

ESTAMOS GRÁVIDOS!



INSTITUTO
FEDERAL
Rio de Janeiro



Guia de Orientações e Reflexões
da **Gestação ao Pós-Parto**

Organização:
Coordenação-Geral de
Saúde do Trabalhador – IFRJ

Maio | 2022



Estamos grávidos! Guia de orientações e reflexões da gestação ao pós-parto.

Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador - IFRJ e colaboradores.

Rio de Janeiro. 2022.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

I59e	Instituto Federal do Rio de Janeiro
	Estamos grávidos: guia de orientações e reflexões da gestação ao pós-parto. [Recurso digital] / Instituto Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: IFRJ, 2022.
	117 p.: il.color., fotos.
	ISBN: 978-65-89293-11-8
	1. Gestação. 2. Cuidados. 3. Pós-parto. I. Título.
CGBiblio	CDU 612.63

Ficha catalográfica elaborada por
Thais da Silva Alves – CRB7 6200



Rafael Barreto Almada

Reitor

João Gilberto da Silva Carvalho

Pró-reitor de Desenvolvimento Institucional, Valorização de Pessoas e Sustentabilidade

Carla Doti Dias Ripper

Diretoria de Gestão e Valorização de Pessoas

Fernando Rocha Beserra

Diretoria de Qualidade de Vida e Desenvolvimento de Pessoas

Larisse Caroline Ferreira de Castro

Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador

AUTORES

Alessandro Dias Damasceno

Estagiário de Psicologia da Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador (IFRJ/Reitoria)

Ana Cristina Augusto de Sousa

Docente de História (IFRJ/Campus Rio de Janeiro)

Ana Paula da Fonseca da Costa Fernandes

Enfermeira do Trabalho da Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador (IFRJ/Reitoria)

Bianca de Moraes Branco

Psiquiatra perita da Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador (IFRJ/Reitoria)

Daniela Zanotti da Silva

Psicóloga da Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador (IFRJ/Reitoria)

Evelin Mascarenhas Soffritti

Psiquiatra perita (IFRJ/Campus Engenheiro Paulo de Frontin e Reitoria)

Fabiana Pereira de Souza

Fonoaudióloga da Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador (IFRJ/Reitoria)

Fabiana Regolin

Fisioterapeuta da Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador (IFRJ/Reitoria)

Fabiane Toste Cardoso

Nutricionista da Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador (IFRJ/Reitoria)

Larisse Caroline Ferreira de Castro

Assistente Social da Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador (IFRJ/Reitoria)

Marcos Antônio dos Santos

Médico perito da Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador IFRJ/CST)

COLABORADORES

Diagramação

Juliana Caroline Alves dos Santos Fernandes
Coordenação-Geral de Comunicação Social | CGcom

Revisão de Textos

Claudia Regina Corrêa Lins Vieira
Coordenação-Geral de Comunicação Social | CGcom

PREFÁCIO

Antes de mais nada, um bate-papo.

Algumas mulheres sonham com o momento de ser mães, gerar um filho e acompanhar o seu desenvolvimento dentro e fora do útero, planejando-se para isso, mesmo que não tenham um parceiro. Outras são surpreendidas sem terem tido tempo para amadurecer a ideia. Há também aquelas que não podem ter filhos biológicos ou preferem a adoção. Outras não desejam ser mães ou preferem ser mães de pets. E está tudo bem, pois qualquer que seja a sua decisão, ela faz parte da sua história de vida e da sua identidade.

A escolha por engravidar ou por levar uma gestação até o fim deve sempre vir acompanhada de muita responsabilidade e maturidade. As transformações no corpo, na mente e na vida da mulher são inúmeras tanto no período gestacional quanto no puerpério e nos meses subsequentes. Para aquelas que têm parceiros e familiares, os impactos também são sentidos na rotina e nas relações.

Os hormônios responsáveis pela manutenção da gravidez e pela reorganização do nosso corpo inteiro depois que o bebê nasce também podem influenciar na maneira como a mulher sente e vivencia seu novo cotidiano. Algumas gestações podem vir acompanhadas de incômodos, como enjoos, refluxos, hemorroidas, transformando o sonho colorido em dias não tão agradáveis.

O momento pós-parto também pode vir acompanhado de lágrimas, insegurança e sensação de impotência frente a um ser tão pequenino e dependente. No entanto, como diriam as sábias: “Tudo passa”. Então, respire fundo!

O fato é que gerar um filho, cuidar dele e educá-lo são atitudes que requerem compromisso. Por isso, as escolhas individuais devem ser respeitadas por todos. Logo, se você não se sente preparada na fase de vida em que se encontra ou, definitivamente, não deseja ser mãe, não permita que pessoas lhe digam o contrário ou a pressionem de algum modo. Talvez, então, você esteja fazendo a seguinte pergunta: “Por que este e-book também é para mim?”.

Em nossa volta, convivemos com outras mulheres em casa, na família, na vizinhança e até mesmo no trabalho que podem estar grávidas. É importante que saibamos reconhecer alguns sinais para que possamos ajudar de alguma forma ou até mesmo saber lidar no dia a dia, reorganizar os processos e espaços de trabalho de acordo com as limitações temporárias da gestante e saber usar os dispositivos administrativos e de saúde, em caso de necessidade. Por isso, aperte o cinto! Nossa viagem maravilhosa por esse momento incrível e único começa agora.

Agradecimento

Diz o ditado popular: “é no momento da dificuldade que você sabe quem são os seus verdadeiros amigos”. Então, de fato, quando as dificuldades se tornam crises, aparecem aquelas pessoas que fazem toda a diferença. Ou seja, historicamente, é no drama que a sociedade forja seus mitos e heróis na eterna luta do bem contra o mal.

Pode parecer exagero recorrer ao heroísmo para caracterizar a atuação de pessoas e grupos no contexto de 2020-2022, sob o impacto do novo coronavírus. Mas, pensando bem, não há como usar outra expressão que não seja a de puro heroísmo para definir a atuação de quem esteve no campo de batalha contra a COVID-19. Uma pandemia mortal, cujos danos ainda estão sendo contabilizados física e mentalmente e que, aos poucos, vamos deixando para trás. A sociedade só não entrou em colapso graças aos esforços daqueles que colocaram a própria vida em risco: os serviços de saúde, as escolas, o comércio, os transportes, enfim, todos os trabalhadores que mantiveram vivas as instituições sociais. Heróis, sim!

O presente livro foi concebido neste tempo de luta contra a COVID-19 e por servidores públicos que estavam na linha de frente. Quase uma ironia: concebido para falar de concepção, esse momento mágico e maravilhoso que perpetua a espécie e renova as esperanças por dias melhores. O nascimento de uma criança é uma síntese do que precisamos ter no mundo atual: a vida em toda a sua plenitude, que emerge da dor. Das dores do parto, temos um novo ser, um universo de possibilidades. Após a pandemia, é necessário parir um novo mundo; ou ainda, que depois de tantas dores, sejam concebidos novos horizontes.

O lançamento de um livro em meio a tantas turbulências é prova de resiliência. E devemos ter em mente que crianças e livros podem salvar o mundo ou colocá-lo nos trilhos, pelo menos. Em termos gerais, este guia trata dos cuidados que devem cercar a maternidade – e talvez fosse mais apropriado dizer: os cuidados que cercam a parentalidade, um termo mais amplo e generoso para se referir às responsabilidades com crianças. A obra, portanto, é de utilidade pública e agrega valor aos demais projetos realizados pelo IFRJ.

Assim, agradecer e parabenizar a todos que, de algum modo, participaram é a expressão cabal do nosso orgulho em servir à comunidade com a bandeira do IFRJ: por uma educação pública, gratuita e de qualidade!

Prof. Dr. João Gilberto da Silva Carvalho
Pró-Reitoria de Desenvolvimento Institucional, Valorização de Pessoas e Sustentabilidade

SUMÁRIO

SEÇÃO 1 O PRÉ-NATAL.....	10
1. Pré-Natal Saudável para a Gestante e o Bebê.....	12
1.1 Consultas de Pré-natal.....	12
1.2 Gestação de Alto Risco.....	14
1.3 Vacinação na Gestante.....	15
1.4 As Transformações na Mulher Gestante.....	16
1.5 Intercorrências Comuns Durante a Gestação.....	18
2. Nutrição na Gestação.....	21
2.1 Orientações Nutricionais Gerais para a Gestação.....	23
3. Atividade Física Durante a Gestação.....	26
SEÇÃO 2 PARTO, PÓS-PARTO E ARRANJOS FAMILIARES.....	29
4. O Parto: o que Esperar Antes, Durante e Depois.....	31
4.1 A Fase Premonitória.....	31
4.2 O Trabalho de Parto.....	32
4.3 Parto e Secundamento.....	34
4.4 Tipos de Anestesia Durante o Parto.....	36
4.5 Considerações sobre o Parto Cesáreo.....	37
5. Aleitamento Materno.....	40
5.1 Leite Materno: Composição e suas Fases.....	42
5.2 Uso de Medicamentos	44
5.3 Principais Dúvidas sobre Amamentação.....	44
5.4 Principais Observações sobre Amamentação.....	48
5.5 Ordenha das Mamas.....	51
5.6 Doação de Leite Humano	53
5.7 Mamadeira, Sucção Digital e Chupeta: Entendendo para Evitar.....	54
6. A Gravidez e os “Novos” Arranjos Familiares.....	60
6.1 A Família.....	60
6.2 O Reconhecimento do Afeto.....	61
6.3 Novos Arranjos Familiares.....	62
6.4 O Medo do Novo.....	63
6.5 Ressignificando a Gestação.....	63
6.6 Desafios da Assistência à Saúde Durante a Gestação.....	64

SEÇÃO 3 | A SAÚDE MENTAL DOS PAIS NA GESTAÇÃO E NO PÓS-PARTO.....69

7. Do Social à Saúde Mental.....71

7.1 A Desnaturalização da Maternidade.....71

7.2 Contribuições Psicanalíticas, Biológicas e Evolucionistas na Compreensão dos Laços Afetivo-Parentais.....78

7.3 Estressores Psicossociais.....81

7.4 É Possível Promover Saúde Mental aos Pais e às Mães de “Primeira Viagem”?.....85

8. A Depressão Durante a Gravidez e a Amamentação.....90

9. Quando o Inesperado Acontece.....94

SEÇÃO 4 | RETORNO DA MÃE AO TRABALHO.....97

10. O Fim da Licença-Maternidade.....99

11. Aspectos Legais, Licenças e Benefícios.....104

11.1 Licença à Gestante no Serviço Público Federal.....110

11.2 Auxílio-Natalidade.....111

11.3 Auxílio Pré-Escolar.....112

11.4 Licença à Gestante Beneficiária da Previdência Social.....113



SEÇÃO 1 | O PRÉ-NATAL

APRESENTAÇÃO

O começo de tudo: gerar uma vida. Foi programado ou nos pegou de surpresa? O que vai acontecer agora? O que vai mudar no meu corpo? Quando vou sentir o bebê mexer? Quando ele vai começar a chutar? Será um adeus para os “dois hambúrgueres, alface, queijo, molho especial, cebola e picles num pão com gergelim”? Muitas perguntas e um misto de sensações ocupam a mente quando o teste dá positivo e os recém-descobertos papai e mamãe podem sentir-se um pouco perdidos sobre os próximos passos.

Pensando nisso, esta primeira seção apresenta uma breve orientação acerca do que esperar da gestação e do aleitamento materno. Vale ressaltar que o conteúdo aqui disponibilizado não se encerra em si, de forma alguma, nem tem a pretensão de substituir qualquer orientação médica ou de saúde.

Lembramos que o ser humano é único e possui características distintas, sendo a gestação, o parto e os períodos subsequentes tão ricos em informações que, se fôssemos abordar todos os seus aspectos, certamente falharíamos. No entanto, a intenção principal é trazer à luz do conhecimento as informações necessárias para os “marinheiros de primeira, segunda ou terceira viagem” (e até para aqueles que não têm a intenção de entrar no navio) darem os primeiros passos nessa nova caminhada.

O primeiro capítulo apresenta a importância do pré-natal, da realização de exames clínicos e complementares e da investigação criteriosa a fim de que a gestação ocorra de maneira saudável para a gestante e para o bebê. Além disso, ensina a calcular a idade gestacional e a data provável do parto, bem como informa as prováveis alterações no seu corpo e as intercorrências mais comuns.

O segundo capítulo aborda as necessidades nutricionais no período gestacional, seja para atender às demandas da gestante e do bebê, seja para minimizar as intercorrências durante a gestação. Por fim, o terceiro capítulo da seção aborda a atividade física durante a gravidez, de modo a manter a gestante ativa e a preparar seu corpo para o momento do parto, sem que essa atividade prejudique o bebê.



1

PRÉ-NATAL SAUDÁVEL PARA A GESTANTE E O BEBÊ

Ana Paula da Fonseca da Costa Fernandes

A gravidez é um período repleto de mudanças significativas no corpo, na mente, no estilo de vida e nas relações da mulher. Medos, dúvidas, incertezas e expectativas podem surgir neste momento. Apesar de ser um processo fisiológico do corpo feminino, para a garantia de manutenção da espécie humana, a gestação pode também desencadear alterações que comprometem a saúde da gestante e/ou do bebê.

1.1 Consultas de Pré-natal

Criado com o intuito de aumentar as chances de uma gestação saudável e tranquila para a mulher e o feto, o pré-natal possibilita a identificação precoce de situações de risco para a saúde de ambos, a prevenção de complicações e o preparo da família para o nascimento do bebê.

O início estabelecido por todos os órgãos reguladores, incluindo o Ministério da Saúde, é o mais antecipadamente possível, ainda no primeiro trimestre da gestação. Espera-se que a gestante seja acompanhada por uma equipe multiprofissional formada minimamente por profissionais da Medicina, Enfermagem, Nutrição e Odontologia, de modo que o cuidado seja integral.

O Ministério da Saúde preconiza para gestantes de baixo risco no mínimo seis consultas de pré-natal, sendo uma no primeiro trimestre da gestação, duas no segundo e três no terceiro. Nelas, o profissional deve acolher e escutar a mulher e seus acompanhantes, esclarecendo dúvidas e orientando com as informações necessárias para uma gestação saudável. Apesar do número mínimo, não existe uma quantidade máxima de consultas.

O pré-natal deve, ainda, incluir anamnese e exame clínico-obstétrico da gestante, bem como exames laboratoriais, com a finalidade de detectar precocemente distúrbios e condições de saúde, além de avaliação e orientação nutricional para a uma prévia detecção de distúrbios alimentares. A correta avaliação da mulher possibilita identificar situações que classifique como gestação de risco, quando há possibilidade de complicações ou até morte para a mulher e/ou o bebê.

Quanto aos exames laboratoriais realizados durante o pré-natal, devem ser investigadas infecções e doenças crônicas como toxoplasmose, sífilis, rubéola, hepatite B e HIV, além da existência de outras infecções sexualmente transmissíveis. Para a rubéola e a hepatite B, deve ser providenciada a imunização nos casos negativos. O teste de HIV é oferecido à gestante, mediante aconselhamento pré e pós-teste, sendo ela referenciada para serviço especializado nos casos positivos.

As infecções sexualmente transmissíveis devem ser tratadas, e a gestante, sempre orientada quanto à sua prevenção, independentemente do resultado dos exames e das avaliações clínicas. Aos parceiros sexuais também deve ser oferecida testagem para sífilis, hepatite B e HIV.

Para a gestante negra, deve-se sugerir eletroforese de hemoglobina, principalmente se houve antecedentes familiares de anemia falciforme ou antecedentes pessoais de anemia crônica. Em todas as gestantes é fundamental fazer testagem de grupo sanguíneo e fator Rh, para investigar incompatibilidade sanguínea entre mamãe e bebê.

Igualmente importante é rastrear doenças crônicas, como diabetes mellitus, hipertensão arterial crônica, epilepsia e infecções pelo HIV, para possíveis adequações do tratamento medicamentoso e controle da doença no período gestacional.

Exames de rotina da gestante:

- Teste rápido de gravidez;
- Teste rápido de triagem para sífilis e sorologia para sífilis (VDRL/RPR);
- Teste rápido diagnóstico para HIV e sorologia para HIV I e II;
- Proteinúria (teste rápido);
- Dosagem de hemoglobina (Hb) e hematócrito (Ht);
- Grupo sanguíneo e fator Rh;
- Teste de Coombs;
- Glicemia em jejum;
- Teste de tolerância com sobrecarga oral de 75g de glicose de 2 (duas) horas (dextrosol);
- Exame sumário de urina (tipo I);
- Urocultura com antibiograma;
- Exame parasitológico de fezes;
- Colpocitologia oncótica;
- Bacterioscopia do conteúdo vaginal;
- Eletroforese de hemoglobina.

É importante ressaltar que não existe “alta” do pré-natal antes do parto, pois o acompanhamento da mulher deve encerrar após o 42º dia após o parto com a consulta de puerpério.

A concentração das visitas no 3º trimestre de gestação se dá pelo risco de intercorrências clínico-obstétricas, como trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia e rompimento da bolsa amniótica, além de óbito fetal. Esse número de visitas, no entanto, pode aumentar caso a gestação ultrapasse o período de 40 semanas ou a mulher apresente alguma intercorrência.

1.2 Gestação de Alto Risco

A gestação deve ser entendida como algo natural da espécie humana, em que se esperam alterações fisiológicas que são parte do processo natural de se gerar uma vida. No entanto, em determinados casos, existe a probabilidade da evolução desfavorável da gestação; por isso, a gestante e o bebê precisam de um acompanhamento mais próximo e cauteloso.

A avaliação do risco de evolução desfavorável ocorre durante todo o período pré-natal. Porém, deve ser identificada o mais precocemente possível, de modo a evitar ou minimizar desdobramentos que coloquem em risco a vida da mãe e/ou do bebê. No entanto, é possível que a gestação retorne à condição de baixo risco, caso seja resolvida a situação que outrora oferecia risco de pior desfecho.

Estima-se que 10% das gestantes atendidas no pré-natal cursem com critérios que classificam a gestação como alto risco. Por isso, todas as gestantes devem ser avaliadas quanto à presença de condições prévias à gestação, como doenças crônicas, antecedentes obstétricos pessoais e fatores relacionados à gravidez atual, além da exposição ocupacional a agentes que possam colocar em risco o curso natural da gestação, como é o caso da exposição ao agente químico chumbo.

São exemplos de situações que podem levar a complicações na gestação:

- Idade da mulher inferior a 15 anos ou superior a 35 anos para nulíparas¹;
- Altura menor que 1,45 m;
- IMC que evidencie baixo peso, sobrepeso ou obesidade;
- Condições ambientais, sociais e sanitárias desfavoráveis;
- Baixa escolaridade;
- Condição conjugal ou familiar insegura;
- Uso ou dependência de drogas²;
- Ocupação que envolva esforço físico, longas jornadas de trabalho, exposição a agentes químicos, físicos ou biológicos;
- História reprodutiva anterior, tais como: malformação ou macrosomia fetal, abortamento espontâneo ou morte perinatal³ inexplicada, infertilidade/esterilidade, síndromes hemorrágicas ou hipertensivas, nuliparidade ou multiparidade (igual ou superior a cinco partos);
- História de doença obstétrica atual, tais como: crescimento inadequado do útero, hemorragias ou anemia, diabetes gestacional, trabalho de parto prematuro ou gravidez prolongada, ganho ponderal inadequado, volume do líquido amniótico inadequado;
- Intercorrências clínicas crônicas, tais como: epilepsia, doenças no coração, nos pulmões, no sangue ou nos rins, doenças autoimunes, hematológicas ou do sistema endócrino (especialmente *diabetes mellitus*), ginecopatias (miomas, tumores, entre outros), hanseníase, tuberculose.

1. Mulheres que não têm histórico de gestações anteriores.

2. Substâncias psicoativas, incluindo álcool, cigarro e psicofármacos.

3. Morte do bebê, após o nascimento, entre 0 e 28 dias incompletos.

Além disso, certas intercorrências podem indicar a necessidade de encaminhamento à urgência, de modo a avaliar a conduta a ser seguida. Para determinados casos, existe a indicação de interrupção da gravidez.

São fatores de risco: as síndromes hemorrágicas, a suspeita de pré-eclâmpsia ou eclampsia, a perda de líquido amniótico, a crise hipertensiva, a isoimunização Rh, a anemia grave, suspeita ou diagnóstico de abdômen agudo ou trombose venosa na gestante (ou qualquer infecção que necessite de internação hospitalar), trabalho de parto antes de 36 semanas de gestação ou idade gestacional superior a 41 semanas confirmadas, entre outros.

O exame clínico da gestante é indispensável para a identificação precoce de situações de risco, não devendo ser subestimado em nenhum momento. Por isso, ele tem de incluir avaliação nutricional, exame físico completo da gestante e gineco-obstétrico, além da avaliação dos exames laboratoriais e de imagem da primeira consulta até o momento da consulta de puerpério.

Ainda que a gestante seja referenciada para serviços especializados, os profissionais de saúde da unidade de referência da gestante devem ser informados acerca da evolução da gestação e da situação de saúde da mãe e do bebê após o parto.

1.3 Vacinação na Gestante

A imunização de gestantes previne potenciais efeitos danosos no feto provocados por determinadas doenças, além de assegurar imunidade e, conseqüentemente, proteção para o bebê até que ele próprio seja vacinado.

A produção de anticorpos maternos comprovadamente confere proteção ao bebê e pode ser transmitida por via placentária ou pela amamentação. Tal fato, no entanto, não exclui a necessidade de vacinação do bebê, cujo calendário segue de acordo com a maturação do seu sistema imunológico, de modo a estimulá-lo a produzir anticorpos.

Via de regra, o histórico vacinal da gestante deve ser avaliado para investigar o esquema a ser seguido em cada caso. Porém, as gestantes devem ser imunizadas contra hepatite B, difteria, tétano e coqueluche. Cabe destacar que as vacinas, além de eficazes, são seguras e não oferecem riscos à saúde para a gestantes ou para o bebê, pois são feitas a partir agentes mortos ou alterados ou por suas partículas.

Para a vacina contra difteria e tétano (dT), conhecida como dupla-adulto e que protege o recém-nascido contra o tétano neonatal, deve ser avaliada a situação vacinal da gestante. Caso se comprove a imunização prévia da gestante com três doses de vacina com componente tetânico (pentavalente, dT, DT, TT ou DTP) há mais de 5 anos, deve ser administrado apenas um reforço (por meio da vacina dTPa). No caso de esquema incompleto com componente tetânico, este deve ser completado com intervalo de 60 dias (mínimo de 30 dias) entre as doses. Se não há comprovação vacinal, devem ser administradas três doses, sendo duas da vacina dT e uma da vacina dTPa.

Em todos os casos, a última dose ou reforço deve ocorrer pelo menos 20 dias antes da data provável do parto. No entanto, se isso não for possível, a primeira dose tem de ser aplicada o mais precocemente possível e, caso haja tempo, a segunda dose precisa ser administrada pelo menos 20 dias antes da data provável do parto. É fundamental que a última dose ou reforço ocorra em até 40 dias após o parto.

