?** Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect, publicado na revista The Lancet, v. 387, Jan, 2016.
23. AMORIM, Suely. **Aleitamento materno ou artificial: práticas ao sabor do contexto. Brasil (1960-1988).** Rev. Estud. Fem. [online]. 2008, vol.16, n.2, pp.581-598. ISSN 0104-026X.
24. OSTERMANN AC, Meneghel SN. **Humanização, Gênero e Poder: contribuições dos estudos de fala-em-interação para a atenção à saúde.** Campinas: Editora Fiocruz, Mercado de Letras; 2012.
25. COELHO, Edméia de Almeida Cardoso. **Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional.** Esc Anna Nery Rev Enferm 2009 jan-mar; 13 (1): 154-160.
26. MEDEIROS, Patricia Flores. **Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. Estudos Feministas,** Florianópolis, 17(1): 31-48, janeiro-abril/2009.
27. NETO, Edson Theodoro dos Santos. **Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil.** Saúde Soc. São Paulo, v.17, n.2, p.107-119, 2008.
28. LEITE. Ana Cristina da Nóbrega Marinho Torres. **Direitos femininos no Brasil: um enfoque na saúde materna.** Hist. cienc. saude-Manguinhos [online]. 2009, vol.16, n.3, pp.705-714. ISSN 0104-5970.
29. <http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-mulher/sobre-a-area> <acesso em 29/06/2017>
30. KALIL, Irene Rocha. AGUIAR, Adriana Cavalcanti. **Trabalho feminino, políticas familiares e discursos pró-aleitamento materno: avanços e desafios à equidade de gênero.** Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 208-223, JUL-SET 2016.
31. <https://www.cartacapital.com.br/blogs/brasil-debate/a-insercao-da-mulher-no-mercado-de-trabalho-brasileiro> < acesso em: 19/06/2018>.

32. <https://nacoesunidas.org/oit-participacao-das-mulheres-no-mercado-de-trabalho-ainda-e-menor-que-dos-homens/> < acesso em 19/06/2018 >
33. ANDRADE, Tânia. **Mulheres no Mercado de Trabalho: onde nasce a desigualdade?** Consultora Legislativa da Área V. Direito do Trabalho e Processual do Trabalho, 2016.
34. ALMEIDA, João Agripino. **Amamentação: um híbrido natureza-cultura**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 120 p. ISBN: 978-85-85239-17-4. Available from SciELO Books.
35. http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9999.htm <acesso em outubro de 2016 >
36. BACCO, Paula Angélica Martinez. **Discursos dominantes e estratégias utilizadas na prática do aleitamento materno**. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2008 abr/jun; 16(2):206-11.
37. VENÂNCIO, Sonia et al. Associação entre o grau de implantação da Rede Amamenta Brasil e indicadores de amamentação. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 32(3):e00010315, mar, 2016.
38. RABUFFETTI, ALEJANDRO. **Cooperação técnica internacional em bancos de leite humano: um estudo da horizontalidade nos projetos bilaterais, 2014**. 63f. Dissertação. (Mestrado em Modalidade Profissional em Saúde Pública)- Fundação Oswaldo Cruz-FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2014.
39. ALMEIDA, JOÃO . **Amamentação: um híbrido natureza-cultura**. 1 Ed. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 1999. 120p. ISBN: 85-85239-17-4.
40. MAIA, PAULO et. al. **Rede Nacional de Bancos de Leite Humano: gênese e evolução**. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, v. 6 n.3 p. 285-292, jul. / set., 2006.
41. <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/pamuni.pdf> <acesso em 10 de novembro de 2016 >
42. http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9999.htm <acesso em outubro de 2016 >
43. WHO (World Health Organization). UNICEF (United Nations Children's Fund). Innocenti Declaration. Florencia: WHO/UNICEF; 1990
44. http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1478.pdf <acesso em 02/11/2016 >.
45. <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/oministerio/principal/secretarias/sas/saude-da-crianca-e-aleitamento-materno/noticias-saude-da-criancaealeitamento-materno/26379-iniciativa-hospital-amigo-da-crianca-completa-25-anos> <acesso em dezembro de 2016 >
46. KALIL, Irene Rocha. AGUIAR, Adriana Cavalcanti. **Silêncios nos discursos pró-aleitamento materno: uma análise na perspectiva de gênero**. Estudos Feministas, Florianópolis, 25(2): 562, maio-agosto/2017

47. MONTEIRO, JULIANA. et al. **O aleitamento materno enquanto uma prática construída. Reflexões acerca da evolução histórica da amamentação e desmame precoce no Brasil.** Invest. educ. enferm. v.29 n. 2. Medellin July/Dec. 2011.
48. CARVALHO, KARENINA et al. **História e memórias do banco de leite humano do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (1987-2009) em Recife, Pernambuco, Brasil.** Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, v. 10 n. 4 p.477-481 out. / dez., 2010
49. http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1478.pdf <acesso em 02/11/2016>.
50. ALMEIDA, JOÃO . **Amamentação: um híbrido natureza-cultura.** 1 Ed. Rio de Janeiro.
51. <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/pamuni.pdf> <acesso em novembro de 2016>
52. WHO (World Health Organization). UNICEF (United NationsChildren_s Fund). Innocenti Declaration. Florenc,a:WHO/UNICEF; 1990.2
53. http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9999.htm <acesso em outubro de 2016>
- 54.<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/oministerio/principal/secretarias/sas/saude-da-crianca-e-aleitamento-materno/noticias-saude-da-criancaealeitamento-materno/26379-iniciativa-hospital-amigo-da-crianca-completa-25-anos> <acesso em dezembro de 2016>
55. MEDEIROS, JOÃO. et al. **Comunicação científica, normas técnicas para redação científica,** Editora Atlas 1 Ed , 2008.
56. CUNHA, PEDRO. Et al. **Manual Revisão Bibliográfica Sistemática Integrativa: a pesquisa baseada em evidências.** Belo Horizonte, Editora Anima Educação, 2014. Capítulo 2.1: Revisão Bibliográfica Sistemática, p. 3-5.