A vacina dTPa foi incorporada ao calendário de vacinação da gestante, de modo a conferir proteção contra coqueluche para o bebê, pois, para eles, essa doença pode ser fatal.

Toda gestante – mesmo que previamente vacinada com três doses da vacina contendo componente tetânico, independentemente de gestações anteriores – deve tomar uma dose única após completadas 20 semanas, preferencialmente entre a 27ª e a 32ª semana. Caso não tenha sido vacinada durante a gravidez, precisa vacinar-se o mais precocemente possível após o parto. Também são recomendadas três doses da vacina hepatite B (recombinante) para prevenção de infecções pelo vírus da hepatite B às gestantes sem comprovação vacinal.

O intervalo entre a primeira e a segunda dose deve ser de 30 dias e, entre a primeira e a terceira dose, de 180 dias. No entanto, o intervalo mínimo entre a segunda e a terceira dose é de 60 dias. O esquema deve ser iniciado o mais precocemente possível. No caso de esquema incompleto, é importante completar o esquema vacinal com as doses restantes.

Nos períodos de campanha vacinal, a vacina contra gripe (influenza) também pode ser administrada em dose única nas gestantes em qualquer idade gestacional, para evitar os tipos graves da doença e a consequente hospitalização da gestante. A vacina contra gripe é produzida a partir do vírus morto e, por isso, é segura, pois não provoca doença.

As vacinas que contêm bactérias ou vírus vivos não devem ser administradas durante a gestação devido ao risco de causar malformação fetal, aborto ou trabalho de parto prematuro devido à passagem de antígenos vivos atenuados por via placentária.

No entanto, a necessidade de imunização deve ser avaliada quando o benefício se sobrepuser ao possível risco. Exceto a vacina contra febre amarela, as demais vacinas vivas podem ser administradas no período de amamentação. Nos casos em que a gestante é contato de uma pessoa portadora de hanseníase, a administração de dose adicional da vacina BCG deve ser adiada para depois do parto.

1.4 As Transformações na Mulher Gestante

A suspeição de gravidez mais comum é o atraso menstrual. No entanto, outros sintomas podem ocorrer, apesar de serem menos específicos, como alteração de apetite, náuseas e vômitos, sonolência, desmaios e aumento do volume abdominal.

O diagnóstico pode ser feito por meio da detecção do hormônio coriogonadotrófico, também conhecido como hCG na urina ou no sangue, ou por meio de ultrassonografia, a partir da 4ª semana de gestação, para identificar presença de embrião, saco gestacional e corpo-lúteo (responsável pela manutenção da gestação até a formação da placenta).

A gestação normal pode durar de 38 a 42 semanas, sendo a média comumente usada na literatura de 40 semanas, cujo parto deve ser visto como um processo fisiológico e natural, conduzido pelo bebê, com o auxílio da gestante e amparado por profissionais habilitados para detecção precoce de sinais e sintomas de sofrimento fetal ou complicações maternas.

Nesse contexto, a mulher e os seus acompanhantes devem ser preparados física e emocionalmente durante o pré-natal, de modo a sanar dúvidas e desmistificar o parto, seja ele normal, seja ele cesáreo.

Entende-se o parto normal como um processo seguro e saudável tanto para a mulher quanto para o bebê. No entanto, em algumas situações, como na gestação de risco, há a indicação de interrupção da gestação, geralmente, na 38ª semana, por meio de um procedimento cirúrgico abdominal denominado cesariana.

Atualmente, nos exames de ultrassonografia, é possível estimar a idade gestacional, ou seja, o número de semanas de vida do feto. Porém, o profissional médico ou enfermeiro pode efetuar um cálculo bem simples para estabelecer a idade gestacional e a data provável do parto (DPP). Para isso, é necessário saber ou ao menos estimar a data ou período do mês da última menstruação (DUM), que é quando ocorreu o primeiro dia de sangramento do último ciclo menstrual da mulher. Com base nesses dados, o cálculo é feito da seguinte maneira:

- Com auxílio do calendário, some o número de dias entre a DUM e a data atual e divida o total por sete. O resultado será lido em semanas. Por exemplo: DUM: 28/07/2018, data atual 23/09/2018. Julho: $31 - 28 = 3$ dias. Agosto: 30 dias. Setembro: 23 dias. $3 + 30 + 23 = 56/7 = 8$ semanas;
- Quando se conhece apenas o período do mês em que ocorreu a DUM, deve-se estimar os dias 5, 15 e 25 para início, meio e fim do mês, respectivamente. Por exemplo: DUM no início do mês de julho de 2018, data atual 23/09/2018. Julho: $31 - 5 = 26$ dias. Agosto: 30 dias. Setembro: 23 dias. $26 + 30 + 23 = 79/7 = 11$ semanas.

Para se calcular a data provável do parto, deve-se levar em consideração uma gestação com duração de 40 semanas ou 280 dias, a partir da DUM. Basta somar sete dias ao primeiro dia da última menstruação e subtrair três meses ao mês em que ocorreu a última menstruação.

Exemplo:

DUM: 28/07/2018 + 7 dias = 04/08/2018 – 3 meses = 04/05/2019.

Note que julho tem 31 dias, sobrando apenas 3 dias para o início do próximo mês, agosto. Ao se subtraírem 3 meses, é importante verificar se ocorre mudança de ano (a partir do mês de abril).

À medida que as semanas avançam, o útero aumenta de tamanho até ganhar o abdômen, por volta da 16ª semana de gestação. O útero é medido em centímetros do fundo do útero até a sínfise púbica (monte púbico).

Por volta da 20ª semana de gestação, o útero se aproxima da altura do umbigo. A medição do fundo de útero é usada para avaliar o desenvolvimento fetal em relação à idade gestacional, diagnosticando precocemente desvios de normalidade.

A partir da 12ª semana, é possível ouvir os batimentos do coração do bebê com o auxílio de um instrumento chamado sonar. São considerados normais os registros entre 120 e 160 batimentos fetais por minuto. No entanto, pode-se observar o aumento da frequência cardíaca fetal após uma contração uterina, o que significa boa vitalidade do bebê.

Os movimentos fetais geralmente são avaliados a partir da 34ª semana de gestação, para verificar o seu bem-estar. No entanto, é possível a mulher sentir esses movimentos algumas semanas antes. Como os movimentos vão ganhando força e frequência à medida que amadurece o sistema musculoesquelético do bebê, eles podem ser facilmente confundidos com peristalse intestinal no início da gestação.

1.5 Intercorrências Comuns Durante a Gestação

As mudanças hormonais no período gestacional podem causar uma série de sensações e intercorrências desagradáveis. Além disso, à medida que o útero avança para a região abdominal, os demais órgãos perdem espaço, contribuindo para o surgimento de desconfortos. É possível, no entanto, que a mulher passe por todo o período gestacional sem nenhuma queixa. A seguir, são pontuadas as intercorrências mais frequentes:

Hiperêmese gravídica: é caracterizada por vômitos que impedem a correta alimentação da gestante, podendo ocasionar desidratação, diminuição do volume de urina, perda de peso e transtornos metabólicos pela perda de minerais. Ocorre, geralmente, no primeiro trimestre e pode estar associada aos hormônios hCG e estrogênio;

Varizes: podem surgir ou ser agravadas durante a gestação devido à compressão do útero na pelve, causando congestão sanguínea nas pernas. As varizes podem ocasionar, consequentemente, tromboembolismo, que é uma reação inflamatória na parede de uma veia, provocada por sua oclusão total ou parcial por um trombo, levando à dor, ao aumento da temperatura no membro acometido e à dificuldade de movimentação e deslocamento. Essa condição requer assistência imediata;

Hemorroidas: são as varizes que ocorrem nas veias do reto (terço final do intestino grosso), causando, na maioria das vezes, dor, sangramento e coceira. Podem caracterizar-se por edemas e pela presença de coágulos visíveis tanto pela alteração da coloração (arroxeada) quanto pelo tamanho do ânus. Podem ocasionar tromboembolismo pelo deslocamento de coágulos sanguíneos provenientes da estase venosa;

Constipação intestinal: durante a gestação, ocorre a diminuição da motilidade intestinal, a fim de que o intestino possa absorver o máximo de nutrientes e água para nutrir o bebê. Com isso, as fezes tornam-se mais secas e, consequentemente, mais difíceis de serem expelidas. A constipação intestinal também causa hemorroidas;

Flatulência: os gases durante a gravidez ocorrem com maior frequência também devido à diminuição da motilidade gástrica e intestinal. Com o aumento do volume do útero gravídico,

à medida que a gestação avança, a digestão torna-se mais retardada, piorando o desconforto depois das refeições;

Azia: a progesterona relaxa o esfíncter⁴ do estômago, causando retorno do conteúdo gástrico até o esôfago e a sensação de queimação na garganta. O aumento do volume uterino comprime o estômago, colaborando para o retorno do conteúdo gástrico ao esôfago;

Congestão e sangramento nasal: acredita-se que a elevação do estrogênio e da progesterona sejam responsáveis pelo aumento do fluxo sanguíneo nas pequenas veias da região da mucosa nasal, podendo estender-se para os seios da face;

Ronco: a compressão respiratória ao deitar pelo volume do útero gravídico possibilitam a ocorrência de roncos. Eles também podem ser causados pelo aumento excessivo de peso durante a gravidez. No entanto, deve-se atentar para períodos de ausência de respiração, conhecida por apneia, que coloca em risco a oferta de oxigênio para a mãe e para o bebê;

Problemas dentários: a congestão da mucosa oral causada pelo estrogênio e pela progesterona pode causar edema e inflamação de gengivas, que podem evoluir desde sangramentos até periodontite, aumentando o risco de parto prematuro e de baixo peso (do bebê) ao nascer.

Para todos os desconfortos citados, existem recomendações a serem seguidas de modo a melhorar sinais e sintomas, garantindo, assim, uma gestação menos incômoda. Além de mudanças de estilo de vida e alimentação, podem ser feitas suplementações à medicalização, nos casos mais persistentes. Cabe ressaltar, no entanto, que cada gravidez é única e que cada mulher é única também.

Além disso, a automedicação é desaconselhada em qualquer caso, pois alguns medicamentos, por mais naturais que sejam, podem trazer riscos para a saúde da mulher no período gestacional e colocar em risco a vida do bebê. Alguns alimentos também são desaconselhados nesse período pelo mesmo motivo.

Por isso, é importante conversar com o obstetra e com a equipe multiprofissional, pois as recomendações sempre serão individualizadas, com base no histórico de saúde da mulher gestante. A decisão pela terapêutica mais adequada deve considerar também o período de desenvolvimento fetal e a presença ou não de risco à saúde tanto da mãe como do bebê.

4. Válvula que separa o esôfago do estômago e o estômago do duodeno, sendo responsável por regular a passagem do alimento pelo trato gastrointestinal.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de normas e procedimentos para vacinação**. Brasília, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual técnico pré-natal e puerpério**. Atenção qualificada e humanizada. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da mulher na gestação, parto e puerpério**. Brasília, 2019.

FIGUEIREDO, N. M. A.; MACHADO, W. C. A.; et al. **Tratado cuidados de enfermagem médico-cirúrgico**. Volume II. São Paulo: Roca, 2012.

MURKOFF, H.; EISENBERG, A.; HATHAWAY, S. **O que esperar quando você está esperando**. 3. ed. Rio de Janeiro: Record, 2005.

SOCIEDADE Brasileira de Imunizações. **Imunização: tudo o que você sempre quis saber**. Rio de Janeiro: RMCOM, 2016.



2

NUTRIÇÃO NA GESTAÇÃO

Fabiane Toste Cardoso

A gravidez é um fenômeno fisiológico que acarreta uma série de transformações no organismo materno (hormonais e relacionados ao crescimento do feto), bem descritas acima, que têm a finalidade de garantir o crescimento e o desenvolvimento do feto e, ao mesmo tempo, de “proteger” o organismo materno, fazendo com que, ao final do processo, a gestante se encontre em condições de saúde satisfatórias e apta para o processo de lactação.

Para que tudo isso aconteça, há necessidade de aumentar proporcionalmente os nutrientes da alimentação materna durante a gestação, considerando-se que a melhor fonte de nutrientes para o feto é aquela proveniente dos constituintes da alimentação materna. Vale salientar, então, que os cuidados com o estado nutricional da gestante e sua ingestão alimentar devem ser rigorosamente observados, a fim de evitar situações adversas à sua saúde.

Abaixo são descritas algumas recomendações nutricionais, frente às situações clínicas frequentemente descritas na gestação:

<p>Náuseas e vômitos – São tão frequentes que simbolizam a gravidez constituem ameaça à vida, mas podem comprometer o ganho de peso.</p>	<p>Evitar frituras, alimentos gordurosos e com odor forte ou desagradável ou os que causem desconforto/intolerância.</p> <p>Modificar o tempero das preparações, evitando o uso de condimentos picantes.</p> <p>Preferir temperos suaves.</p> <p>Restringir líquidos de 1 a 2 horas antes e após as refeições.</p> <p>Consumir pequenas refeições frequentes (de 3 em 3 horas).</p> <p>Evitar ficar com o estômago vazio por mais de 2 a 3 horas.</p>
<p>Azia/Pirose – Ocorre mais comumente ao final da gravidez.</p>	<p>Evitar o consumo de álcool, café, chá e outras bebidas que contenham cafeína, as quais aumentam a secreção gástrica</p> <p>Limitar a quantidade de alimentos ingeridos por vez e a ingestão de líquidos durante as refeições.</p> <p>Vestir roupas leves na cintura, alimentar-se lentamente e sentar-se de maneira ereta após as refeições, por pelo menos 3 horas antes de se deitar.</p>
<p>Constipação e flatulências – A constipação pode ser definida como uma retenção de fezes no cólon além do tempo normal de esvaziamento. A defecação normalmente dá-se 24 a 72 horas ou mais após a ingestão alimentar.</p>	<p>Aumentar o fracionamento das refeições regulares (5 a 6 refeições ao dia).</p> <p>Mastigar bem os alimentos, evitar falar durante as refeições e comer devagar.</p> <p>Aumentar a ingestão hídrica (+ ou – 2 litros de água por dia).</p> <p>Criar o hábito sanitário diário.</p> <p>Estimular a caminhada pelo menos 3 vezes por semana, caso não haja contraindicação médica.</p> <p>Intensificar o aporte de fibras, aumentando a oferta de alimentos integrais, farelos de aveia e trigo (iniciar com uma colher de chá/dia e aumentar conforme tolerância, frutas, legumes e verduras).</p>
<p>Hemorroida – É a dificuldade de retorno venoso provocada pelo aumento do útero. Ocorre, geralmente, a partir do quinto mês de gestação.</p>	<p>Evitar a obstipação.</p> <p>Evitar o uso de papel higiênico colorido ou áspero.</p> <p>Fazer a higiene perianal com água e sabão neutro após a defecação.</p>

Alimentos com ação laxante:

- abacate;
- abacaxi;
- abobrinha;
- acelga;
- agrião;
- alface;
- ameixa;
- berinjela;
- bortalha;
- brócolis;
- caqui,
- castanha;
- chicória;
- couve;
- creme de leite;
- espinafre;
- farelos;
- feijão;
- grão de bico;
- iogurte;
- jaca;
- laranja;
- lentilha;
- maionese;
- mamão;
- manga;
- mel;
- morango;
- nozes;
- quiabo;
- repolho;
- uva.

Receita de coquetel laxativo

Bata no liquidificador: meio copo de iogurte natural, 3 ameixas secas (deixe-as de molho na véspera), 2 laranjas com bagaço, 1 fatia de mamão, 1 colher de sobremesa de farelo de aveia e a água da ameixa.

Uma condição frequentemente relatada nas consultas pré-natais é a chamada **picamalácia**, em que a gestante começa a ingerir substâncias não alimentícias (como terra, tijolo, sabão, barro, gelo, cal de parede) que a fazem sentir alívio dos sintomas de náuseas e vômitos.

É importante esclarecer que essa prática pode associar-se com intercorrências gestacionais (sobretudo anemia), além de interferir na absorção de nutrientes ou mesmo acarretar prejuízos fetais.

2.1 Orientações Nutricionais Gerais para a Gestação

Algumas orientações nutricionais são comuns a cada gestação e devem ser seguidas diariamente. São elas:

- Cuidar do consumo de sódio de adição usado na alimentação;
- Ingerir de 6 a 8 copos/dia de água;
- Restringir a cafeína (a 4 xícaras ou 200 ml de café);
- Consumir diariamente um alimento do grupo de carnes;
- Suplementar proteínas e cálcio com 4 xícaras de leite ou derivados;
- Consumir pelo menos 5 porções do grupo de frutas e vegetais;
- Preferir grãos e cereais enriquecidos e integrais;
- Incluir 1 a 2 colheres de sopa de gordura insaturada (como o azeite).

A identificação precoce de inadequações nutricionais durante o período pré-natal (ganho insuficiente ou excessivo de peso) possibilita que o nutricionista intervenha com orientação nutricional individualizada.

A nutrição deficiente na gestação e o ganho de peso insuficiente ocasionam má nutrição intrauterina e nascimento de criança com baixo peso e menores chances de sobrevivência. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), os recém-nascidos são assim classificados de acordo com o peso quando nascem:

- **peso adequado:** igual ou superior a 2500g;
- **baixo peso ao nascer:** inferior a 2500g;
- **muito baixo peso:** < 1500g.

Crianças com baixo peso ao nascer apresentam maior risco de mortalidade nos primeiros anos de vida com desnutrição subsequente, sendo possível que apresentem sequelas em seu desenvolvimento físico e intelectual. O BPN pode estar relacionado à má nutrição materna e a condições como tabagismo, uso de álcool e/ou drogas na gestação, hipertensão materna, intervalo interpartal menor de 2 anos, gestação múltipla e partos cesáreos indicados precocemente. As causas de BPN são diferentes nos casos de criança pré-termo ou a termo. No primeiro caso, o bebê não conseguiu ganhar peso em função do nascimento antes da data prevista; provavelmente, ele teria alcançado peso adequado se completasse as 37 a 42 semanas de gestação. Na criança a termo com baixo peso, ocorreu um retardo no crescimento uterino, sinal provável de má nutrição materna.

Outra inadequação nutricional que deve ser observada e acompanhada é a mulher ganhar muito peso durante o período gestacional ou iniciar a gestação com sobrepeso ou obesidade, que são fatores de riscos para complicações clínicas como diabetes e hipertensão.

Além disso, o acúmulo excessivo de gordura durante a gestação determina um maior ganho de peso do bebê. Vem sendo bem descrita na literatura que a taxa de mortalidade em bebês com mais de 4 kg é maior, quando comparada à daqueles pesando entre 3 e 4 kg.

Estudos vêm demonstrando a associação do maior peso ao nascer com a obesidade na infância e na idade adulta. Dessa maneira, a melhoria do estado nutricional materno tem impacto positivo nas condições ao nascer, minimizando as taxas de mortalidade perinatal e neonatal e contribuindo para o sucesso do aleitamento materno, além de estar relacionada a um menor risco de obesidade e doenças crônicas na infância e na idade adulta.

REFERÊNCIAS

ACCIOLY, Elizabeth; SAUNDERS, Claudia; LACERDA, Elisa Maria de Aquino. **Nutrição em obstetrícia e pediatria**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2005.

MAHAM, L. K.; ESCOTT-STUMP, S.; RAYMOND, J. L. **Krause**: alimentos, nutrição e dietoterapia. 13. edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. 1227 p.

VITOLLO, Marcia Regina. **Nutrição**: da gestação ao envelhecimento. Rio de Janeiro: Rubio, 2008. 628p.



3 ATIVIDADE FÍSICA DURANTE A GESTAÇÃO

Fabiana Regolin

Um estilo de vida saudável é aquele que inclui a prática regular de atividade física.² Durante o período gestacional, a atividade física regular e orientada pode promover benefícios para a saúde materna e fetal, tais como: melhora da função cardiovascular; auxílio no controle de peso e de algias posturais na gravidez; maior flexibilidade e tolerância à dor; fortalecimento da musculatura pélvica; diminuição de estresse e elevação da autoestima da gestante.^{1,2}

A prática regular de atividade física é uma aliada às gestantes que apresentam diabetes gestacional no controle dos níveis glicêmicos.^{1,2,3} Para o feto, estudos têm relacionado a prática de atividade física durante a gestação ao aumento do peso ao nascer e à melhoria da condição nutricional.¹

A orientação é que se pratique atividade física de leve a moderada intensidade, com duração de 30 minutos ou mais, de 3 a 5 vezes por semana. Ela pode ser composta por exercícios aeróbios (caminhadas e exercícios na água), de fortalecimento (pilates e musculação), alongamento, relaxamento (ioga) ou dança.²

O ideal é um programa que associe exercícios aeróbios, de fortalecimento e alongamento.³ Mas lembre-se de que toda atividade deve ser adaptada ao período gestacional em que se encontra a mulher. Ademais, apesar dos inúmeros benefícios, a prática de atividade física deve ser autorizada pelo obstetra, pois existem casos em que ela é contraindicada.²

Mulheres fisicamente ativas poderão manter a prática de atividades prévias à gestação, desde que estas sejam compatíveis com o período gestacional. Atividades com risco de queda não são recomendadas.² O obstetra, juntamente com outros profissionais da saúde que acompanham a gestante, determinará a frequência, o(s) tipo(s), entre outras características da atividade física que você poderá praticar!

A seguir, são listadas algumas orientações para a prática de atividade física:

- O programa de exercícios físicos deve ser desenvolvido de maneira progressiva e regular;⁴
- Os exercícios devem ser praticados com moderação.⁴ Os sintomas que a gestante vier a apresentar são um meio pelo qual ela controlará a intensidade do exercício.¹ A atividade física deve ser interrompida quando a gestante estiver cansada, não sendo recomendada a prática até a exaustão. Nesse sentido, são sinais de exagero: dor, sudorese intensa, impossibilidade de conversar enquanto se exercita, sonolência e pulso superior a 100 batimentos por minutos após 5 minutos da encerrada a atividade.⁴ Também não é recomendada a prática de atividades físicas por períodos prolongados (superiores a 60 minutos);³
- Os exercícios físicos devem ser interrompidos em caso de dor, câibras ou fisgadas que não desaparecem, contrações uterinas, taquicardia ou palpitações, forte falta de ar, dificuldade de andar ou perda do controle muscular, aumento do inchaço de mãos, pés, tornozelos e face, sangramento vaginal, tonturas, dor ou inchaço na panturrilha, diminuição do movimento fetal (depois de 28 semanas de gestação) e perda de líquido amniótico.⁴ Aparecendo um ou mais desses sinais/sintomas, deve-se entrar em contato com o médico-assistente;
- É importante ingerir água durante a prática da atividade física e alimentar-se antes de iniciá-la.^{3,4}

REFERÊNCIAS

1. BATISTA, D. C. *et al.* Atividade física e gestação: saúde da gestante não atleta e crescimento fetal. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.3, n. 2, p. 151-158, abr./jun., 2003.
2. SURITA, F. G.; NASCIMENTO, S. L.; SILVA, J. L. P. S. Exercício físico e gestação. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, n. 36, v. 12, p. 531-4, 2014.
3. NASCIMENTO, S. L. Recomendações para a prática de exercício físico na gravidez: uma revisão crítica da literatura. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, n. 36, v. 9, p. 423-31, 2014.
4. MURKOFF, H. E. *et al.* **O que esperar quando você está esperando**. 10. ed. Rio de Janeiro: Record, 2010.



**SEÇÃO 2 | PARTO, PÓS-PARTO E
ARRANJOS FAMILIARES**

APRESENTAÇÃO

O trabalho de parto parece ser o desbravamento de mares nunca antes navegados para as gestantes de primeira viagem ou pode representar uma redescoberta de sentimentos e emoções envolvidos nesse momento tão único experimentado pelas mulheres: dar à luz a um bebê.

Apesar de parecer desafiadora, a experiência é natural e fisiológica e pode ser experimentada por diversas maneiras, de acordo com cada mulher, seu contexto social e suporte emocional.

De qualquer modo, seja a primeira ou a quinta gestação, cada experiência é única e envolve medos comuns a todas as gestantes. Será que vai doer muito? Será que vai demorar muito? Será que vou conseguir parir? Será que vou ter leite? Será que vou conseguir amamentar? Amamentar dói? E como ter filhos quando a família é constituída por duas mães, dois pais, apenas uma mãe ou um pai?

Torna-se impossível um registro fidedigno do nível de dor ou dos sentimentos envolvidos tanto no trabalho de parto quanto no aleitamento materno e no desenvolvimento de vínculos afetivos advindos de outros meios de concepção diferentes daquele formado a partir de pais heterossexuais. Afinal, é possível a maternidade/paternidade romper laços biológicos e nascer a partir do amor e do afeto para aqueles pais que não podem gerar filhos biológicos.

Portanto, na tentativa de esclarecer alguns pontos importantes acerca desses temas, o presente volume aborda no primeiro capítulo as fases do trabalho de parto e os primeiros momentos com o bebê, explica os tipos de anestesia para alívio da dor durante o trabalho de parto e aborda o parto cesáreo enquanto alternativa em situações de risco de vida para a gestante e/ou para o bebê.

O segundo capítulo apresenta a importância do aleitamento materno para o bebê, para a mãe, para a família de maneira geral, esclarece algumas dúvidas sobre aleitamento e ordenha das mamas e doação de leite humano materno e aborda o uso de bicos artificiais e sucção digital. O terceiro capítulo aborda a parentalidade em arranjos familiares diferentes da composição familiar heterossexual e a necessidade de olhar para este grupo social sem julgamentos e preconceitos e de acolher e validar estas “novas” famílias para que possam ter o direito de exercer parentalidade em sua plenitude.



4

O PARTO: O QUE ESPERAR ANTES, DURANTE E DEPOIS

Ana Paula da Fonseca da Costa Fernandes

4.1 A Fase Premonitória

Durante toda a gestação, a mulher passa por mudanças no corpo e nos hormônios para que o bebê possa crescer dentro do útero de maneira viável. Quando se aproxima o momento do parto, o corpo também começa a se preparar. Muitos são os tabus e os medos que envolvem esse período: “Será que vou suportar a dor do parto? E se demorar muito para o bebê sair? Será que vou ‘ter passagem para o bebê nascer’? Será que isso vai prejudicar a relação sexual?”.

Tantas incertezas comprometem a confiança da mulher de que ela seja, de fato, apta a participar do parto junto com seu bebê. Assim, ela é induzida a acreditar que o parto cesariano é a melhor escolha.

Cabe destacar que o parto pode ocorrer a partir da 38ª semana de gestação, mas, caso seja a primeira gravidez, é possível que demore mais algumas semanas podendo chegar até a 42ª semana ou mais.

Habitualmente se opta pela indução do parto ou interrupção dele por meio de cesariana a partir da 41ª semana ou antes, caso se verifique diminuição da vitalidade do bebê, avaliado por

meio de exame de perfil biofísico fetal e cardiotocografia. A interrupção da gestação se dá pelo risco aumentado de morte neonatal e perinatal em gestações prolongadas.

As alterações que indicam que o parto se aproxima podem aparecer com um mês de antecedência ou surgir horas antes do início do trabalho de parto nas mulheres que nunca conceberam um filho anteriormente. Acredita-se que uma combinação de fatores relacionados à mãe, ao bebê e à placenta são os responsáveis pelo desencadeamento do trabalho de parto.

O bebê produz hormônios que indicam que ele está pronto, e essa reação libera na mãe outros hormônios para que o útero comece a contrair. Isso quer dizer que o seu bebê vai guiá-la nessa jornada e que o seu corpo saberá o que fazer quando chegar a hora.

Embora os sinais de que o momento tão esperado se aproxima possam ser percebidos pela mulher (como as contrações uterinas, a insinuação fetal, a sensação de pressão na pelve e no reto e a perda de tampão mucoso), o trabalho de parto pode iniciar-se dias depois.

Além disso, também é possível ocorrer a modificação da secreção vaginal (que se torna mais espessa) e o tingimento dessa secreção de sangue, fazendo-a ficar rosada, devido ao rompimento de vasinhos provocado pela dilatação da cérvix. Assim, muitas vezes esse período premonitório é confundido com o trabalho de parto. Então, como saber se o parto já se iniciou? Normalmente, as contrações uterinas (que antes eram uma espécie de treinamento, conhecido como contrações de Braxton Hicks) passam a ser regulares e vão aumentando de intensidade e diminuindo o seu intervalo à medida que se aproxima o momento do parto.

No entanto, a ruptura da bolsa amniótica nem sempre acontece antes de o trabalho de parto acontecer. Em algumas situações, inclusive, é possível ocorrer o nascimento do bebê envolto na bolsa, o chamado parto empelicado.

Na maioria dos casos, é comum a saída de líquidos nas 24 horas que antecedem o trabalho de parto. É preciso saber que esse líquido tem odor adocicado e coloração semelhante à palha, além de costumar sair com mais frequência na posição deitada, uma vez que o peso do bebê sobre a pelve quando a mulher está sentada ou de pé tende a funcionar como um tampão uterino, impedindo o vazamento do líquido amniótico.

4.2 O Trabalho de Parto

Teoricamente, o trabalho de parto constitui o primeiro estágio do parto e possui três fases:

1. **Precoce**, quando ocorre o início do apagamento cervical até chegar a 3 cm de dilatação;
2. **Trabalho de parto ativo**, quando a cérvix alcança 7 cm de dilatação; e
3. **Fase transicional**, com a completa dilatação da cérvix, chegando a 10 cm.

Na prática, apenas é possível identificar essas três fases com auxílio profissional, uma vez que o apagamento da cérvix é imperceptível. É possível, no entanto, perceber a evolução do trabalho de parto, por causa das alterações nas características das contrações uterinas.

Desse modo, é possível que a fase precoce dure alguns dias e as contrações até passem despercebidas. Elas podem variar de duração (mas não costumam passar de 45 segundos) e de

intensidade, mas não têm regularidade. Nesse momento, é importante saber que, caso seja a primeira gestação, é possível que, de fato, essa fase dure alguns dias.

Portanto, procure relaxar, alimentar-se e hidratar-se de maneira adequada, dormir ou descansar a fim de guardar energias para o que vem pela frente. Casos as dores das contrações sejam fortes, tente técnicas não medicamentosas, como massagem, ducha com água morna, compressas quentes na região lombar, meditação, exercícios respiratórios ou música.

Também é importante informar ao obstetra, à enfermeira obstetra e/ou doula o início do trabalho de parto e cronometrar minimamente as contrações para avaliar sua evolução, além de ficar atenta à saída do tampão mucoso (uma espécie de “rolha” formada por muco que tampa o orifício uterino durante a gestação) e/ou a saída de líquido amniótico.

Deixe os pertences e documentos de identificação à mão para que não sejam esquecidos no momento de ir acompanhada à maternidade ou casa de parto. Mesmo que tenham programado o parto em casa, separe uma bolsa com roupas suas, do seu acompanhante e do bebê, para situações de emergência.

A gestante deve ser avaliada por um especialista quando:

- A saída do líquido amniótico apresentar coloração esverdeada, indicando presença de mecônio (líquido verde-escuro ou preto, grosso, com grumos);
- A temperatura corporal da mulher estiver igual ou superior a 38°C em uma aferição ou igual ou superior a 37,5°C em duas aferições consecutivas com intervalo de 1 hora;
- A pressão arterial da mulher estiver igual ou superior a 160 × 110 mmHg em uma aferição;
- A pressão arterial da mulher estiver igual ou superior a 140 × 90 mmHg em 2 aferições com intervalo de 30 minutos;
- Houver qualquer sangramento vaginal ativo ou emergência obstétrica (prolapso de cordão, hemorragia, convulsão ou colapso materno);
- O tempo de rompimento da bolsa amniótica for igual ou superior a 24 horas sem evolução do trabalho de parto.

A segunda fase, chamada de parto ativo, dura em média 8 horas, sendo pouco provável que dure mais que 18 horas na primeira gestação. Esse tempo costuma ser de 5 a 12 horas em mulheres que já tiveram bebês. Apesar de ser mais rápido que o estágio anterior, ele tende a ser mais doloroso.

As contrações aumentam de frequência e intensidade, costumam durar entre 40 e 60 segundos e com intervalos inferiores a 5 minutos. Esse é o momento de ir para a maternidade ou casa de parto, se não tiver se preparado para o parto em casa.

Nessa fase, à medida que as contrações se intensificam, aproxima-se cada vez mais o momento do parto e o desconforto pode ser grande. Por isso, procure fazer exercícios respiratórios, relaxar no intervalo entre as contrações e caminhar ou adotar uma posição na qual se sinta mais confortável.

É fundamental lembrar-se de urinar mesmo sem vontade, pois é possível que você não perceba a necessidade de esvaziar a bexiga. Tente não gastar energia nesse momento, pois seu corpo agora está preparando-se para o estágio mais importante e vai precisar dela para a fase de expulsão do bebê.

A última fase, chamada de transicional, é a mais dolorosa, em que a cérvix está nos seus 3 cm finais de dilatação. É possível que você perceba a dor como constante, mas ela dura em média de 60 a 90 segundos. Além disso, pode sentir dor nas pernas, fadiga, náuseas e vômitos, sensação de calor alternada com frio, tremores e sudorese. Nesse momento, procure pensar que se aproxima a hora em que você estará com seu bebê nos braços, pois essa fase costuma durar entre 15 minutos a 1 hora.

4.3 Parto e Secundamento

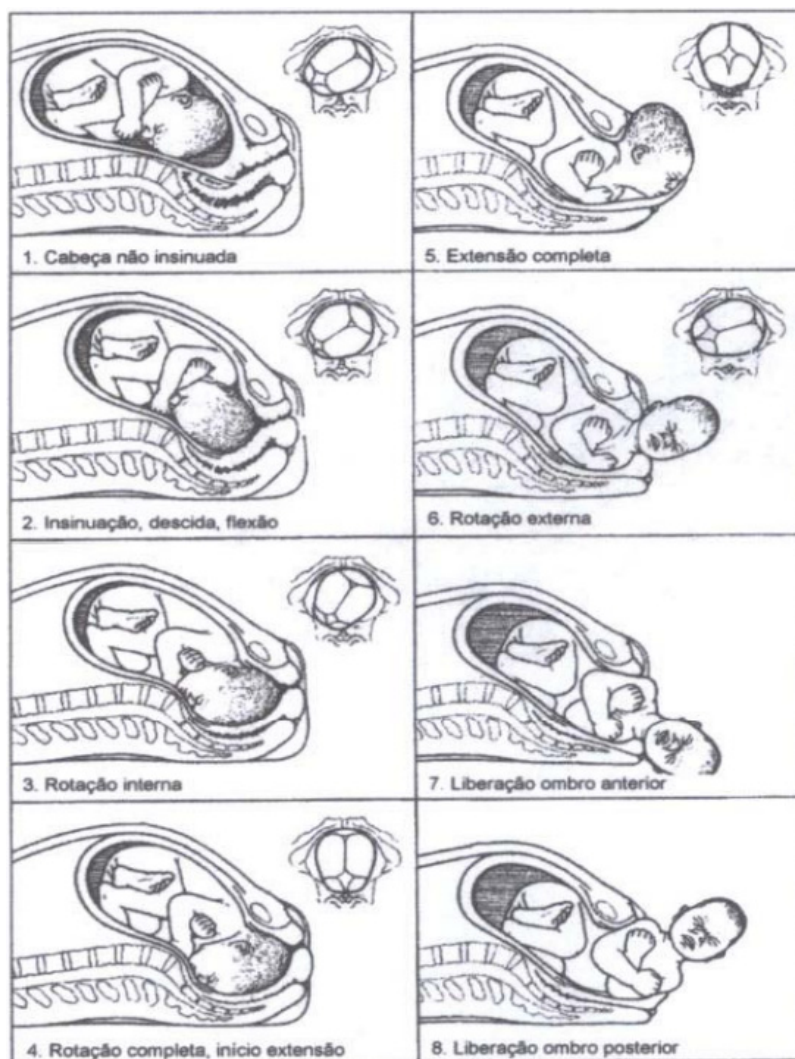
Após alcançar a dilatação total da cérvix, seu corpo e o bebê já estão preparados para o parto, propriamente dito. É possível agora visualizar a cabeça do bebê, e você vai sentir uma vontade muito grande de fazer força. Esse momento pode durar de 30 minutos a 3 horas.

Como os períodos de intervalo entre as contrações são mais definidos, lembre-se de relaxar. São as contrações uterinas que ajudam na expulsão do bebê; por essa razão, fazer força nos períodos em que o útero está relaxado não vai ajudar no processo. Além disso, fazer força de expulsão antes da completa dilatação da cérvix contribui para laceração vaginal.

É possível sentir vontade de fazer força até 5 vezes durante uma contração. Responda a essa vontade e se esforce ao máximo nesse momento. Oriente os esforços para a região inferior do seu corpo, evitando que o esforço se concentre no rosto.

Durante a força de expulsão, é comum a eliminação também do conteúdo presente no intestino. Se isso ocorrer na maternidade ou casa de parto, os profissionais providenciarão a limpeza. Portanto, não deixe que isso diminua os esforços durante a contração para não prejudicar a expulsão do bebê (**Figura 4.1**).

Figura 4.1 Fenômenos mecânicos do parto.



Fonte: Ministério da Saúde (2001).

Sobre a posição da mulher durante o parto, cabe ressaltar que, embora se tenha praticado no passado o parto na posição ginecológica, com a mulher deitada, de pernas suspensas e abertas, foi constatado por meio de estudos científicos que outras posições, além de mais confortáveis, favorecem a expulsão do bebê e diminuem as intercorrências tanto com a mãe quanto com o bebê.

Portanto, a posição a ser adotada é aquela que proporciona à mulher mais conforto e menos dificuldades de puxo. Lembrando que o parto é um mecanismo fisiológico por meio do qual os seres humanos chegam ao mundo, e, portanto, a mulher e o bebê estão preparados para tal. Os profissionais de saúde apenas assistem ao parto para garantir que haja atuação especializada no caso de intercorrências.

Após a saída do bebê, é a vez de sair a placenta; por isso, o útero continua contraindo levemente para favorecer o descolamento dela e a sua consequente expulsão. Esse fenômeno, chamado de secundamento ou dequitação, é o terceiro e último estágio do parto e dura de 10 a 30 minutos.

Cabe destacar que é necessária a completa expulsão da placenta, pois seus resíduos podem causar infecções. Por isso, é fundamental que o obstetra e o ginecologista sejam informados no caso do surgimento de sinais e sintomas no pós-parto, como hemorragia intensa, dor e sensibilidade abdominal, febre e secreção vaginal com mal cheiro.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que, após o nascimento do bebê, ele seja mantido no contato pele a pele com a mãe durante a primeira hora de vida. Conhecido como *golden hour*, esse contato previne a hipotermia e promove o aleitamento materno, segundo a OMS. O contato mais próximo com o bebê também estimula a liberação de ocitocina pela mãe, acelerando o processo de descida do leite, além de contribuir para a formação de vínculo entre ambos e a avaliação da pega do bebê no seio materno.

Não é recomendado banho no bebê nas primeiras 24 horas de vida. Além disso, bebês perdem calor para o meio com muita facilidade, principalmente pela cabeça, o que faz com que ele consuma muita energia para manter a temperatura corporal. Por isso, os bebês precisam estar bem agasalhados, o que inclui o uso de toucas. Também é recomendado que a mãe e o bebê fiquem juntos 24 horas por dia.

No caso de mães com fator Rh negativo cujos bebês apresentam Rh positivo, é necessária a dessensibilização nas primeiras 72 horas pós-parto, o mais precocemente possível, por meio da injeção de imunoglobulina anti-D. A aplicação de uma primeira dose dessa injeção antes do parto ainda é controversa na literatura científica.

A injeção pós-parto previne a sensibilização do organismo materno, que, após contato com o sangue do bebê Rh positivo no momento do parto, desenvolve anticorpos contra o Rh, podendo causar na próxima gestação de um bebê Rh positivo uma doença chamada eritroblastose fetal ou doença hemolítica do recém-nascido.

4.4 Tipos de Anestesia Durante o Parto

Algumas mulheres que se submeteram ao parto normal sem analgesia, por vezes, comentam sobre a dor do trabalho de parto e todos os desconfortos que sentiram nesse momento. Porém, por mais que se tente descrever, não existe um modo de saber ao certo o nível da dor e os sentimentos envolvidos, pois cada gestação é única, e cada mulher vai vivenciar o momento de maneira única.

Por isso, o medo da dor pode causar ansiedade na gestante e até ser um dos motivos da escolha pelo parto cesáreo.

Contudo, existem meios de alívio da dor também para o parto normal, sem comprometimento com a expulsão do bebê e com a mobilidade da gestante. Os dois tipos de anestesia existentes podem ser usados tanto no parto normal quanto no cesáreo. O que diferencia é a dose usada.

No caso do parto normal, a anestesia visa apenas ao bloqueio da dor. No parto cesáreo, a anestesia também imobilizará as pernas e bloqueará a sensação dolorosa a partir do ponto em que a anestesia foi aplicada, para que a mulher não sinta dor durante a cirurgia.

Uma das anestésias, chamada raquianestesia, é aplicada entre as últimas vértebras lombares da coluna, no espaço por onde circula o líquido por meio de uma agulha. A vantagem dessa anestesia é a sua rápida ação. A desvantagem é sua curta duração, cerca de 1 hora, e a dor de cabeça que algumas pessoas experimentam em razão do aumento do volume do líquido.

Outra anestesia usada durante o parto é a peridural. Ela é aplicada entre a terceira e a quarta vértebras lombares no espaço peridural, de maneira contínua e, por isso, em maior quantidade, em relação à raquidiana. A peridural chega aos nervos, bloqueando os impulsos de dor. Por poder ser reaplicada por meio de um cateter, sua duração é maior, mas ela demora alguns minutos para que se perceba o efeito. Por isso, geralmente, a peridural é usada em combinação com a raquianestesia, chamada raquiperidural.

O estudo de Braga *et al.* (2019), que compara a combinação entre peridural e raquianestesia e a anestesia peridural em uso contínuo durante o trabalho de parto, verificou melhor alívio da dor nas gestantes que receberam a raquiperidural, além de não precisar de complementação anestésica durante o segundo estágio de trabalho de parto.

Desse modo, foi observada melhor eficácia no alívio da dor no parto com o uso combinado das anestésias.

4.5 Considerações sobre o Parto Cesáreo

Conforme descrito anteriormente, o parto é um mecanismo natural por onde nascem os bebês nos seres humanos e os filhotes nos demais mamíferos, contribuindo para a perpetuação e o aprimoramento da espécie. Porém, em determinadas situações, ocorrem desdobramentos desfavoráveis capazes de tornar o parto uma situação que coloca em risco a vida da gestante e/ou do bebê.

Quando a gestação é classificada no pré-natal como de risco, a gestante precisa ser acompanhada mais de perto, de modo a promover a interrupção da gestação, se necessário.

O desenvolvimento e o aprimoramento de técnicas cirúrgicas e anestésicas no campo da obstetrícia possibilitaram, assim, a diminuição da taxa de mortalidade materna e neonatal devido a intercorrências pré-natais – o que significou um avanço no campo da medicina. No entanto, o advento da cirurgia cesariana também criou inconvenientes relacionados à perda da autonomia e do protagonismo da mulher com relação ao parto.

A cirurgia cesariana significou, sobretudo, o controle do corpo por meio da prática médica, em que a gestação tem sua data de término previamente combinada e cujo trabalho de parto tem tempo de duração predefinido. Cabe destacar que, por se tratar de procedimento cirúrgico, a cesariana envolve riscos, e sua recuperação, por vezes, mostra-se dolorosa e prolongada, mesmo com todos os avanços científicos e das tentativas de humanização da técnica.

Apesar do estímulo ao resgate da valorização do parto enquanto evento fisiológico por parte de entidades governamentais e pela OMS, a classe médica possui autonomia para decidir o tipo de parto que deseja fazer, independentemente de alguma condição excepcional. Além disso, contribuiu para a formação de opinião das mulheres acerca do parto cesáreo, minimizando os seus riscos.

De acordo com os dados levantados pela OMS, estima-se que a taxa de partos cesáreos chegue a 32,8% nos EUA, quando o preconizado pela entidade é que fique entre 10 e 15%. No Brasil, essa taxa chegou a 55% em 2018.

Apesar de médicos obstetras defenderem o avanço da técnica cirúrgica, o Conselho Federal de Medicina ressalta que o índice de morte materna em casos não complicados é quase 12 vezes maior no parto cesáreo, em comparação com o parto normal. Além disso, a OMS explica que não há associação entre diminuição de mortalidade materna e neonatal e taxas de cesáreas superiores a 10%.

Em contrapartida, a OMS reconhece a importância da cirurgia cesariana nos casos em que ela se faz necessária, para a redução da mortalidade e da morbidade materna e perinatal. Desse modo, procure não só avaliar se a gestação oferece algum risco que justifique o parto por meio de cesariana como também se aprofundar sobre as diferenças entre o parto normal e o cesáreo.

Caso a gestação lhe permita optar pelo parto normal, converse abertamente sobre a sua decisão com o seu obstetra e não tenha medo de mudar para um profissional cujos anseios estejam alinhados com os seus, que vai apoiá-la e encorajá-la nesse momento tão importante e único da sua vida.

REFERÊNCIAS

BRAGA A. F. A.; CARVALHO V. H.; BRAGA F. S. S.; PEREIRA R. I. C. Bloqueio combinado raquiperidural para analgesia de parto: estudo comparativo com bloqueio peridural contínuo. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, 2019;69(1):7-12.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção básica: atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em: 19 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf. Acesso em: 19 mar. 2021.

FEDERAÇÃO Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Alta taxa de cesáreas no Brasil é tema de audiência pública**. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/728-alta-taxa-de-cesareas-no-brasil-e-tema-de-audiencia-publica>. Acesso em: 31 ago. 2020.

MORCHE K. R.; BALBINOT L. A. K.; SCHNEIDER G. F.; SCHWANTES, G.C.; MOURA, M.; AQUINO, R. B. Bloqueio do neuroeixo: uma revisão entre duas modalidades anestésicas. **Acta Méd** (Porto Alegre). 2018;39(1):47-54.

MURKOFF, H.; EISENBERG, A.; HATHAWAY, S. **O que esperar quando você está esperando**. 3. ed. Rio de Janeiro: Record, 2005.

NAKANO, A. R.; BONAN, C.; TEIXEIRA, L. A. O trabalho de parto do obstetra: estilo de pensamento e normalização do “parto cesáreo” entre obstetras. **Physis: Revista e Saúde Coletiva**. 2017;27(3):415-32.

VELHO, M.B.; SANTOS, E. K. A.; COLLAÇO, V. S. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. **Revista Bras. de Enfermagem**, 2014;67(2):282-9.

WORLD Health Organization. **Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas**. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=A48038153944370791E8AAD8472D5FBD?sequence=3. Acesso em: 31 ago. 2020.

WORLD Health Organization. WHO recommendations. **Intrapartum care for a positive childbirth experience**. Genebra: World Health Organization, 2018.



5 ALEITAMENTO MATERNO

Fabiana Pereira de Souza

“Cada espécie produz o alimento adequado para sua vida. Cada mamífero produz um tipo de leite que é bom para o seu filhote. Cada espécie de leite tem a quantidade de gordura, açúcar e proteínas adequadas ao animal ao qual se destina.”

Jaime Murahovschi

Após o nascimento do bebê, a mulher pode ficar insegura, ansiosa e com medo do desconhecido. É natural sentir-se perdida com tanta informação disponível e tantas pessoas querendo dar os seus testemunhos sobre o que é certo, o que é errado e o que você deve fazer.

O corpo humano é uma máquina maravilhosa e completa que possui as ferramentas necessárias para a manutenção da sua vida e da vida do bebê nesse período de adaptação a essa nova realidade.

O aleitamento materno, embora seja um ato natural, nem sempre é fácil de ser praticado. As mães precisam de apoio emocional e de informações corretas para ter sucesso na amamentação. Amamentar pode tornar-se um momento muito prazeroso para a mãe e o bebê! Fique tranquila, pois estamos aqui para orientá-la em caso de dúvidas.

Quando o bebê suga o seio materno de maneira adequada, a mãe produz dois tipos de hormônios: a **prolactina**, que atua diretamente na glândula mamária para produção do leite, e a **ocitocina**, responsável pela liberação do leite armazenado e que faz o útero se contrair, diminuindo o sangramento pós-parto.

Portanto, o bebê deve ser colocado no peito logo após o nascimento, de preferência ainda na sala de parto. Desse modo, quanto mais for ofertado a ele o seio materno, mais leite será produzido.

Ao amamentar, você estabelece estreita relação de amor, carinho e calor humano; por isso, é importante abraçar, aconchegar, olhar, conversar, brincar com seu bebê. Esses são gestos que contribuem para a formação sadia da criança e facilitam a descida do leite.

As maiores dificuldades relacionadas à amamentação ocorrem durante a primeira semana. Tenha paciência, pois logo esses problemas serão superados, e a rotina da amamentação será estabelecida. Curta esse momento especial entre você e seu bebê!

A recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) é oferecer somente o seio materno nos primeiros seis meses de vida do bebê (**aleitamento materno exclusivo**). Nesse período, não há necessidade de água, chá nem sucos, mesmo quando o dia estiver muito quente, seco ou o bebê estiver com cólica. Depois dessa idade, o ato de amamentar pode ser mantido até os 2 anos de idade do bebê, mas acompanhado dos demais alimentos habituais da família.

Quando a criança mama no peito, aceita mais facilmente os alimentos da família, porque o leite do peito tem sabor e cheiro conforme a alimentação da mãe. Mamando só no peito até os seis meses, os bebês já estão adaptando-se aos alimentos da família.

BENEFÍCIOS DO ALEITAMENTO MATERNO

Para a Mãe	Para o Bebê	Para a Família
<ul style="list-style-type: none"> • Estimula o vínculo afetivo entre a mãe e o bebê. • Reduz o risco de câncer de ovário e mamas. • Proporciona maior rapidez na diminuição do volume do útero, acelerando a recuperação da mulher, e evita hemorragia pós-parto. • Contribui com a perda de peso após o parto. Para cada litro de leite que a mãe produz, há um gasto de 900 calorias! 	<ul style="list-style-type: none"> • Auxilia no desenvolvimento físico, emocional e mental. • Contém todos os nutrientes necessários, inclusive água para hidratação. • Possui endorfina, substância química que ajuda a suprimir a dor. • Tem ação imunológica, sendo uma proteção contra diversas doenças, além de diminuir o risco de diarreia e desidratação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Melhor saúde e nutrição resultam em melhor ambiente psicossocial e bem-estar. • Praticidade: o leite materno está sempre pronto e na temperatura ideal para ser consumido. • Economia no orçamento familiar: evita gastos com leites, mamadeiras, bicos, materiais de limpeza, gás, podendo ser revertidos em outros benefícios para a família como, por exemplo, menor gasto com cuidados médicos.

continua

continuação

<ul style="list-style-type: none"> • Além de todas essas vantagens, o leite materno é um recurso natural, que evita o gasto com alimentos alternativos. 	<ul style="list-style-type: none"> • É de fácil digestão e adequado à imaturidade gastrointestinal do bebê – o leite materno se adapta de acordo com o crescimento do bebê. • Previne alterações na oclusão (fechamento) dos dentes, diminui a incidência de cáries e problemas na mastigação, respiração e fala. 	
--	---	--

Não são poucos os motivos que justificam incentivar constantemente o aleitamento materno, principalmente nos primeiros 6 meses de vida do bebê. Esse incentivo deve começar no período pré-natal, com o preparo psicológico e físico da gestante.

É muito importante que a mulher busque informações e também converse sobre amamentação com outras mulheres, com profissionais especializados em aleitamento materno e outras pessoas. Ela deve ficar atenta porque a experiência com a amamentação costuma ser diferente entre as mulheres; algumas passam por dificuldades iniciais, enquanto outras não encontram problemas.

A amamentação é muito influenciada pela condição emocional da mulher e pela sociedade em que ela vive. Por isso, o apoio (do companheiro, da família, dos profissionais de saúde, enfim, de toda a sociedade) é fundamental para que a amamentação ocorra sem complicações.

Durante a gestação, a natureza prepara o seio para a amamentação. Ocorrem modificações naturais (fisiológicas) no organismo da mulher desde a gestação, preparando para a fase da amamentação: as mamas ficam maiores, as aréolas (parte escura das mamas ao redor dos mamilos) tornam-se mais escuras e resistentes pela ação dos hormônios.

Não é necessário preparar o mamilo para a amamentação durante a gravidez. Técnicas como passar cremes, usar buchas vegetais, conchas e escovas de dentes são contraindicadas, uma vez que a estimulação mamilar pode causar fissuras (rachaduras) no mamilo, além de contração uterina devido à liberação da ocitocina. Se possível, exponha o seio ao sol da manhã (até as 10 horas) por 15 minutos e use sutiãs confortáveis, preferindo os de algodão.

5.1 Leite Materno: Composição e suas Fases

Colostro – É o primeiro leite produzido pela mãe, secretado em pequenas quantidades nos primeiros dias de vida do bebê (**Figura 5.1**). Consiste em um fluido amarelado e espesso, rico em proteínas e fatores de crescimento que estimulam o intestino imaturo a se desenvolver. Tem efeito laxante, auxiliando na eliminação de mecônio (primeiras fezes do bebê, de cor verde-escura). Além disso, protege contra vírus e bactérias, graças à abundância de anticorpos presentes em sua composição;

Figura 5.1 As 3 fases do leite materno.

Por causa de sua coloração e de seu baixo volume, muitas mulheres julgam erroneamente que esse primeiro leite é fraco e oferecem ao bebê a suplementação por meio da mamadeira sem avaliação prévia da sua real necessidade.

O colostro é exatamente o alimento de que o bebê precisa nos primeiros dias de vida!

Leite de transição – Em geral, após o 5º e 6º dia do nascimento do bebê, a composição do leite é alterada: ele se torna mais rico em gorduras e nutrientes que contribuem para o desenvolvimento e o crescimento da criança (ver Figura 5.1);

Leite maduro – É o leite que alimentará o bebê até o desmame natural (ver Figura 5.1). Ele possui todos os nutrientes necessários para o desenvolvimento físico e cognitivo da criança.

É possível ainda observar que, no início de uma mamada, o leite apresenta-se mais líquido e, ao longo do processo de amamentação, torna-se mais grosso. Isso ocorre porque, biologicamente, no início o leite tem o principal objetivo de hidratar o bebê, engrossando aos poucos e à medida que a composição aumenta em relação à gordura.

A concentração de gordura no leite materno aumenta no decorrer de uma mamada; por isso, o leite do final da mamada (chamado leite posterior) é mais rico em energia (calorias) e sacia a fome da criança, fazendo-a engordar. Daí a importância de a criança esvaziar bem a mama.

Toda mãe produz leite de qualidade para alimentar seu filho!

Mesmo depois de ser informada sobre a importância da amamentação e do leite materno, a escolha da mãe em não realizar a prática deve ser respeitada pelo profissional de saúde, pelos familiares e pela sociedade.

5.2 Uso de Medicamentos

Muitos medicamentos podem passar da corrente sanguínea da mãe para o leite, acarretando consequências para o bebê. É essencial que a mãe informe ao profissional de saúde que está amamentando sempre que o uso de uma medicação for indicado. Uma lista de medicações seguras está disponível na internet e pode ser consultada.

O Ministério da Saúde, em parceria com a Sociedade Brasileira de Pediatria e a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), produziu o manual Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias, que informa sobre o uso de fármacos e substâncias psicoativas durante o período da lactação.

5.3 Principais dúvidas sobre amamentação

5.3.1 Como e quando iniciar a amamentação?

O aleitamento materno deve ser iniciado logo ao nascimento do bebê, de preferência nos primeiros 60 minutos após o parto, a chamada *golden hour*, principalmente ele porque estimula a descida do leite. No entanto, como muitas maternidades não adotam a humanização do parto, o aleitamento materno pode ser iniciado após os procedimentos técnicos do bebê, como pesagem, medições e testes.

A amamentação deve ser feita sempre que o bebê apresentar sinais de fome, sede ou quando ele quiser (de dia ou de noite, isto é, sob livre demanda), tomando o cuidado para não ultrapassar o período de 3 horas entre as mamadas.

A criança deve esvaziar uma mama antes que seja oferecida a outra. Para isso, é fundamental o bebê mamar o maior tempo possível em apenas uma das mamas e só mamar no outro seio caso apresente sinais de desconforto. É importante que haja alternância das mamas ao longo do dia, para garantir a produção adequada de leite em ambos os seios.

A próxima mamada deve sempre iniciar pelo peito que não foi completamente esvaziado na mamada anterior.

Quanto mais o bebê mama, mais leite o peito produz!

A posição da mãe é a que a faz sentir-se mais confortável, podendo ser sentada, deitada ou de pé, com o apoio de almofadas, travesseiros e outros utensílios, quando necessário. A mãe deve segurar o peito com o polegar acima da aréola (parte mais escura da mama ao redor do mamilo), sem comprimir, e o dedo indicador e a palma da mão abaixo da mama (mão em formato de C).

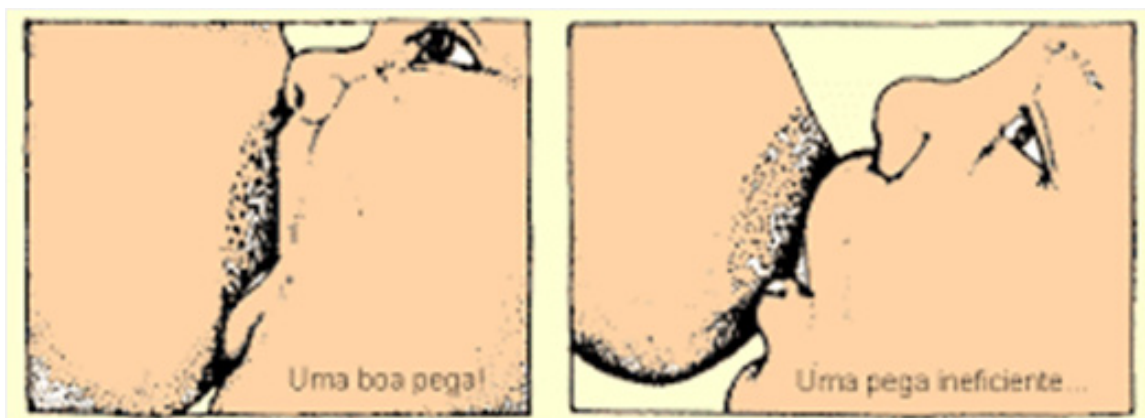
A posição do bebê também é importante; ele precisa estar com a coluna em linha reta, de frente para a mama (i. e., a barriga do bebê de frente para a barriga da mãe), bem encostado ao corpo da mãe. A cabeça dele deve estar apoiada na dobra do braço da mãe, e o bumbum, apoiado pela mão.

Para facilitar mãe e filho, vale colocar um travesseiro em cima das pernas da mãe, onde ela possa apoiar seu braço e, ao mesmo tempo, manter seu bebê no colo mamando.

Estimule a abertura da boca, passando algumas vezes o mamilo sobre o lábio inferior do bebê. Ao abrir bem a boca, ele deve abocanhar a maior parte da aréola, com o queixo tocando o peito da mãe para que possa retirar adequadamente o leite. Assim, a mamada não dói, o bebê fica satisfeito e evita-se o ingurgitamento mamário (mama empedrada).

Na amamentação, é muito importante a maneira com que o bebê suga o peito. A pega (como chamamos) deve ser na aréola, e não somente no mamilo (no bico do peito). Por isso, o tamanho ou a forma do mamilo não tem influência na amamentação (**Figura 5.2**). Para ajudar o bebê a ter uma pega correta, é essencial o jeito como a mãe segura o filho para amamentar, conforme descrito anteriormente.

Figura 5.2 Exemplo de boa pega e de pega ineficiente.



Fonte: <http://aventurasdomundomaterno.blogspot.com/2011/08/eu-marinheira-de-primeiraamamentacao-e.html>

Para mais informações sobre a pega correta do bebê em seio materno, assista ao vídeo disponibilizado em: https://www.youtube.com/watch?v=yeM_aKAQH4.

A anatomia da mama da mulher não tem relação alguma com sucesso ou fracasso na amamentação. Os mamilos de cada mulher podem apresentar-se de formas diferentes – como, por exemplo, protuso (bico saliente), plano (bico achatado) e invertido (bico virado para dentro). Nenhum deles impede a amamentação nem influencia na necessidade do uso de bicos artificiais.

5.3.2 Como saber se a pega do bebê está adequada?

A pega está correta quando:

- A boca do bebê está bem aberta, com os lábios virados para fora;
- O bebê abocanha a maior parte ou toda a aréola (**Figura 5.3**);
- O queixo do bebê toca o peito da mãe durante toda a mamada;
- A língua do bebê está em forma de concha, envolvendo o bico do peito;
- O bebê mama sem fazer barulho com a língua;
- O bebê está relaxado e tranquilo.

Muitas vezes, a mãe tem leite e está tranquila, mas o bebê não consegue pegar a mama e retirar a quantidade de leite suficiente para saciar sua fome (**Figura 5.4**). Isso pode acontecer porque o bebê não foi colocado na posição adequada.

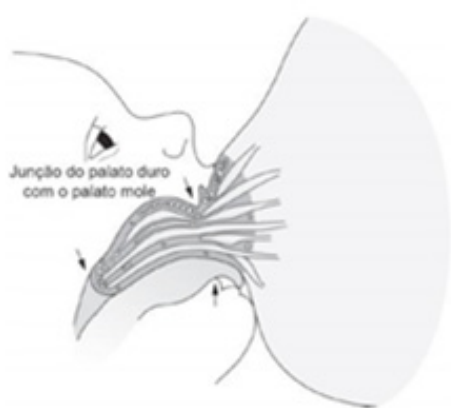


Figura 5.3 Pega correta. Grande abertura de boca envolvendo boa parte da aréola e língua bem anteriorizada. O mamilo atravessa a boca, e sua ponta chega ao ponto de sucção.



Figura 5.4 Pega ineficiente e inadequada. Há pouca abertura da boca, e a língua permanece posicionada para trás, de modo que pouco leite é obtido, podendo haver traumatismo dos mamilos e perda de peso do bebê.

5.3.3 Como terminar a mamada?

O bebê também decide a hora de parar de mamar e, em geral, solta sozinho o peito. Se, por algum motivo, for necessário interromper a mamada ou acontecer de o bebê dormir com o peito preso à boca, a mãe deve introduzir a ponta do dedo mínimo, da sua mão livre, no canto da boca do bebê e pressionar com leveza, desfazendo o vácuo e fazendo-o soltar naturalmente o mamilo, sem machucar. As tentativas de puxar o bico do seio para fora da boca do bebê podem provocar dor e fissura nos mamilos.

Após a mamada, a mãe, o pai ou outro familiar deve colocar o bebê em posição ereta por cerca de 20 minutos para arrotar. Isso é necessário porque o bebê sempre engole um pouco de ar junto com o leite, que se deposita na parte inferior do estômago, e o ar, por ser mais leve, na parte superior. Dessa maneira, o leite pressiona o ar, e, para aliviar a pressão, o bebê arrota.

Essa posição após a mamada também é importante, pois o bebê ainda não tem o esfíncter do estômago completamente formado, o que pode facilitar o retorno do leite e o risco de broncoaspiração (quando o alimento se aloja nas vias respiratórias inferiores).

Durante esse período, ele pode arrotar ou não, mas esse tempo é o suficiente para que ele não fique regurgitando nem nauseando. É possível o pai e os avós participarem da amamentação nesse momento, oferecendo colo e carinho depois da mamada.

Como saber se a criança está mamando bem?

- Acompanhando seu peso e estatura;
- Observando se ele molha a fralda de 6 a 8 vezes ao dia (no mínimo);
- Observando se é uma criança ativa, rosada e sorridente.

ATENÇÃO!

O bebê que mama no peito pode evacuar a cada mamada ou passar até uma semana sem evacuar. O cocô geralmente é mole.

5.3.4 Como a família pode ajudar na amamentação?

Todos podem ajudar a mãe a amamentar, dando apoio, reconhecendo que a amamentação é importante para a saúde de todos, ajudando nos afazeres domésticos e entendendo que amamentar é um momento de muita sensibilidade.

5.4 Principais Observações sobre Amamentação

5.4.1 Fissuras ou rachaduras

Ocorrem quando o posicionamento ou a pega do bebê no seio materno não estão adequados, fazendo com que o bebê sugue vigorosamente na tentativa de obter a saída do leite (ver Figura 5.4). Essa sucção, com muita força, acaba por machucar o mamilo da mãe, devido à excessiva distensão da pele dessa região.

Como evitar?

- Para não remover a lubrificação natural da pele, não passe sabonetes, hidratantes nem pomadas diretamente no mamilo ou na aréola e evite esfregar essa região com bucha de banho ou toalha. Isso pode ressecar a pele, deixando-a muito sensível e facilitando a formação de machucados. Além disso, é possível que os cremes hidratantes ou as pomadas também deixem essa região escorregadia, prejudicando a pega do bebê e aumentando a chance de rachaduras e lesões nos bicos;
- Posicione sempre o bebê de maneira adequada no seio materno, corrigindo sua pega;
- Evite que os peitos permaneçam muito cheios ou doloridos, o que também prejudica a pega do bebê. O ideal é ordenhar (retirar) manualmente um pouco do leite antes da mamada para facilitar a pega do bebê em toda a região da aréola;
- Se houver ambiente favorável, tome banho de sol nas mamas, no início da manhã (antes das 10 horas) por 10 a 15 minutos para auxiliar na cicatrização das mamas;
- Mantenha espaço entre o mamilo e o sutiã, conservando os seios sempre arejados.

O próprio leite materno é cicatrizante e hidratante, ajudando na prevenção e no tratamento das rachaduras dos mamilos. É aconselhável que você passe o seu próprio leite na área das aréolas e dos mamilos antes e depois de colocar o bebê para mamar.

5.4.2. Ingurgitamento mamário ou “leite empedrado”

No início do processo de lactação, antes que haja o ajuste da produção de leite à demanda de mamadas do bebê, a mulher pode produzir muito mais leite que o necessário. Isso faz com que as mamas fiquem bem cheias, inchadas e doloridas.

Quando a mama está muito cheia, a aréola pode ficar tensa, endurecida, dificultando a pega e a retirada do leite pelo bebê, o que agrava o quadro. Nesse caso, recomenda-se, antes da mamada, retirar manualmente um pouco de leite da aréola ingurgitada, evitando a dor e o desconforto que o ingurgitamento costuma provocar.

O ingurgitamento mamário costuma ocorrer nos dois peitos e nas duas primeiras semanas após o parto.

Como evitar?

- Coloque o bebê para mamar sob livre demanda;
- Retire o leite (ordenhe as mamas) quando perceber que os seios estão muito cheios ou pesados. O leite deve ser extraído até que alivie a dor, mas não retirado em excesso, pois, quanto maior a extração, maior a produção.

Leia sobre a massagem e retirada do leite mais adiante no tópico *Ordenha das Mamas*.

Se não ocorrer melhora em 24 horas, a mama mostrar-se avermelhada e dolorida e a mãe tiver febre, procure o médico para evitar complicações como mastite ou abscessos.

5.4.3 Pouco leite ou leite fraco

Diante de um bebê que chora com muita frequência, mesmo após ter mamado, algumas mães supõem que seu leite não esteja sendo suficiente para sustentar a criança. Nem sempre que o bebê chora é por fome; ele pode estar com cólica, frio ou calor, molhado ou apenas querendo carinho (colo).

Lembre-se de que o choro é a única maneira de o bebê se comunicar nos primeiros meses de vida. O importante é que ele esteja mamando adequadamente, em livre demanda, e ganhando peso.

Além disso, o leite materno tem aparência diferenciada do leite de vaca. Seu aspecto mais “aguado” dá a impressão de que ele contém menos nutrientes. No entanto, isso não é verdade, pois a quantidade de nutrientes é ideal. O maior volume de água é justamente para se adequar ao organismo do bebê, que ainda não está preparado para digerir nem absorver alimentos muito complexos.

Algumas mães podem realmente passar por períodos nos quais a produção de leite diminui, e é possível que certas medidas sejam tomadas para estimular essa produção. A primeira delas é ingerir bastante líquido, sobretudo em dias mais secos e quentes, e manter uma alimentação adequada. Deixar o bebê sugar o peito, ainda que não tenha leite, também é muito importante, pois é um dos maiores estimuladores da produção.

A produção de leite depende do estímulo dado à mama durante a mamada, por meio da sucção, aumentando a produção de hormônios que facilitam a produção e a saída de leite materno. Ou seja, quanto mais o bebê sugar, mais leite será “fabricado”.

NÃO EXISTE LEITE FRACO!

Como o leite materno é de digestão mais fácil, às vezes a criança quer mamar mais vezes!

Em caso de dúvidas ou desconforto na amamentação, procure sempre um profissional da saúde capacitado para orientá-la.

5.4.4. Bebê prematuro ou com baixo peso

O bebê prematuro (nascido antes do tempo) ou com baixo peso (menos de 2,5 kg) pode ter dificuldade de sugar no início, mas é o que mais precisa da proteção do leite materno. À medida que ele cresce, suga com mais facilidade. Se o bebê tiver dificuldade para sugar, retire o leite, coloque-o em uma vasilha limpa e dê a ele com colher, copo ou por meio da **translactação**.

Translactação é uma técnica utilizada para oferecer leite quando o bebê suga o peito, mas não consegue retirar a quantidade de que necessita.

Na translactação, quando o bebê estiver mamando, deve ser ajustada, na boca do bebê, uma sonda conectada a um copinho com leite materno.

Essa técnica, que **requer a orientação de um profissional de saúde**, é importante para estimular a produção do leite da mãe ao mesmo tempo em que o bebê está sendo alimentado com outro leite.

5.4.5. Mãe que está amamentando e trabalha fora de casa

Mesmo que a mulher trabalhe em período integral, não é necessário interromper a amamentação. Se possível, peça ao cuidador que leve o bebê até você durante o horário de trabalho. Você também pode aproveitar o intervalo do almoço para ir em casa amamentar, se o seu trabalho for próximo à sua residência.

Caso isso não seja viável, uma ou duas semanas antes do término da licença-maternidade ou da licença-amamentação, comece a tirar o seu leite e a guardá-lo para fazer um estoque. O leite deve ser armazenado em recipiente limpo, preferencialmente de vidro, com tampa, esterilizado por fervura durante 15 minutos. Pode ser guardado em local fresco por 6 horas, na geladeira por 24 horas e, no congelador ou freezer, por 15 dias.

Se for necessário transportá-lo, faça-o em embalagem térmica. Identifique todos os potes com a data de coleta, para poder controlar as validades. Armazene-o em pequenas quantidades, para não desperdiçar caso a criança não o aceite.

Faça o descongelamento do leite na geladeira e, para reaquecê-lo, coloque-o em banho-maria, com fogo desligado (aqueça a água até a fervura, desligue o fogo e só depois coloque o recipiente). Após descongelado, o leite não pode voltar ao congelador. As sobras devem ser descartadas. Antes de oferecer o leite à criança, agite-o suavemente para homogeneizar a gordura.

Durante o período de trabalho, procure retirar o leite nos mesmos horários em que o bebê mamar (armazenando conforme descrito anteriormente) e, em casa, aproveite todos os momentos para oferecer o peito (antes de sair de casa, assim que retornar, durante a noite, nos dias de folga), para que não haja diminuição da produção.

5.5 Ordenha das Mamas

A ordenha é útil para aliviar o desconforto provocado por uma mama muito cheia, a fim de manter a produção de leite quando o bebê não suga ou tem sucção inadequada (p. ex., recém-nascidos de baixo peso ou doentes), aumentar a produção de leite, retirar leite para ser oferecido à criança na ausência da mãe ou ser doado a um banco de leite humano.

Toda mulher que amamenta deve ser orientada quanto à técnica da ordenha de seu leite.

O Ministério da Saúde estabelece, passo a passo, como deve ser realizada a ordenha das mamas (retirada do leite materno).

O leite deve ser retirado depois que seu bebê mamar ou quando as mamas estiverem muito cheias. Para isso:

1. Escolha um lugar confortável, limpo, tranquilo e longe de animais. Pensar em seu bebê nesse momento pode auxiliar na ejeção do leite.
2. Prenda e cubra os cabelos com uma touca ou lenço.
3. Evite conversar durante a retirada do leite ou utilize uma máscara ou fralda cobrindo o nariz e a boca.
4. Lave as mãos e os antebraços com água e sabão e seque-os em uma toalha limpa.
5. Separe uma vasilha previamente higienizada, de preferência um frasco com tampa plástica.
6. Comece fazendo massagem suave e circular nas mamas. Massageie-as com as polpas dos dedos, começando na aréola e, de forma circular, abrangendo toda a mama (**Figura 5.5**). Massageie por mais tempo as regiões mais duras e doloridas. Para facilitar, apoie a mama com a outra mão.

Figura 5.5. Massagem nas mamas.

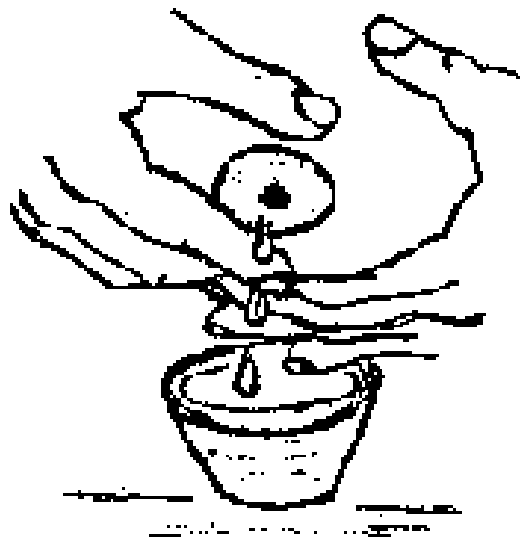


Fonte: www.redeblh.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=360.

É ideal que o leite seja retirado de manualmente.

7. Posicione os dedos da mão em forma de C, com o polegar acima da aréola e o dedo indicador abaixo do mamilo, na região de transição entre a aréola e o restante da mama, sustentando o seio com os outros dedos (**Figura 5.6**).

Figura 5.6 Ordenha das mamas.



Fonte: www.redeblh.fiocruz.br.

8. Faça leve compressão do polegar e do dedo indicador, um em direção ao outro, e uma leve pressão em direção à parede torácica, sem deslizar na pele. Repita esse movimento várias vezes, estabelecendo um ritmo, até o leite começar a sair.
9. Mude a posição dos dedos ao redor da aréola para que todas as áreas da mama sejam esvaziadas.
10. Despreze os primeiros jatos ou gotas e inicie a coleta no frasco.

Ordenhar leite de peito de maneira adequada leva cerca de 20 a 30 minutos, em cada mama, principalmente nos primeiros dias, quando apenas uma pequena quantidade de leite pode ser produzida.

5.6 Doação de Leite Humano

5.6.1 Quem pode ser doadora de leite humano?

Quando estão amamentando, algumas mulheres produzem um volume de leite além da necessidade do bebê, o que possibilita que sejam doadoras de um banco de leite humano. Nesse local, o leite humano doado é pasteurizado e oferecido a outros bebês, principalmente prematuros em unidades de neonatologia, que por algum motivo específico não estão mamando no peito de sua mãe.

O leite pasteurizado em banco de leite humano pode ser usado com segurança porque esse processo inibe bactérias e vírus que possam transmitir doenças, como por exemplo a AIDS (HIV).

ATENÇÃO!

O bebê **não** pode ser alimentado no seio de outra mulher ou com leite humano não processado por um banco de leite, pois há possibilidade de transmissão de muitas doenças, em especial o HIV, durante a amamentação.

De acordo com a legislação que regulamenta o funcionamento dos Bancos de Leite no Brasil (RDC nº 171) a doadora, além de apresentar excesso de leite, deve ser saudável, não usar medicamentos que impeçam a doação e se dispor a ordenhar e a doar o excedente.

A Rede Nacional de Bancos de Leite Humano (RedeBLH) é constituída por 182 unidades, coordenada pelo Centro de Referência Nacional, com sede no Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz. Os BLHs possuem pessoal capacitado para ajudar as mães na amamentação e para processamento do leite humano que será doado às maternidades.

5.6.2 Como doar?

Se você quer doar seu leite, entre em contato com um Banco de Leite Humano. [Clique aqui](#) e encontre o mais próximo.

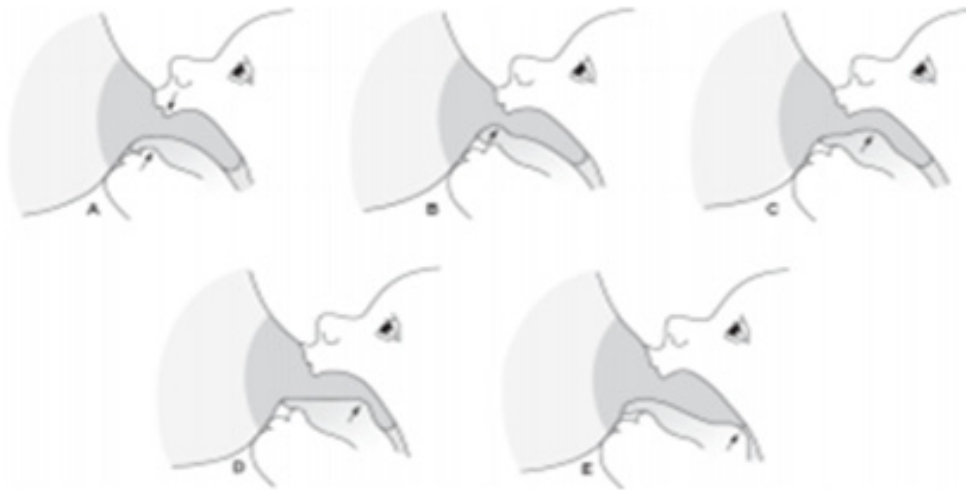
Para saber mais sobre os bancos de leite humano, acesse: <https://redeblh.fiocruz.br/> (Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano).

Em caso de qualquer dúvida ou dificuldade na amamentação, procure sempre um profissional de saúde especializado para orientá-la.

5.7 Mamadeira, Sucção Digital e Chupeta: Entendendo para Evitar

Para extrair o leite do seio materno, o bebê precisa elevar a língua, pressionando o mamilo contra o palato (céu da boca), enquanto a mandíbula se projeta para frente e para trás, em um movimento conhecido como ordenha natural (**Figura 5.7**).

Figura 5.7 Pega correta em seio materno com a posição da língua mais anteriorizada (ideal) e a boca bem aberta.



Fonte: CARVALHO; GOMES, 2016.

Esse movimento exige um grande esforço de toda a musculatura e dos ossos da face, estimulando o crescimento da mandíbula, que, no recém-nascido, encontra-se pequena e retraída. Essa mudança na posição e no tamanho da mandíbula será responsável pela posição ideal para o surgimento dos dentes futuramente, além de prevenir problemas na arcada dentária, como, por exemplo, dentes superiores muito projetados para frente ou pouco desenvolvimento do queixo/mandíbula.

É importante ressaltar ainda que, enquanto se está mamando no seio materno, a possibilidade de respiração do bebê ocorre apenas pelo nariz. A respiração nasal é fundamental, pois, através dela, o ar inspirado é filtrado, aquecido e umedecido, além de ser mais um estímulo para o desenvolvimento das estruturas orais. Desse modo, todo esforço que o bebê faz no momento da mamada é extremamente benéfico e fundamental para o correto desenvolvimento da face.

Vale lembrar que o adequado desenvolvimento de lábios, da língua, das bochechas, da mandíbula e dos músculos da face é essencial para que a criança possa posteriormente falar e mastigar da maneira correta. O amadurecimento dessas estruturas faciais pela amamentação natural só acarreta benefícios para o filho.

O que acontece quando o bebê é alimentado com bico de mamadeira, sobretudo com furo aumentado manualmente, é um número menor de sucções, sem a adequada estimulação dos músculos e dos ossos da face (**Figura 5.8**). Nesse caso, a sucção se apresenta empobrecida por não exigir trabalho nem esforço necessários de todas as estruturas envolvidas. O bebê poderá apresentar dificuldades para falar corretamente as palavras, não ter um bom encaixe entre os dentes superiores e inferiores, ter os músculos da face flácidos, respirar pela boca, entre outros problemas. Desse modo, o bebê deixa de cumprir as etapas naturais de desenvolvimento que a própria natureza lhe reservou.

Figura 5.8 Posição do bico da mamadeira em relação às estruturas orais. **A.** Bico longo, que exige pressões musculares inadequadas. **B.** Bico ortodôntico, demonstrando um maior entulhamento da língua dentro da boca. Em ambas as ilustrações, a posição da língua está inadequada, muito voltada para trás, e a boca, pouco aberta.



Fonte: CARVALHO; GOMES, 2016.

A sucção em seio materno proporciona ao bebê, ao mesmo tempo, prazer e satisfação da fome. O esforço para realizar essa atividade exercita a região oral, acarretando as vantagens já descritas. Entretanto, alguns bebês que não são alimentados no peito, mas por meio de mamadeira, tendem a introduzir o dedo na boca como forma de exercitar a musculatura.

É nesse momento que sugar o dedo pode tornar-se um hábito! No início, funciona como pacificador de uma necessidade não realizada (a de sugar) e posteriormente, por seu uso prolongado, causa prejuízos na área fonoaudiológica e odontológica, podendo ainda se tornar um apoio ou refúgio em situações de frustrações emocionais.

O desaparecimento desse hábito costuma ser difícil pelo fato de o dedo fazer parte do corpo da criança. Nesses casos, é indicada precocemente a tentativa de substituição do dedo pela chupeta ortodôntica, quando se observar a tendência à sucção digital.

O bebê vai sugar fortemente a chupeta até ter sua necessidade de sucção satisfeita, geralmente abandonando-a após esse momento. É importante que o adulto não reintroduza a chupeta na boca do bebê, porque, quando isso ocorre, esse objeto deixa de ter sua função, tornando-se um hábito. A chupeta, nesses casos, permanece imóvel na boca do bebê, sem qualquer utilidade.

Os pais devem evitar oferecer a chupeta a qualquer sinal de desconforto do bebê, como forma de acalmá-lo. A chupeta não é nem deve ser vista como um objeto de apoio emocional aos bebês, substituindo a atenção dos pais.

Deve-se evitar passar qualquer tipo de produto (mel, açúcar e outras substâncias similares) na chupeta antes de oferecê-la ao bebê porque, além de poder ocasionar cólicas no bebê, é contraindicado pelos odontopediatras por provocar cáries.

No mercado há dois tipos de chupetas: convencionais e ortodônticas, de três tamanhos (do nascimento aos 6 meses, de 6 meses a um ano e meio e de 1 ano e 6 meses a 2 anos e 6 meses de idade) e de 2 tipos de material (látex e silicone).

Se optar por oferecer chupeta, procure dar preferência àquelas de tamanho adequado para a idade do seu bebê.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) desencoraja o uso de mamadeira, chupa, chupeta, protetor de mamilos, bicos intermediários de silicone ou qualquer outro dispositivo que não seja o seio materno para as crianças que estão sendo amamentadas. Isso porque eles interferem negativamente e dificultam todo o processo de amamentação, além de poderem causar a conhecida “confusão de bicos”, gerando fissuras mamilares e o desmame precoce.

ATENÇÃO!

O uso dos leites artificiais, além de retirar da criança as imunizações naturais contidas no leite materno, aumenta o risco de diarreia e outras infecções nos primeiros meses de vida, provocadas pela má esterilização da água usada para o preparo das mamadeiras.

Não há nada na natureza que possa substituir a riqueza de nutrientes e anticorpos do leite materno!

A mãe deve estar ciente das implicações econômicas e sociais do não aleitamento ao seio. Vale lembrar que o leite materno é não somente o melhor, mas também o mais econômico alimento para o bebê. Caso se decida por introduzir a alimentação por mamadeira, é importante saber de todas as orientações sobre os métodos corretos de preparo com higiene. O uso de mamadeira, água não fervida e diluição incorreta pode causar doenças!

5.7.1 O que fazer quando o aleitamento materno não é possível?

Infelizmente, em algumas exceções, a amamentação coloca em risco a saúde do bebê, sendo necessário recorrer à alimentação por mamadeiras. São situações mais comuns de contra-indicação da amamentação:

- Mulheres diagnosticadas com câncer de mama que estiveram ou estão em tratamento;
- Portadoras do vírus HIV e HTLV, pois o risco de transmissão viral para o bebê é alto;
- Mães que, em razão de alguma enfermidade, precisam ingerir medicamentos danosos à criança.

ATENÇÃO!

Mães em qualquer uma dessas condições citadas anteriormente e que, por falta de informação, continuam oferecendo leite materno ao filho devem **suspender a amamentação imediatamente**.

Nesses casos, é importante procurar por atendimento médico para avaliação e orientação sobre a alimentação da criança.

Assim como acontece na amamentação natural, o bebê alimentado por mamadeira também precisa experimentar o contato íntimo de carinho com a sua mãe, por meio do toque, do cheiro, do olhar e da carícia, sentindo sua proteção e o calor do seu corpo.

Os pais devem adquirir a mamadeira no tamanho correto para a idade do bebê e não aumentar o furo do bico para facilitar a descida do leite. Quanto ao material, os bicos de silicone apresentam durabilidade maior. Vale ressaltar que os pais devem, frequentemente (no mínimo, uma vez por mês), trocar os bicos, tanto das mamadeiras como das chupetas, para que não se deforme o material e por motivos de higiene.

A fim de manter o leite do bebê em condições ideais, protegido das bactérias, devem-se observar as seguintes instruções:

1. Lave bem as mãos antes de manipular o leite artificial.
2. Use um leite infantil esterilizado e modificado, próprio para bebês e, assim que a lata tiver sido aberta, conserve-a em lugar refrigerado.
3. Esterilize tudo o que utilizar no preparo do leite. Para isso, ferva todos os utensílios durante 15 minutos. A água utilizada para preparo do leite também deverá ser fervida no mínimo por 10 minutos.

4. Jogue fora todas as sobras de leite deixadas pelo bebê na mamadeira. É possível que as sobras deem origem à multiplicação de bactérias, que poderão causar enfermidades à criança.

5. Para o preparo da mamadeira, siga as instruções do fabricante. A quantidade de leite em pó deve ser cuidadosamente medida, sem excessos. Ele deve ser colocado diretamente dentro da mamadeira, já com a água fervida na quantidade desejada.

6. A posição correta para amamentar o bebê com uma mamadeira é a mais vertical possível, no colo da mãe, devendo-se evitar alimentá-lo deitado. No recém-nascido, a tuba auditiva – canal que liga a orelha à região posterior da boca e do nariz (na garganta) – encontra-se em uma posição que favorece o escoamento de leite para canal auditivo, quando este é alimentado na posição horizontal, podendo propiciar a ocorrência de inflamação do ouvido (otite) e danos à audição.

5.7.2 Mamadeira e chupeta: por que e quando retirá-las?

Aproximadamente aos 2 anos de vida da criança, tanto a chupeta quanto a mamadeira devem ser evitadas. Por volta desse período, a criança já apresenta a sua dentição decídua (“de leite”) praticamente completa, tendo condições de se alimentar semelhantes às de um adulto. Além disso, após essa fase, qualquer objeto que permaneça na boca da criança pode alterar suas estruturas orais.

A chupeta, nesse momento, não tem função alguma, a não ser a de interferir no posicionamento dos dentes, causar flacidez da musculatura facial, impedir a correta movimentação da língua durante a fala e contribuir na instalação da respiração pela boca.

Quanto maior a duração, frequência e intensidade dos hábitos bucais (chupeta, dedo, mamadeira), maiores poderão ser essas alterações orais na criança.

Nessa época, quando não estiver falando, a criança deverá permanecer com os lábios fechados e respirando pelo nariz. A mastigação precisa ocorrer nos dois lados da arcada dentária e, também, com os lábios fechados.

A retirada da mamadeira e da chupeta das crianças muitas vezes é difícil. Confira as dicas a seguir, que podem ajudá-la nesse processo!

Dicas úteis para retirada de mamadeira e chupeta:

- Por volta dos 12 meses, tente substituir a mamadeira pelo copo com canudo, até a utilização de canecas e copos comuns;
- Ao adormecer com a chupeta, os pais podem retirá-la do bebê para que ela não fique parada na boca sem qualquer função, evitando, assim, um hábito desnecessário;
- Durante o dia, o ideal é a criança permanecer sem a chupeta, favorecendo, com isso, a verbalização dos primeiros sons (“bababá”, “mamamá”), deixando-a apenas para situações de cansaço ou sono. Desse modo, espera-se que a chupeta seja, aos poucos, excluída da vida da criança.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias**. 2. ed. 1ª reimpressão. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/amamentacao_uso_medicamentos_outras_substancias_2edicao.pdf. Acesso em: 22 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manejo e promoção do aleitamento materno**: curso de 18 horas para equipes de maternidades. Brasília (DF), 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Promovendo o aleitamento materno**. 2. ed. Brasília, 2007. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0062.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução RDC nº 171, de 04 de setembro de 2006**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o funcionamento de bancos de leite humano. Brasília (DF), 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0171_04_09_2006.html. Acesso em: 31 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da criança: nutrição infantil aleitamento materno e alimentação complementar. **Cadernos de Atenção Básica**, nº 23. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf. Acesso em: 31 ago. 2021.

CARVALHO, M. R.; GOMES, C. F. **Amamentação**: bases científicas. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

JUNQUEIRA, P. **Amamentação, hábitos orais e mastigação**: orientações, cuidados e dicas. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

SIMON, L. **Pega correta do bebê na amamentação**. 2019. 1 vídeo (4 min). Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=yeM_aKAQhH4. Acesso em: mar. 2021.



6

A GRAVIDEZ E OS “NOVOS” ARRANJOS FAMILIARES

*Marcos Antônio dos Santos
Ana Cristina Augusto de Sousa*

“Céus! E essas novas famílias, com terras molhadas de amor, minando qualquer ditador?”

Marina Lima

6.1 A Família

Estudos na área de Antropologia desmistificaram a família como algo natural, fundado na Biologia. “A família biológica é uma abstração indeterminada sem relação mais profunda com a realidade histórica”, disse o maior antropólogo do século 20, Lévi-Strauss (1976:177). Para ele, a família é muito mais uma “invasão da cultura no campo da natureza”.

Strauss demonstrou que, embora a existência familiar seja essencial para a manutenção da espécie humana, não importam as maneiras como ela se constitui, do ponto de vista biológico. Em diversos continentes, foram descritas configurações familiares estruturadas na poliginia (em que um marido é casado com várias mulheres), na poliandria (em que uma esposa tem vários maridos), em cônjuges do mesmo sexo e até em famílias grupais (com marido com vários esposas e esposa com vários maridos).

De maneira diversificada, também era exercida a parentalidade dos filhos: eles podiam ser criados pela respectiva mãe, pelo pai ou até pela comunidade, pouco importando em vários casos o ventre de onde eles nasciam. Em algumas comunidades, por exemplo, as crianças eram filhas do grupo, e todos os adultos eram pais e mães delas (MORGAN, 1976; MALINOWSKI, 1976; ENGELS, 2019; MITCHELL, 1966; VIVEIROS DE CASTRO, 1995).

Via de regra, a procriação costuma ser entendida basicamente a partir da relação heterossexual, a qual definiria as relações familiares, valorizando a identidade biológica entre pais e filhos e entre irmãos (SCHNEIDER, 1968; 1980). A importância dos estudos sobre o parentesco foi mostrar que famílias estruturadas de maneiras muito diferentes das nossas são capazes de criar suas respectivas identidades e constituir sociedades perfeitamente estáveis e duradouras.

A variedade dos arranjos familiares e os inúmeros tipos de atribuição dos lugares e dos papéis simbólicos de “pai” e “mãe” fazem do parentesco um fenômeno histórico e contingente, em vez de uma lei natural. As relações dos genitores com o cuidado não são iguais nem universais, não existindo, portanto, um modelo de filiação único ou que seja melhor.

Cada cultura, com suas hierarquias de poder, produz um modelo de família que é apresentado como natural e, por vezes, sagrado. Com isso, as posições de homens e mulheres são determinadas no tecido social e também nas relações de trabalho.

O modelo monogâmico atual, por exemplo, só passou a prevalecer com o surgimento da propriedade privada. O desejo do homem de transmitir seus bens a herdeiros legítimos teria levado os maridos a exigir de suas mulheres exclusividade nos favores sexuais para garantir a linhagem da prole (ENGELS, 2019).

Por isso, o que hoje pensamos ser um arranjo natural e universal de configuração familiar é, sim, só mais um arranjo – ou o mais recente. E isso não significa que é pior ou melhor, apenas diferente dos que vieram antes ou com os quais ele coexiste.

6.2 O Reconhecimento do Afeto

Na verdade, não é a proximidade genealógica (ou a consanguinidade) que determina a filiação. O denominador comum em todos os arranjos familiares é o lugar que o futuro bebê ocupa no imaginário e na circulação do desejo, de quem acolhe a criança quando de sua chegada ao mundo (CECCARELLI, 2007).

Na Psicologia, a família é o conjunto de relações caracterizadas por influência recíproca, direta, intensa e duradoura entre seus membros (DE ANTONI, 2005 *apud* PEREIRA NETO, 2016). Esse conjunto de relações é interiorizado por seus membros, formando padrões de relacionamento que se integram à subjetividade do indivíduo (ROUDINESCO, 2003).

É na família que a criança encontra o principal – mas não único – espaço de socialização e, sem dúvida, é o lócus privilegiado da construção de sua personalidade e saúde emocional. Com o movimento feminista, as mulheres começaram a reivindicar a condição de sujeito do próprio desejo. Isso abalou a estrutura e a organização da configuração predominante, na medida em que elas passaram a requerer a independência econômica e a libertação de vínculos matrimoniais insatisfatórios.

Sem a sombra da dependência financeira, o sustento do laço conjugal e familiar passou a orientar-se preferencialmente pelo afeto e pelas afinidades. E, assim, as famílias foram deixando de ser, na sua essência, apenas núcleos econômicos e reprodutivos.

O divórcio possibilitou novas uniões e deu origem a novas famílias. As famílias em rede derivam basicamente do recasamento, que pode entrelaçar três, quatro ou mais famílias (CARTER; MCGOLDRICK, 1995).

Houve quem pensasse, na época, que o divórcio afetaria os filhos de modo irreparável e que isso abriria o caminho para o “fim da família”. O que se verificou, no entanto, foi que as pessoas continuaram unindo-se de maneiras mais ou menos tradicionais, e, em alguns casos, filhos de pais separados se saíram melhor do que aqueles cujos pais não se separaram.

6.3 Novos Arranjos Familiares

A partir da década de 1980 – com o desenvolvimento da Engenharia Genética e o surgimento da inseminação artificial –, a maternidade e a paternidade foram desatreladas das relações conjugais, e a monoparentalidade (voluntária) recebeu impulso considerável.

Atualmente, os novos arranjos familiares se baseiam em ligações afetivas entre sujeitos cujo exercício da parentalidade não responde aos padrões tradicionais: famílias conjugais e parentais incluem agora, para além do casamento, uniões estáveis hétero e homoafetivas, famílias monoparentais, simultâneas, multiparentais, adotivas, recompostas, temporárias (PEREIRA, 2015). O Direito recebeu essa mudança e atribuiu ao afeto um valor jurídico. A multiparentalidade tornou-se uma realidade no ordenamento jurídico brasileiro a partir da compreensão de que paternidade e maternidade são funções exercidas. É esse o sentimento que tem derrubado velhas concepções e instalado uma nova ordem jurídica para a família (PEREIRA, 2011; 2012; 2015).

As novas famílias já se tornaram realidade nos tribunais, que vêm reconhecendo e legitimando cada vez mais os arranjos não tradicionais, tal como a paternidade socioafetiva, aquela que se constitui com base nos laços de afeto, para além do laço genético, como já acontece com a adoção (PEREIRA, 2011; 2012; 2015).

Com o casamento civil entre pessoas do mesmo sexo, foram removidos os possíveis obstáculos à efetivação de direitos dessas famílias. Há filhos que já têm no registro de nascimento duas mães ou dois pais. Há quem tenha também duas mães e dois pais, seja em razão de adoções homoafetivas, seja simplesmente porque a madrasta ou o padrasto também se tornaram pais. As relações de consanguinidade, na prática social, já não são mais importantes que as oriundas de laços de afetividade. Um filho socioafetivo pode ter os mesmos direitos de um filho biológico, por exemplo (PEREIRA, 2011; 2012; 2015).

6.4 O Medo do Novo

As famílias homoafetivas abalam especialmente a hegemonia do modelo tradicional familiar porque materializam novas possibilidades de ligações afetivas, subvertendo os papéis tradicionais de homens e mulheres na hierarquia social vigente. Como visto, são também elas produtos do momento sócio-histórico a que pertencem. Ao se desafiar a ordem vigente, abre-se espaço para o novo.

Isso, porém, não é recebido sem medo. Um deles é o de que crianças de famílias monoparentais ou homoparentais possam apresentar problemas de subjetivação, isto é, ter prejuízos em seus processos identificatórios ou na organização psíquica. No entanto, não existe um tipo de organização familiar ideal que, inequivocamente, garanta o desenrolar mais sadio para a constituição do sujeito.

Do ponto de vista social e legal, se as normas que definem “família” são relativamente bem estabelecidas, sob a ótica psíquica, as famílias são sempre construídas, e os filhos, sempre “adotivos”, posto que o que une uma família são os laços afetivos que ela cria (CECCARELLI, 2007). Isso significa que nascer da união de um homem com uma mulher não basta para ser filho, ou filha, daquele homem e daquela mulher. Ou ainda colocar uma criança no mundo não transforma os genitores em pais. O nascimento (fato físico) tem de ser transformado em filiação (fato social e político), para que a criança, inserida em uma organização simbólica (fato psíquico), constitua-se como sujeito.

Do ponto de vista da constituição do psiquismo, não há nenhuma evidência para dizer que um modelo é mais ou menos patogênico do que o outro (CECCARELLI, 2007).

Portanto, os novos arranjos familiares não causam nenhuma ameaça em termos de subjetivação: as coordenadas que balizam as construções subjetivas não levam em conta o sexo anatómico de quem cumpre a função materna/paterna nem seguem um modelo único (CECCARELLI, 2007). As pessoas estão mais livres para construir seus laços afetivos, em diferentes modelos de projetos existenciais. Não há mais filhos ou famílias ilegítimas.

Cabe também lembrar que a maioria dos desvios de conduta, comportamentos antissociais, perversões, delinquência, marginalidade, sociopatias, drogadição, enfim, as mais diversas modalidades do sofrimento psíquico nasceram do modelo tradicional de família.

Então, por ora, têm-se duas certezas: a de que o sexo de quem se ocupa das crianças não traz nenhuma garantia e a de que a família tradicional como produtora de “normalidade” é uma mera ficção (CECCARELLI, 2007).

6.5 Ressignificando a Gestaçã

Os novos arranjos familiares atuais, assim como os novos tipos de concepção que eles abrangem (adoção, inseminação assistida, produção independente) vêm fazendo pais e mães invisitam em rituais que valorizam mais a intenção – o desejo – dos pais do que os aspectos físicos ligados à geração dos filhos (THOMPSON, 2005).

Nesse sentido, uma ótima ilustração é um estudo no Reino Unido com casais de lésbicas em que as parceiras percebiam a parentalidade como um empreendimento conjunto do casal, cuja ênfase residia no aspecto afetivo da relação, e não no biológico (na descendência) nem no material (no provimento).

Na maior parte dos casos, um doador anônimo foi escolhido, uma vez que um doador conhecido ou um pai natural legal era percebido como uma ameaça potencial para a posição da mãe não biológica. A pequena parte que optou por um doador conhecido o fez de maneira cuidadosa a fim de evitar qualquer pretensão de paternidade por parte do doador, a quem era reconhecida notadamente a contribuição genética.

A preocupação em torno das doações anônimas de gametas se deve à percepção de que as crianças podem requerer conhecimento de suas raízes genéticas (NORDQVIST, 2012). Do ponto de vista cultural, o saber da pessoa sobre a própria origem está associado a estar conectado a pessoas, tanto no passado quanto no presente.

O parentesco genético é entendido, em geral, como fonte de “informações constitutivas” para o senso de identidade de uma pessoa (NORDQVIST, 2012). Assim, independentemente de os casais terem envolvido os doadores em alguma função em relação à criança, os que optaram por um doador conhecido acreditavam que era importante a criança poder conhecer a sua origem biogenética.

Houve, portanto, uma interação complexa entre herança genética, limites familiares e autoridade dos pais. As origens genéticas foram percebidas como pertencentes à pessoa – no caso, o(a) filho(a) –, mas não aos pais. O doador tinha um valor conceitual, mas apenas na medida em que a informação não ameaçasse o direito parental do casal.

Nesse mesmo estudo, foram descritas ainda as dificuldades que as parceiras encontravam no processo de concepção e gestação por conta do envolvimento adicional necessário da clínica/equipe/doador. O momento da inseminação era percebido como um marco na relação do casal, sobretudo para os casais que tentavam engravidar já havia algum tempo. Muitos casais afirmaram que achavam importante ambas as parceiras estarem ativamente envolvidas e presentes no momento da concepção.

Esse estudo mostrou como os casais podem ressignificar a concepção de maneira a possibilitar a valorização de ambos no processo, e não apenas daquele que gera ou dá à luz. Aspectos do parentesco convencional e do discurso familiar até continuaram sendo usados, mas apenas na medida em que permitiam às parceiras afirmar o protagonismo conjunto no processo de concepção e parentalidade desejadas.

6.6 Desafios da Assistência à Saúde Durante a Gestação

Apesar do aumento desses novos arranjos familiares, a heteronormatividade das organizações de saúde provoca sentimento de insegurança para aqueles que desejam exercer o direito da parentalidade.

A Medicina, em geral, ainda não incorporou a diversidade dos arranjos familiares e de gênero aos cuidados de rotina (WPATH, 2011). Do ponto de vista tradicional, os sistemas de saúde baseiam seus cuidados e tratamentos na suposição de que a heterossexualidade é a orientação sexual de todos os pacientes, ou seja, o termo **pais** naturalmente implica um homem e uma mulher.

Assim, todas as comunicações e rotinas são baseadas em casais heterossexuais (SPIDSBURG, 2007), o que pode levar a uma comunicação verbal e não verbal deficiente. Isso afeta a qualidade do atendimento e desperta o sentimento de insegurança entre os pacientes que não estão inseridos no modelo familiar tradicional e que não se sentem tratados com respeito pelos profissionais (RÖNDAHL, 2005).

Há mulheres que, independentemente da orientação sexual, optam pela maternidade a partir da adoção ou inseminação de doadores. Uma pesquisa dos EUA relatou que mulheres em relacionamentos do mesmo sexo, por sua vez, enfrentam vários problemas ao longo do caminho para a maternidade, como insegurança financeira, falta de apoio e medo da intolerância (WALL, 2011). O processo de engravidar por inseminação é amplamente descrito como estressante e difícil (GOLDBERG, 2006).

Outros estudos mostraram que casais de mulheres se preocupavam com a heteronormatividade dos profissionais e serviços de saúde e que a revelação de suas orientações sexuais interferis na qualidade dos cuidados prestados a elas e a seus filhos (KENNEY *et al.*, 1992; MCMANUS *et al.*, 2006). Um fator que afetava negativamente a busca delas por cuidado para si e para os filhos era o medo do preconceito com relação à parentalidade delas (MCMANUS *et al.*, 2006).

Além disso, os estudos destacaram que a interação e as expressões de apoio e afeto entre o casal, tão necessárias ao fortalecimento do vínculo nessa fase, eram inibidas frente à percepção, ou mesmo suspeita, de discriminação ou desaprovação por parte dos profissionais de saúde (MCMANUS *et al.*, 2006).

Outro grupo que merece atenção são os transgêneros, principalmente homens trans, que procuram serviços de planejamento familiar, fertilidade e gravidez. Eles enfrentam inúmeros problemas durante a gravidez, como: disforia de gênero, isolamento por falta de estrutura familiar, discriminação, falta de suporte familiar e da sociedade, solidão durante a gravidez e no pós-parto, despreparo dos serviços e profissionais de saúde, assim como tratamento diferente nas interações (LIGHT *et al.*, 2014; ERICKSON-SCHROTH, 2014).

Homens *gays* também estão tornando-se pais cada vez mais por meio de adoção ou com a ajuda de uma barriga de aluguel. Os caminhos para a paternidade costumam variar de acordo com o nível socioeconômico e não estão livres de barreiras e estigmas associados à parentalidade em vários contextos sociais, a maioria em instituições religiosas (PERRIN *et al.*, 2019).

As famílias monoparentais voluntárias (oriundas de separação/divórcio, inseminação ou adoção) e involuntárias (provenientes de viuvez, abandono ou “aborto masculino”, isto é, quando o pai abandona a gestante) também têm-se multiplicado e representam um desafio particular para a assistência médica.

As novas configurações de família colocam para os profissionais que trabalham diretamente com a instituição familiar uma busca ativa na compreensão de tais mudanças. O compartilhamento dos processos de cuidado entre profissionais e família é um dos dispositivos de humanização desse ambiente.

Compreender a experiência de hospitalização para a família favorece uma reflexão sobre estratégias possíveis que favoreçam vivências produtivas e menos traumáticas. É importante o futuro cuidador considerar também que o atendimento em saúde é um encontro entre sujeitos e que os profissionais de saúde trazem concepções aprendidas, mas podem reformulá-las e aprender com as experiências apresentadas por seus pacientes (PEREIRA NETO *et al.*, 2016).

Profissionais de saúde e sociedade, de maneira geral, precisam estar cientes de que pais e mães, independentemente dos arranjos familiares a que pertençam, têm necessidades específicas de acolhimento e inclusão na experiência do cuidado parental.

Nesse sentido, é preciso estimular o amplo debate sobre estigmas, preconceitos e discriminação experimentados por certos grupos sociais, de modo que os profissionais de saúde possam perceber a melhor rota de ação para ajudar pais e mães a lidar com os desafios particulares no cuidado parental.

Um estudo de revisão da literatura sobre mulheres lésbicas, por exemplo, indicou posturas e comportamentos que conferiam a elas qualidade no acolhimento em saúde: uma atitude aberta e sem julgamentos; a ausência do pressuposto de que todos os pacientes são heterossexuais durante as consultas, nos formulários a serem preenchidos e em cartazes e panfletos informativos; o conhecimento pelo profissional sobre a situação das mulheres lésbicas e a valorização da comãe (WERNER, 2008).

No Brasil atual, a afirmação de novos arranjos familiares a partir de indivíduos, casais ou grupos representa o processo geral de transformação das práticas sociais relativas à sexualidade, ao amor, e às associações com base no afeto, apesar das resistências sociais daqueles que só percebem um modelo de parentalidade como possível.

Vivências e associações afetivo-sexuais alternativas ao conjunto de regras da conjugalidade e parentalidade heterossexuais tradicionais resultam da liberdade de cada um lidar com seu objeto de desejo da maneira que melhor lhe convém. O diferente, ou melhor, o novo é mais um tipo de manifestação da diversidade humana e requer, como os demais, legitimidade e o respectivo tratamento humanizado. Querer amar e ser amado é natural, e exercer a parentalidade é direito da pessoa humana.

REFERÊNCIAS

CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. As mudanças no ciclo de vida familiar. **Artmed**, v. 2, p. 7-29, 1995.

CECCARELLI, P. R. Novas configurações familiares: mitos e verdades. **J. Psicanal.** São Paulo, v. 40, n. 72, p. 89-102, jun. 2007.

ELLIS, S. A.; WOJNAR, D. M; PETTINATO, M. Conception, pregnancy, and birth experiences of male and gender variant gestational parents: it's how we could have a family. **J Midwifery Women's Health**, 2014; 60(1): 62–69.

ENGELS, F. **A origem da família da propriedade privada e do estado**. LeBooks Editora (2019, reimpressão da 1ª edição de 1884).

EPSTEIN, R. Lesbian families. In: LYNN, M. (editor) **Voices: essays on Canadian families**. Toronto: Nelson Canada, 2002.

ERICKSON-SCHROTH L (ed). **Trans bodies, trans selves: a resource for the transgender community**. 1st ed. Oxford: Oxford University Press, 2014.

GOLDBERG, A. E. The transition to parenthood for lesbian couples. **Journal of GLBT Family Studies**, 2(1), 13–42, 2006.

KENNEY, J. W.; TASH, D.T. Lesbian childbearing couples' dilemmas and decisions. **Health Care Women Int.** 1992;13(2): 209-19.

LÉVI-STRAUSS, C. **As estruturas elementares do parentesco**. São Paulo: Vozes, 1976.

LIGHT, A. D.; OBEDIN-MALIVER, J.; SEVELIUS, J. M. et al. Transgender men who experienced pregnancy after female-to-male gender transitioning. **Obstetr Gynecol**, 2014; 124: 1120–1127.

LIMA, M. Música: **Novas famílias**. 2018.

MALINOWSKI, B. **Os argonautas do Pacífico Ocidental**. São Paulo: Abril Cultural, 1976.

MCMANUS, A. J.; HUNTER, L.P.; RENN, H. Lesbian experiences and needs during childbirth: guidance for health care providers. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.** 2006; 35(1): 13-23.

MITCHELL, C. A dança kalela, 1966. In: BIANCO, B. F. (org.). **Antropologia das sociedades complexas**. São Paulo: Ed. Unesp, 2010, pp. 365-436.

MORAN, N. Lesbian health care needs. **Can Fam Physician**, 1996; 42: 879–84.

MORGAN, L. H. **A sociedade primitiva**. Lisboa: Presença, 1976.

NORDQVIST, P. Origins and originators: lesbian couples negotiating parental identities and sperm donor conception. **Culture, Health & Sexuality**, 14(3), 297–311, 2012.

PATTERSON, C. J.; FRIEL, L.V. **Sexual orientation and fertility**. In: BENTLEY, G.; MAS-CIE-TAYLOR, N. (eds.). *Infertility in the modern world: biosocial perspectives*. Cambridge: Cambridge University Press, 2000.

PEREIRA NETO, E. F.; RAMOS, M. Z.; SILVEIRA, E. M. C. Configurações familiares e implicações para o trabalho em saúde da criança em nível hospitalar. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 961-979, set. 2016.

PEREIRA, R. C. **Dicionário de direitos de família e sucessões** – ilustrado. São Paulo: Saraiva, 2015.

PEREIRA, R. C. “Princípio da afetividade”. In: DIAS, M. B. (coord.). **Diversidade sexual e direito homoafetivo**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011.

PEREIRA, R. C. **Princípios fundamentais norteadores do Direito de Família**. 2. São Paulo: Saraiva, 2012.

PERRIN, E. C.; HURLEY, S. M.; MATTERN, K. et al. Barriers and stigma experienced by gay fathers and their children. **Pediatrics**. 2019;143(2):e20180683.

RÖNDAHL, G. Heteronormativity in a nursing context. Attitudes toward homosexuality and experiences of lesbians and gay men. PhD Thesis. **Department of Public health and Caring Sciences/Caring Sciences**, Uppsala University, Uppsala, Sweden, 2005.

ROUDINESCO, E. **A família em desordem**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.

SCHNEIDER, D. M. [1968] 1980. **American kinship: a cultural account**. 2nd ed. Chicago, IL: The University of Chicago Press.

SPIDSBERG, B. D. (2007). Vulnerable and strong – lesbian women encountering maternity care. **Journal of Advanced Nursing**, 60, 478–486.

THOMPSON, C. 2005. **Making parents: the ontological choreography of reproductive technologies**. Cambridge, MA: MIT Press.

VIVEIROS DE CASTRO, E. (org.) **Antropologia do parentesco: estudos ameríndios**. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 1995.

WALL, M. Hearing the voices of lesbian women having children. **Journal of GLBT Family Studies**, 7(1–2), 93–108, 2011.

WERNER C.; WESTERTA, A. Donor insemination and parenting: concerns and strategies of lesbian couples. A review of international studies. **Acta Obstetrica et Gynecologica**. 2008; 87: 697 -701.

WPATH. The World Professional Association for Transgender Health: Standards of care for transsexual, transgender, and gender-nonconforming people. **Int J Transgenderismo**, 2011; 13: 165-232.



Seção 3 | A SAÚDE MENTAL DOS PAIS NA GESTAÇÃO E NO PÓS-PARTO

APRESENTAÇÃO

Por muito tempo, tem sido argumentado que as mulheres expressam angústia de maneiras diferentes em comparação com os homens. A maioria das pesquisas de gênero e saúde mental apoia que, apesar de a prevalência geral de transtornos mentais ser aproximadamente igual entre homens e mulheres, elas apresentam taxas mais altas de transtornos como depressão e ansiedade, enquanto eles são considerados em maior risco de comportamento agressivo e uso abusivo de substâncias.

No entanto, não se pode simplesmente atribuir essas diferenças às supostas “naturezas” masculina e feminina. As características biológicas e psicológicas são mediadas e moldadas pelo ambiente, o que faz com que fatores políticos, sociais e culturais, para além de influenciar, determinem grande parte dessas diferenças (SMITH *et al.*, 2016).

A cultura é o produto da ação do homem no meio e desempenha um papel importante no desenvolvimento de nossos esquemas cognitivos. Por meio dela, são definidas diferentes expectativas de comportamento (*performances*) baseadas no sexo que expressam uma hierarquia de poder na sociedade, que chamamos de gênero. As expectativas de gênero afetam as atitudes de homens e mulheres com relação ao trabalho reprodutivo e ao cuidado com os filhos.

Esta seção mostrará que a expectativa desigual no que tange o cuidado pode sobrecarregar a mulher quando na função da maternidade e levar, conseqüentemente, ao seu adoecimento mental.

Para compreender a problemática da relação da mulher com a maternidade, o primeiro item do Capítulo 7 contextualiza historicamente as transformações socioculturais ocorridas no sistema familiar, a partir do século XVIII, e sua disseminação no Ocidente.

O segundo item aborda a formação dos laços afetivo-parentais, com contribuições da psicanálise, da biologia e do evolucionismo.

Em seqüência, o terceiro item trata dos estressores psicossociais relacionados ao período da gestação e dos primeiros anos após o parto.

Por fim, o quarto item contém orientações que podem contribuir com a promoção do bem-estar e da saúde mental dos cuidadores “de primeira viagem”.

O Capítulo 8 salienta os aspectos relacionados à depressão na gestação e após o nascimento do bebê, apresentando seu caráter multifatorial e passível de ocorrer em parte das gestantes em graus de intensidade variados e cujos sintomas não devem ser negligenciados.

Por fim, o Capítulo 9 faz alguns apontamentos sobre as vivências do luto na maternidade, as classificações relacionadas ao período de vida em que a morte do bebê acontece e a importância dos rituais de despedida para elaboração do luto e do apoio da rede social da família enlutada.



7 DO SOCIAL À SAÚDE MENTAL

Alessandro Dias Damasceno
Daniela Zanotti da Silva
Evelin Mascarenhas Soffritti
Ana Cristina Augusto de Sousa
Colaboradora:
Bianca de Moraes Branco

7.1 A Desnaturalização da Maternidade

A historiadora Elisabeth Badinter, em sua obra traduzida sob o título *Um amor conquistado: o mito do amor materno*, parte da França urbana do século XVII para analisar a relação de aparente frieza e negligência da mulher para com a gravidez e com o recém-nascido.

Na época, tal modo de experimentar a maternidade revelou-se como um fenômeno coletivo, e não uma exceção, o que levou a autora a propor que o desejo pela maternidade visto pelas sociedades ocidentais como algo instintivo ou inato em toda mulher seria também fruto de uma construção social e, portanto, histórica.

Para sustentar essa hipótese, a autora mostra como as transformações econômicas e sociais da Europa no último terço do século XVIII provocaram “uma espécie de revolução das mentalidades”, que teria modificado radicalmente o valor social da maternidade e fomentado a construção de um ideal materno que impacta as mulheres até os dias atuais.

A autora explica que, até a Revolução Francesa, a ênfase na superioridade natural do homem em relação à mulher e à criança justificava a autoridade dele dentro das famílias e, por analogia, a autoridade do rei sobre os suseranos e demais súditos. A garantia da obediência, como um valor social, era fundamental para manter a ordem absolutista e o poder real.

Nesse sentido, a família cumpria mais uma função moral e social do que afetiva – isto é, a função da reprodução, transmissão dos bens, dos costumes e do nome. Os arranjos familiares com base nos casamentos por contrato, motivados por questões econômicas ou alianças políticas entre famílias, inibiam a expressão de afetividade entre os cônjuges.

A condição da mulher equiparava-se à da criança, vista como um pequeno adulto, e ambas eram completamente subordinadas ao homem, ou seja, ao *pater familias*. Cabe elucidar aqui que o “sentimento de infância” (ARIÉS, 1960), tal qual conhecemos hoje, assim como a maternidade, é também uma construção social relativamente recente.

Assim, sobretudo entre os séculos XVI, XVII e pelo menos parte do XVIII, na França absolutista, sob o imperativo “da disciplina e da racionalidade dos costumes”, são retratadas relações entre pai e filho marcadas pela violência física e entre mãe e filho pelo distanciamento afetivo (ARIÉS, 1960; BADINTER, 1985).

A proibição de relações sexuais durante o período da gestação e todo o período da amamentação pela Medicina e pela Igreja na época prejudicava a intimidade conjugal, e as crianças eram consideradas um objeto tedioso, que não demandava cuidados próprios ou especiais.

A amamentação era desincentivada pela ideia de que acarretaria implicações estéticas (tornaria os seios flácidos) e era condenável para a mulher do ponto de vista moral, por ser encarada como um ato animalizado e despudorado. De modo que, para amamentar, a mulher precisava afastar-se da vida social.

Mães, sogras e parteiras, em classes abastadas, desaconselhavam a jovem mãe a amamentar, pois a tarefa não era considerada nobre o bastante para uma dama. Além disso, o choro da criança era visto como perturbador e provocador de uma “excessiva sensibilidade nervosa” (BADINTER, 1985).

Os homens, por sua vez, não foram agentes passivos na rejeição da amamentação. Alguns entendiam que a amamentação ameaçava a sexualidade de sua mulher, bem como o prazer sexual deles. Outros demonstravam clara aversão pelas mulheres que amamentavam, devido aos seios, que lactavam, e ao próprio odor do leite (BADINTER, 1985).

Assim, os testemunhos da época expunham a prática recorrente de enviar o recém-nascido à casa das amas de leite para ser amamentado e cuidado nos primeiros anos de vida. Esse costume, verificado desde o século XVI na aristocracia francesa, alcança todas as camadas da

sociedade urbana no século XVIII, disseminando-se em outros países e impérios coloniais no século seguinte (BADINTER, 1985).

Nas casas das amas, o excesso de crianças comprometia os cuidados básicos de higiene, o suporte emocional e a alimentação adequados ao seu desenvolvimento. Um número expressivo de crianças morria sem que os pais sequer tivessem notícias.

A mortalidade infantil no primeiro ano de vida, sobretudo no primeiro mês de vida, aumentou sensivelmente nas cidades francesas entre os séculos XVII e XVIII. As crianças que conseguiam sobreviver retornavam aos seus lares por volta dos 4 ou 5 anos, raquíticas ou com malformações, e logo eram confiadas a uma governanta (se filhos das classes abastadas) até os sete anos (BADINTER, 1985).

Com cerca de oito a dez anos, a criança era novamente afastada de casa, a fim de aprender um ofício. Antes do século XVII, as famílias chegavam a trocar reciprocamente seus filhos, para servirem como criados ou aprendizes.

Depois, as crianças passavam a frequentar a escola, o que multiplicou o número de internatos para os meninos e de conventos para as meninas. Assim, era comum que os filhos permanecessem fora do convívio parental até a idade do casamento (BADINTER, 1985).

Em meados de 1780, com a Revolução Industrial e o início do Capitalismo, aumentou a demanda por mão de obra nas indústrias. A redução da mortalidade infantil tornou-se fundamental para o atendimento às exigências da nova sociedade industrial.

Não por acaso, ganhou força nesse período o discurso que atribuía à mãe uma capacidade “natural” de amar e maternar sua prole, recomendando-as e ordenando-as a cuidar pessoalmente dos filhos e amamentá-los.

O caráter “natural” incorporava o conceito de instinto, termo definido como “uma tendência inata e poderosa, comum a todos os seres vivos ou a todos de uma mesma espécie”, associado à ideia de que a natureza faz bem às coisas, ou seja, contém sabedoria própria.

A mulher passou então a ser entendida como “feita” para ser mãe, e mais, uma boa mãe, por ter sua natureza dotada de um instinto ou amor espontâneo ou pulsão inata e irresistível de ocupar-se do cuidado com o filho. Essa construção social, histórica e idealizada de instinto maternal foi intitulada por Badinter como o “mito do amor materno” (BADINTER, 1985).

Essa inovação discursiva cumpriu uma função: a criança, antes concebida como um estorvo nas cidades, passou a ser utilizada como mão de obra barata nas fábricas, assim como as mulheres. Essa mão de obra barata, para sobreviver aos primeiros anos de vida e tornar-se um trabalhador, precisava de cuidados, os quais recaíam quase exclusivamente sobre a mãe.

Por meio da confluência dos discursos de moralistas, administradores, médicos e higienistas, o Estado assumiu a defesa do aleitamento aos recém-nascidos pelas mães e a exaltação da função materna às mulheres (BADINTER, 1985).

Badinter não ignora as diferentes manifestações do amor materno ao longo da história humana. Ela destaca, por exemplo, o relato do teólogo J. L. Vives, que se queixa da excessiva ternura das mães em meados do século XVI. No entanto, o novo para ela, a partir do final do século XVIII, é a criação de uma narrativa de exaltação do afeto materno como um valor ao mesmo tempo natural e social, ou seja, como uma aptidão inata da mulher – e só constitutiva dela – para o cuidado, que mantém a espécie e, conseqüentemente, a sociedade (BADINTER, 1985).

Todavia, nessa mesma época, mulheres mais privilegiadas do ponto de vista econômico, sobretudo nas grandes cidades francesas, ambicionavam brilhar fora do lar, em lugar de permanecerem confinadas em casa, entre tarefas domésticas e maternas. A afeição pelo conhecimento e pela cultura por parte delas não foi bem recebida pelos pais e maridos.

É possível que, na aspiração de frear o processo emancipatório feminino, a maioria dos homens, principalmente os mais eminentes, tenha-se apropriado da ideia do instinto materno para tentar mantê-las na esfera doméstica, impedindo assim que as mulheres fossem favorecidas pela igualdade jurídica conquistada pelos homens após a Revolução Francesa.

Muitos ideólogos renomados, como Montaigne, Rousseau, Molière e Fénelon, em seus discursos, conjuram as mulheres a voltar às suas funções “naturais” de dona de casa e de mãe.

O saber – diziam eles – “estragaria” a mulher, “distraindo-a de seus deveres mais sagrados”, entendidos como as tarefas de cuidado e reprodução social ligadas ao lar e à família (BADINTER, 1985). Esse era um discurso acima de tudo voltado para aquelas cuja ambição mirava os postos e ambientes tipicamente masculinos.

Se os princípios libertários e individualistas do Iluminismo tornaram os homens iguais perante a lei e os casamentos por contrato cada vez mais inadequados – com a evocação da livre escolha do cônjuge e do princípio do amor como base para as relações familiares –, a maternidade passou a ser defendida pelos interlocutores da época como o principal passe para o acesso das mulheres a certos direitos de cidadania e à felicidade.

O ideário predominante era: “Sede boas mães, e sereis felizes e respeitadas”; “Tornai-vos indispensáveis na família, e obtereis o direito de cidadania” (BADINTER, 1985).

A valorização da maternidade como algo essencial e “nobre”, que o homem não podia – ou não queria – realizar simbolizava outra “recompensa” para a mulher: o reconhecimento e o respeito dos homens de sua utilidade e importância na sociedade, ainda que limitada ao domínio doméstico – além da promessa das “alegrias da maternidade”, da “ternura infinita” dos filhos e do “apego sólido e constante do marido”, concebidos como a fonte da felicidade humana para a mulher.

Esse discurso utilizado para convencer as mulheres a aceitar a imposição do destino “natural” de nutrir, cuidar e zelar pela integridade dos filhos e da família, no entanto, teve o homem como o maior beneficiário (BADINTER, 1985).

Paulatinamente, o tempo e a dedicação despendidos pelas mães aos cuidados com os filhos parecem ter estabelecido laços que reduziram a tendência de afastar as crianças do lar, mesmo

quando cresciam. Se, em um primeiro momento, a atitude dos pais de confiar seus bebês a amas de leite passou a ser encarada como falta de amor, depois, o mesmo entendimento foi aplicado ao envio dos filhos, já maiores, aos internatos ou conventos.

Sob a influência dos princípios iluministas e higienistas da época, essas instituições (outrora reconhecidas como espaços de educação moral e humana) passaram a ser vistas como locais de tratamento severo e inflexível, com condições insalubres às crianças. Assim, progressivamente, as mães assumiram a função de prover também uma parte importante da formação intelectual e dos hábitos dos filhos (MOURA; ARAÚJO, 2004).

É apontado por Badinter (1985) que foi principalmente a mulher burguesa de classe média a primeira a ver nessa nova função educativa dos filhos uma oportunidade de melhorar sua posição pessoal. O aumento da responsabilidade da mãe possibilitou que, como esposa, ela se impusesse mais ao marido e que, muitas vezes, fosse dela a “última palavra” para os filhos.

Contudo, se por um lado tal fato adicionou a elas mais poder, ainda que limitado aos filhos, por outro conferiu maior responsabilidade à função materna, o que pouco a pouco contribuiu para a narrativa que atribuiu o destino da família e da própria sociedade à maneira como as pessoas são educadas por suas mães.

Todas essas mudanças de mentalidade e comportamento levaram a uma alteração lenta, porém radical, da sistemática familiar. As mulheres assumiram as funções de gestoras do lar, responsáveis pelos filhos e pela família, bem como de guardiãs da moral e da religião, sob a égide da devoção e do autossacrifício em prol da maternidade, da família e da sociedade (MOURA; ARAÚJO, 2004). Os homens, por sua vez, foram completamente liberados para as atividades produtivas de modo a garantir o provimento material do núcleo familiar, assim como para o exercício dos seus interesses individuais na vida pública.

Para indicar como a função paterna passou a ser concebida como “menos necessária ou mais acessória” no século XIX, Badinter destaca partes do capítulo (transcritos a seguir) de um livro amplamente conhecido pelos leitores franceses da época:

Este capítulo repara um esquecimento: mostra o papel do pai na educação dos filhos dada pela mãe... Perguntaram-nos por que não convocávamos o pai a participar da educação da criança. Nossa resposta é simples: é que no estado dos costumes, e salvo algumas raras exceções, o concurso do pai é quase impossível... é certo que a influência do pai é uma boa coisa, quando ela é boa; mas como são raros os casos em que ela se pode exercer em toda sua plenitude! O tempo e a vontade são os dois elementos que lhe faltam (MARTIN, 1840).

Esse arranjo familiar burguês, entretanto, não pôde ser aplicado da mesma maneira às mulheres de classes sociais mais pobres. Estas, obrigadas a trabalhar, tiveram a carga de trabalho total consideravelmente ampliada a partir do discurso que exigirá delas também, em nome da “missão natural” feminina, a completa assunção das tarefas reprodutivas do lar.

A exaltação do amor, do cuidado, do carinho, da ternura e da alegria, aliada à negação ou ao repúdio à raiva, à tristeza, ao desprezo e ao desgosto como inerentes à identidade feminina

tornaram-se os principais fatores de reconhecimento social da mulher ao longo do século XIX. A maternidade foi adotada como “uma meta inevitável” de vida (PARSEVAL, 1986), sublime, milagrosa e transformadora. Como argumenta Badinter (1985), a idealização da figura materna aos moldes de Maria, a abnegada mãe de Jesus, produziu no inconsciente coletivo a ideia de um amor materno inquestionável e incondicional que perdura até os dias de hoje.

No entanto, com o advento da Psicanálise, no século XX, e a popularização das proposições dos estudos de Freud e de seus discípulos, além de outros autores como Klein e Winnicott, novos sentidos foram introduzidos ao contexto relacional entre mãe e filho.

A ênfase em características aparentemente constitutivas da personalidade feminina colocou a mãe também no papel de prover o afeto e a devoção necessários à formação psíquica ao descendente, agregando à função materna – até então centrada na garantia do cuidado físico e moral da criança – uma nova responsabilidade: a saúde mental e a felicidade do filho (BADINTER, 1985; MOURA et al., 2004).

Nesse viés, a socióloga e psicanalista Nancy Chodorow (1990) apontou, em seu livro *The re-production of mothering: psychoanalysis and the sociology of gender*, como as desigualdades de gênero (construídas socialmente a partir dos sexos diferentes do ponto de vista biológico) foram incorporadas pelos discursos da psicologia e da sociologia pós-freudiana. A autora observa que tais discursos reforçaram esse ideal de maternidade e questiona a centralização única e exclusivamente do cuidado na figura da mãe.

No mesmo sentido, Novelino (1988), uma das autoras brasileiras que analisou a construção dos modelos maternos contemporâneos, corroborou a posição de Chodorow. Em seu livro *Maternidade: um perfil idealizado*, ela diz: “A família sadia confunde-se, em suas qualidades e atributos, com a mãe ideal: fonte eterna de amor e segurança. A boa mãe viverá para o filho, constantemente, preparando e guiando o seu caminho para a felicidade”.

Na cena familiar, “a mãe é peça central, insubstituível, perita na arte de compor uma família perfeita, que promova à criança o ambiente adequado ao desenvolvimento saudável que possa servir de base ao pleno desenvolvimento da personalidade da criança, de seu potencial afetivo e intelectual”.

Tamanha importância no lar, no entanto, não encontrava respaldo na vida civil. A promessa iluminista, que havia beneficiado os homens ainda no século XVIII, havia deixado de fora as mulheres e as pessoas escravizadas nas antigas colônias. A mulher adentrou o século XX sem igualdade jurídica com o homem, ainda com restrições ao direito de propriedade e à participação política. Com salários menores, eram também impedidas de exercer diversas profissões não ligadas ao cuidado.

Contra essa situação, mulheres em diversas partes do mundo se organizaram para reivindicar igualdade jurídica entre os sexos. O direito feminino à propriedade e ao voto foram progressivamente conquistados nas primeiras décadas do século XX nos países centrais do capitalismo. Na URSS, homens e mulheres foram equiparados após a implantação do socialismo em 1917.

Nessa época, o número de mulheres aumentara bastante no mercado de trabalho em razão da grande guerra mundial (1914-1918), que deslocou boa parte da população masculina para os campos de batalha. Isso abriu espaço para que elas, por substituição, assumissem funções produtivas que antes lhes eram vedadas. E isso lhes permitiu experimentar algum grau de independência econômica.

Os avanços conquistados, no entanto, não estariam livres das distorções oriundas da hierarquia de gênero: mulheres continuavam a ganhar menos que homens e a sua entrada em ambientes e áreas de atuação tipicamente masculinas ainda era barrada ou dificultada pelas normas vigentes e por preconceitos que reforçavam a função materna e a missão do cuidado.

A maior transformação fora possível, no entanto, com o advento dos contraceptivos orais em 1960, que permitiu à mulher impedir a gravidez indesejada e provocou uma revolução no comportamento sexual da época. A oportunidade de planejamento e investimento em uma carreira criava agora para as mulheres, além da independência material, a possibilidade de experimentar outros sentidos e experiências de vida fora da vida doméstica.

Uma nova onda do movimento feminista passou a reivindicar a “libertação das mulheres” da esfera doméstica e incorporou a luta contra outras estruturas de opressão, como o racismo e a heteronormatividade.

Contudo, embora a independência financeira e o advento da pílula tenham permitido à mulher controlar o momento da maternidade, não houve uma transformação no modo de praticá-la. Em outras palavras, tornou-se possível definir “quando”, mas não “como”.

Essa mulher moderna, independente e libertária, ao internalizar o discurso construído para ela no século XIX, passa a assumi-lo como referência de identidade para ela e para as demais. Assim, as engrenagens e os mecanismos de reconhecimento e recompensa social da maternidade idealizada são mantidos e seguem transmitidos por gerações.

Logo, em que pese as mulheres tenham passado a se ocupar mais do mercado produtivo, elas ainda se percebem (e são percebidas) como as principais responsáveis pelo trabalho reprodutivo no lar. Como denuncia a autora Lo Bianco (1985), o discurso que triunfou foi o de “ênfase simultânea na importância e obrigatoriedade da maternidade e na importância e possibilidade de desempenho em outros papéis não relacionados ao ser mãe”.

A socialização para o cuidado e a maternidade permaneceram assim como uma estrutura quase intocada pela emancipação econômica feminina. Isso fez com que, de um lado, o próprio homem, na figura do pai/parceiro, não fosse convocado mais energicamente para as tarefas de cuidado em relação aos filhos e ao lar; e de outro, tenha-se formado nas mulheres uma zona específica de vulnerabilidade psíquica e sofrimento ligados ao exercício da maternidade (ZANELLO, 2018). É essa vulnerabilidade psíquica de natureza identitária que irá torná-la mais suscetível à culpa e ao sentimento de fracasso caso recuse ou pareça falhar nessa suposta missão “natural”.

Nem todas as mulheres se identificam com o todo ou partes desse ideal materno, o que impacta seu psiquismo. Portanto, somente partindo dessa “desnaturalização” da maternidade é

possível compreender os fenômenos psíquicos e os desafios que essa experiência causa à saúde mental da mulher, assim como ao protagonismo do homem na relação com os filhos e com o próprio lar.

7.2 Contribuições Psicanalíticas, Biológicas e Evolucionistas na Compreensão dos Laços Afetivo-Parentais

A partir da década de 1930, uma série de estudos clássicos do comportamento de animais capturou uma variedade de comportamentos instintivos “de apego” em filhotes com relação aos adultos, como meio de se obterem maiores chances de sobrevivência.

Lorenz (1957), por exemplo, observou que patinhos recém-nascidos passaram a segui-lo (apegando-se à figura dele) quando, logo após o nascimento dos filhotes, o pesquisador imitava os movimentos da mãe-pata de andar “gingando”, grasnar e bater os braços.

Para Lorenz, existiria uma prontidão inata, automática, do sistema nervoso deles em seguir o primeiro objeto em movimento que veem (que, geralmente, é a mãe). Levando-se em conta o número de filhotes que nascem de uma vez, isso traria menos risco de se perderem da ninhada e maior chance de sobrevivência.

Harlow e Zimmerman (1959) demonstraram que, quando filhotes de macacos rhesus podiam optar entre uma “mãe” substituta feita de arame e outra feita de tecido macio e aconchegante, passavam mais tempo agarrados à mãe de tecido, mesmo que fossem alimentados por mães-de-aramas ligadas à mãe de arame.

A conclusão desses experimentos, quando extrapolados para a espécie humana, aponta que a alimentação não seria a necessidade mais importante que os bebês buscam nas mães. Os humanos carecem, principalmente, de conforto, por meio de um contato físico íntimo, e, nos macacos, a necessidade de “agarrar-se”.

Os primatas, em comparação com outros animais, levam mais tempo para atingir a maturidade e, portanto, precisam de comportamentos que promovem ligação (apego) mais efetiva e duradoura do filhote com o adulto, como garantia do cuidado durante o processo de amadurecimento. Por exemplo, os chimpanzés e os macacos *rhesus* levam, respectivamente, cerca de 8 e de 4 anos para alcançarem a maturidade reprodutiva.

Os seres humanos amadurecem fisicamente apenas depois do início da adolescência e, em geral, só chegam à maturidade cognitiva e psicossocial ainda mais tarde. Mais do que quaisquer outros animais, os humanos vivem de sua inteligência e têm muito a aprender devido à complexidade de suas comunidades e culturas. A infância prolongada serve de preparação essencial para a idade adulta (PAPALIA *et al.*, 2006).

O “apego”, termo cunhado pelo psicólogo John Bowlby (1951), refere-se ao vínculo emocional recíproco e duradouro desenvolvido entre o bebê e pelo menos um cuidador nos primeiros anos de vida.

Acredita-se que haja uma predisposição biológica do bebê para apegar-se afetivamente àquele que se coloca disponível para atendê-lo em suas necessidades; em contrapartida, o adulto predispõe-se a se sensibilizar com os sinais emocionais e comportamentais do bebê, quanto ao atendimento de suas necessidades.

O vínculo afetivo seria determinado pelas sucessivas interações (respostas comportamentais desencadeadas pelos sinais emocionais de um para o outro) a partir do contato constante entre ambos, o bebê e o(s) cuidador(es). Atos como sugar, chorar, sorrir, agarrar-se e olhar nos olhos do cuidador, por exemplo, são comportamentos considerados de busca de apego pelo bebê.

Os adultos, por sua vez, em sua maioria, não ficam indiferentes aos sinais do bebê e tendem a responder rapidamente, por exemplo, ao seu choro. Quando as interações entre o bebê e o cuidador ocorrem de maneira satisfatória (p. ex., quando os gritos do bebê são traduzidos em ajuda e conforto, e seus risos provocam risos em retribuição), o sentimento de ligação afetiva entre ambos aumenta de modo progressivo (BOWLBY, 1951).

O bebê constrói um padrão de resposta a partir daquilo que espera do cuidador, à medida que tais interações ocorrem entre eles. O padrão de respostas, que proporciona o atendimento das necessidades tanto físicas quanto de conforto e de segurança para o desenvolvimento biopsicoafetivo saudável do bebê, é denominado de “apego seguro”, conforme definição clássica dada pela pesquisadora Mary Ainsworth (1979).

Se as mesmas atitudes são mantidas por parte do cuidador, o padrão esperado é preservado. Se o comportamento muda de maneira consistente, não apenas uma vez ou outra, o bebê pode alterar sua expectativa e a segurança do apego.

O psicanalista Erick Erikson (1950), em sua Teoria do Desenvolvimento Psicossocial, argumenta que os bebês têm a capacidade de desenvolver um “senso de confiança” nas pessoas e nos objetos do seu entorno nos primeiros dois a três anos de vida.

O elemento principal para o bebê ganhar confiança é uma resposta sensível e consistente às suas necessidades pelo cuidador ao longo do tempo. Para o estudioso, as circunstâncias da alimentação são consideradas como propícias para o estabelecimento de confiança.

O bebê passa a confiar que será alimentado quando tiver fome, mesmo com o cuidador fora de vista. Essa certeza interior, de prever a chegada do alimento do exterior, sinaliza o sentimento de confiança no cuidador, que representa o “mundo” para o bebê. Assim, por aprender a confiar no cuidador, passa a confiar na própria capacidade de conseguir o que precisa do meio externo.

Outro dedicado estudioso do desenvolvimento psicoemocional das crianças, o pediatra e psicanalista Donald Winnicott, influenciado pelas ideias de Darwin, defende que é do encontro com o meio ambiente (representado pela figura materna ou substituto dela) que o bebê, a partir de um potencial inato, torna-se, aos poucos, alguém capaz de estabelecer relações consigo mesmo e com os outros, cuidando-se e responsabilizando-se pela própria vida, adaptando-se ao meio.

Para amadurecer, entretanto, precisa de um vínculo afetivo “suficientemente” bom com a mãe (ou um substituto dela) (PAPALIA *et al.*, 2006; WINNICOTT, 1965).

Os cuidados corporais dedicados ao bebê (p. ex., segurar, confortar, alimentar, higienizar), em resposta aos sinais de incômodo por ele emitidos, possibilitam a ligação entre suas sensações internas corporais e seus processamentos cognitivos, ou seja, a integração de seu corpo com o seu psiquismo – assim como, ao envolver o recém-nascido em seu colo, a mãe delimita um “canto habitável e acolhedor” do meio ambiente para o filho em seus primeiros meses de vida.

Com o alargamento progressivo do perímetro de atuação do bebê, a mãe “apresenta” paulatinamente o mundo exterior em doses adequadas à capacidade de aprendizado dele (PAPALIA *et al.*, 2006; WINNICOTT, 1965).

Após o nascimento – período de dependência absoluta –, o cuidado deve proporcionar regularidade, monotonia e previsibilidade ao bebê, mediante o estabelecimento de uma rotina. Com as repetições dos cuidados, ele vai adquirindo confiança e passa gradualmente a ser capaz de tolerar “falhas ambientais” de atenção imediata às suas necessidades – período denominado de dependência relativa.

As frustrações, então, lançam a criança a buscar a satisfação de suas necessidades no ambiente. Sob orientação e supervisão do adulto, ela inicia o percurso de aprendizado contínuo rumo à sua independência (PAPALIA *et al.*, 2006; WINNICOTT, 1965).

Os estudos de Winnicott, Bowlby e Ainsworth sugeriram que a tendência universal era a mãe (ou substituto dela) funcionar como a figura de apego seguro primordial. Winnicott, em uma de suas conferências pela British Broadcasting Corporation (BBC) a pais e mães sobre “a contribuição do pai”, apesar de reconhecer que alguns desempenham bem a função de mãe substituta, afirmou que “não se deve supor, em todo caso, que seja uma boa coisa para o pai entrar prematuramente em cena”.

Para ele, os homens não teriam a mesma disponibilidade – exclusiva e devotada – das mães, e o ideal era que apenas um cuidador atuasse no estabelecimento do vínculo primário (BADINTER, 1985; WINNICOTT, 1987). Contudo, essa conclusão partiu de pesquisas que datavam de uma época em que boa parte das mulheres assumia quase exclusivamente as funções de cuidado primário.

No contexto mais atual, estudos sobre desenvolvimento infantil têm abrangido o relacionamento entre os bebês e os seus pais, irmãos e outros cuidadores, em uma perspectiva de vínculo mais ampla. Papalia *et al.* (2006), no livro *Human development*, resumem, a partir de pesquisas mais recentes, que

“os bebês parecem desenvolver apego por ambos os pais aproximadamente ao mesmo tempo, e a segurança do apego ao pai e à mãe geralmente é muito semelhante [...]. O apego seguro ao pai, às vezes, pode compensar um apego inseguro à mãe”. (PAPALIA *et al.*, 2006.)

Pai e mãe que tendem a ter bebês que “demonstram precocemente um apego seguro” quando ambos os pais “demonstram deleite com seus bebês, consideram-se importantes para o desenvolvimento” deles, “são sensíveis às suas necessidades e dão alta prioridade à convivência com eles”.

É fato que, ao longo da vida, o ser humano vai desenvolvendo necessidades que ultrapassam a esfera de natureza propriamente animal ou instintiva de assegurar sua sobrevivência. Uma boa descrição da complexidade que vai sendo adicionada ao indivíduo é dada por uma citação de Papalia (2006): “inicialmente, chorar significa desconforto físico; posteriormente, isso mais comumente expressa sofrimento psicológico”.

Em torno de 1 a 2 meses, “um sorriso pode demonstrar prazer no contato social”, surgindo de modo espontâneo, como “expressão de bem-estar”. Afirma também: “À medida que o tempo passa, os sorrisos e o riso em situações incomuns ou inesperadas refletem o aumento do entendimento e da capacidade de lidar com a excitação gerada pelo novo ou inusitado.

O psicólogo humanista Abraham Maslow (1954), em sua teoria sobre a hierarquia de necessidades que motivam o comportamento humano, defende que, atendidas as necessidades mais básicas, como a sobrevivência fisiológica e a segurança pessoal, os indivíduos passam a buscar a satisfação de necessidades mais subjetivas – como afeto, aceitação, estima, realização e, por fim, autorrealização (a plena realização de seu potencial).

Portanto, tendo em mente o que foi discutido, pode-se compreender que o vínculo afetivo entre pais e filhos é construído pela convivência e parte de duas perspectivas: a do recém-nascido e a dos adultos.

Na perspectiva do recém-nascido, as primeiras reações e comportamentos são mais instintivos e reflexos, direcionados ao apego, para garantia de sobrevivência; as reações e ações subsequentes vão agregando mais sentimentos de segurança e de ligação afetiva àqueles com quem ele convive.

Na perspectiva dos adultos que cuidam, por sua vez, a motivação para as primeiras interações com o bebê é de ordem mais subjetiva, pois depende de um desejo ou uma disposição interna de viver a maternidade ou paternidade, por entendê-la como relacionamento e/ou troca afetiva.

Dessas interações cotidianas, o laço afetivo que surge, mútuo e permanente, é o ambiente seguro para o bom desenvolvimento biopsicossocial da criança.

7.3 Estressores Psicossociais

*“Como uma criança, tentando fazer tudo, dizer tudo e ser tudo, tudo ao mesmo tempo.”⁵
– John Hartford, “Life Prayer”, 1971*

À luz da Psicologia, fatores psicossociais são os diversos aspectos ligados à subjetividade da mulher e do homem e ao seu meio social. Tais aspectos influenciam desde a formação do desejo e a decisão de ter filhos, passando pela vivência do cuidado parental e a satisfação com essa função.

Podem-se incluir, entre eles, os padrões culturais dominantes, os modelos de maternidade e paternidade testemunhados na infância, a qualidade da parceria conjugal, se houver, os desejos e as aspirações individuais e profissionais, além, é claro, da qualidade do suporte material e social (rede de apoio) disponibilizado.

5. Epígrafe do capítulo 6 do livro Human development, de Diane E. Papalia et al., 8. ed. 2006.

Todos esses fatores, quando se mostram instáveis ou insuficientes, podem funcionar como estressores, contribuindo para o adoecimento mental do(s) cuidador(es) durante a gestação e os primeiros anos após o nascimento do(a) filho(a).

Conforme abordado anteriormente, os padrões acerca de como se deve agir, sentir e, até mesmo, desejar a maternidade ou a paternidade não são universais ou absolutos, mas sim, históricos, isto é, construídos no tempo e no espaço.

À mulher (ainda) é ensinado que deve querer ser mãe, dedicar-se à casa e aos filhos, em cumprimento à sua missão “natural”, sem deixar de ser atraente para o parceiro e independente do ponto de vista econômico.

Sobre o homem recai (ainda) a cobrança para que seja forte, destemido, capaz, bem-sucedido e, sobretudo, bom provedor material da família. Esses padrões instituídos, mesmo quando contestados em nível individual, pressionam o indivíduo por meio das expectativas sociais. A dissonância entre o que a pessoa deseja ser (ou se sente no dever de ser) e o que ela é, além de poder ser perturbadora, leva, em muitos casos, ao estresse ou mesmo ao adoecimento mental.

É possível que tanto a mulher quanto o homem tenham sentimentos contraditórios ao se tornarem mãe e pai. O nascimento de um filho é normalmente descrito como um momento importante na vida de ambos. Homem e mulher experimentam esse momento como “confirmação” de sua respectiva “masculinidade” e “feminilidade”, além de relatarem o sentimento de estarem evoluindo como seres humanos.

No entanto, boa parte deles/delas convive com a ansiedade de desempenhar o papel social esperado e de assumir os custos desse desempenho (mudanças no estilo de vida, condições materiais para o devido sustento, alocação do tempo dedicado ao trabalho e à família, além das dúvidas quanto ao desempenho de uma nova função inédita em suas vidas).

É fato que, ao assumirem novos papéis sociais, nos quais deixarão de ser apenas filhos para se tornarem também pais, colocam-se diante de uma série de desafios que levam ao resgate dos modelos (materno e paterno) de suas famílias de origem. A depender de terem sido positivos ou negativos, esses modelos poderão ser utilizados, contrapostos ou adaptados.

Nesse viés, Beauvoir (2016) destaca que a gravidez e a maternidade são vividas de maneiras diferentes em função da relação da mulher com a sua própria mãe. Algumas mulheres querem corrigir o tratamento que receberam das mães e que consideraram insuficientes, errados ou injustos, tendo o desejo ou mesmo se impondo a exigência de serem “melhores mães” do que foram as suas próprias.

É comum, nas entrevistas com mulheres que se tornaram mães, identificar a angústia e o sentimento de fracasso, quando não conseguem ou têm dificuldades de atender às expectativas construídas em torno da maternidade (BALDWIN *et al.*, 2018).

No caso dos homens, os estudos revelaram o desejo de muitos deles em serem mais presentes nos cuidados com o filho, por oposição à experiência que tiveram com os próprios pais. Contudo, há também o receio de falhar e a dificuldade de gerenciar o tempo da família com o da carreira, entendida como garantia de segurança financeira da família (BALDWIN *et al.*, 2018).

Nos casais heterossexuais, as evidências atuais corroboram que o apoio do pai do bebê está fortemente associado a menores taxas de depressão nas mães. Se ela o admira ou se lhe tem aversão, se pôde ou não contar com o seu apoio durante a gestação ou se a gravidez resultou de desejo comum ou não, todos esses são fatores que parecem influenciar bastante a reação da mulher com a maternidade.

Além disso, o desejo de manter a independência financeira e de atender às expectativas da maternidade e do parceiro pode provocar, em maior ou menor grau, sobrecarga, além de sentimentos de insuficiência ou conflitos com relação à maternidade (CESARIO; GOULART, 2018).

Não há dúvida de que, com a crescente participação da mulher no mercado de trabalho, as tarefas domésticas tenham de ser repartidas de maneira equitativa. Entretanto, ainda é notável a prevalência da relação desigual de gênero no lar, que poupa o homem do cuidado da casa e dos filhos e destina à mulher a maior parte dessa carga.

A presença das desigualdades de gênero nas práticas e vivências subjetivas de homens e mulheres são recorrentes nas queixas e nos conflitos cotidianos de muitos casais. Isso afeta em cheio a satisfação com a relação conjugal e, principalmente, o desejo sexual das mulheres com os parceiros (CARLSON et al., 2016).

A professora e socióloga Arlie Hoschschild (1989), ao estudar diversas famílias heterossexuais nas quais ambos os cônjuges trabalhavam, descobriu que, apesar de os casais afirmarem concordar com a igualdade de direitos e deveres entre ambos os gêneros, muitos homens continuavam atribuindo às mulheres a maior parte do trabalho doméstico e parental.

Outro estudo com famílias de alguns países de cultura ocidental também apontou que os homens se envolvem bem menos do que as mulheres nas tarefas do lar, mas, curiosamente, acreditam contribuir mais do que de fato contribuem (PAPALIA et al., 2006).

Por outro lado, muitas mulheres se sentem gratas quando os maridos “ajudam”, revelando que elas próprias ainda se enxergam como as principais responsáveis pelos cuidados dos filhos e da casa.

Na verdade, observa-se que, mesmo quando ambos exercem trabalhos remunerados, uma parte das mulheres ainda se mostra confusa em relação ao direito de reivindicar dos maridos uma divisão mais igualitária das responsabilidades domésticas.

Como aponta Hoschschild (1989), muitas delas esperam ações espontâneas e se sentem frustradas por terem de pedir a ajuda do companheiro ao se virem sobrecarregadas. É o que os pesquisadores do tema chamam de carga mental, uma noção que diz respeito a todo trabalho e energia gastos com a gestão do lar propriamente dita e a orientação dos parceiros que não se comportam de maneira funcional no lar (HAICHAULT, 1984).

Ao ficarem ressentidas, é frequente demonstrarem o descontentamento com mau humor ou desinteresse sexual no parceiro. O aumento das insatisfações mútuas e das brigas prejudica a interação do casal, o que diminui a sensação de apoio emocional um do outro.

É importante observar que muitos homens não foram educados para lidar com a responsabilidade doméstica e, por isso, podem sofrer também com o aumento da carga e com ansiedade.

Como mecanismo de defesa, envolvem-se mais em atividades de fuga, mergulhando no trabalho, em esportes, no sexo, na música, no jogo, no consumo excessivo de álcool e no cigarro, além de poderem também adotar a “negação”, passando a ignorar as preocupações e os conflitos domésticos (BALDWIN *et al.*, 2018).

Um bom exemplo foi a fala de um pai ao descrever sua reação ao estresse do recém-nascido:

“Eu apenas tento esquecer. Acho que, de certa forma, descobri que funciona. Posso ter uma noite louca em que não faço ideia do que está acontecendo com o bebê que não parou de chorar; vou trabalhar e me sinto bem. Fico no controle, sei o que fazer. Existem pessoas com quem eu posso me comunicar; elas fazem o que eu peço, e vice-versa. Simplesmente escolho não pensar. Provavelmente sou um ignorante, o que provavelmente não é tão útil para minha esposa” (BALDWIN *et al.*, 2018).

Diante disso, algumas mulheres podem desistir de investir no diálogo com o marido. Vestem a camisa das “supermães”, mulheres que tentam dar conta ou gerenciar sozinhas todas as intermináveis demandas do trabalho, dos filhos e da casa.

Contudo, sacrificam seus próprios interesses e necessidades pessoais mais básicas, como descansar e cuidar da própria saúde. Ao perder o contato consigo mesmas, chegam ao ponto de não saber do que gostam, o que desejam e do que necessitam. Não é de se estranhar que, em algum momento, caiam doentes por não reconhecerem as próprias necessidades de descanso, lazer e apoio.

Do ponto de vista governamental, há uma importante negligência em proporcionar à mulher a estrutura e o apoio necessários ao efetivo desempenho de todas as suas funções. A concessão de uma licença de 120 dias para a maternidade e de 5 dias para a paternidade também reforça a concepção de que cabe à mulher o lugar do cuidado com os filhos.

É raro também que uma empresa ofereça jornadas de trabalho menores e mais flexíveis para pais e mães com filhos em idade pré-escolar, o que transmite a mensagem de que os filhos são de responsabilidade apenas dos pais, e não da sociedade.

No caso de pais e/ou mães que podem terceirizar a função do cuidado, esse normalmente recai sobre os ombros de mulheres pobres (babás), reforçando ainda mais a desigualdade de gênero com a desigualdade de raça e de classe social. Essa opção, embora seja cômoda, também não ocorre sem culpa, a saber, a culpa por dedicar pouco tempo aos filhos. Falta também ao homem uma participação doméstica e parental mais efetiva. Além disso, há pouco apoio e informação para os homens com relação à paternidade. Parte deles desconhece ações sociais voltadas especificamente para “pais” e considera que os serviços e profissionais de saúde, em geral, têm como foco as mães. Muitos homens, no entanto, parecem aceitar isso sob o argumento de que, na ausência de recursos, as necessidades de suas parceiras devem ser priorizadas.

Em resumo, nota-se como o desconhecimento e a falta de apoio para lidar com os aspectos psicossociais envolvidos no processo de transição para a maternidade e paternidade tornam-se estressores psicossociais. Estes, por sua vez, contribuem para o aumento da ansiedade, do sentimento de fracasso, do esgotamento, da falta de motivação e do adoecimento mental durante a gestação e os primeiros anos após o nascimento do bebê.

O primeiro passo para o enfrentamento das mudanças de vida com a chegada do filho é o pleno reconhecimento desses fatores e de como eles podem contribuir para o sofrimento mental dos cuidadores.

7.4 É Possível Promover Saúde Mental aos Pais e às Mães de “Primeira Viagem”?

Alguns fatores (como o histórico pessoal de transtornos psiquiátricos e os eventos adversos coincidentes com a gestação e o puerpério, além dos estressores psicossociais) mostram-se mais fortemente associados ao adoecimento mental durante a gestação e, em especial, durante o primeiro ano do bebê.

Observa-se, entretanto, que os estressores psicossociais – sobretudo no que tange à qualidade do relacionamento com o parceiro íntimo, quando há, bem como à estrutura de apoio existente – são os mais permeáveis a mudanças e devem ser o foco de estratégias positivas para a promoção da saúde mental da mulher e do homem.

A maioria das intervenções de promoção à saúde mental da gestante e puérpera priorizou, até o momento, o suporte assistencial, por meio da provisão de cuidados profissionais à mulher, particularmente nas consultas de atenção primária à saúde, ou seja, fora da esfera doméstica.

Poucas estratégias buscam melhorar a qualidade do relacionamento e ambiente íntimos do casal após o nascimento do filho; ou objetivam aumentar o conhecimento e as informações sobre os estressores psicossociais relacionados ao nascimento de uma criança na família.

No caso de casais, estratégias psicoeducativas com o intuito de melhorar a comunicação, organização e eficácia nas tarefas domésticas e de cuidado parental podem contribuir significativamente para a redução dos transtornos mentais nos cuidadores. Sem dúvida, casais que se comunicam bem e se engajam juntos no cuidado criam os filhos com mais saúde e autoestima.

É fato que a função de cuidar e educar um filho é, em geral, complexa e cansativa. Isso porque, muitas vezes, a confirmação do bom desempenho na função parece ocorrer só e longo prazo, enquanto, no cotidiano, inúmeras situações parecem denunciar mais falhas que acertos.

Contudo, é preciso lembrar que, ao longo de todo o processo de cuidado, o aprendizado e os acertos necessitam do exercício de viver dificuldades e buscar soluções, em parceria com as pessoas que têm a função de cuidar. Compartilhar tarefas e responsabilidades é uma das principais estratégias para realizar uma função tão desafiadora.

É válido buscar diálogo com foco na resolução de problemas inclusive quando os cuidadores não são ou nunca foram cônjuges. Nos casos de pais separados, é importante o exercício de dissociar a imagem do ex-companheiro ou da ex-companheira da imagem do pai ou da mãe, de modo que as diferenças e mágoas, que ainda existem, não contaminem a relação afetiva da criança. Isso inclui não deixar que os filhos virem objeto de competição, possibilitando ao outro o desenvolvimento do vínculo afetivo que for possível com o filho e, à criança, a construção de suas próprias percepções com o tempo.

Para uma boa comunicação entre a mãe e o pai, é necessário admitir a força que os dogmas culturais imprimem nas histórias pessoais de cada um. Vale atentar-se para o fato de que as pressões sociais, experiências e preocupações são sentidas individualmente e podem afetar ambos os indivíduos, de maneiras distintas.

Também é essencial ter em mente que um pode necessitar de mais ajuda do que o outro para adaptar-se às restrições e mudanças no estilo de vida com a chegada do bebê. Esperar por ações espontâneas pode fracassar, por desconsiderar que talvez falte ao outro o conhecimento claro de como dividir as tarefas e responsabilidades de modo efetivo.

A maioria dos homens tem a vontade de acertar em seus papéis de pai e cônjuge, porém relatam que se sentem excluídos do relacionamento mãe–bebê, particularmente durante a gestação e amamentação. É destacado também por eles que, por não serem capazes de experimentar as mudanças físicas, não se sentem como “pais” durante o período pré-natal, lutando para estabelecer uma relação pai–bebê após o nascimento.

Além disso, no papel de apoio à mulher, muitos relatam que as mudanças no relacionamento conjugal durante o período após o parto – especialmente o impacto nas relações sexuais – e o processo de implementação da amamentação pela parceira são mais desafiadores do que haviam previsto.

Aos pais “de primeira viagem”, é fundamental que reconheçam a importância de se estabelecer uma conexão positiva e estreita com o filho desde o início, o que leva a níveis mais altos de desenvolvimento cognitivo, linguístico e social da criança, aumenta a satisfação do pai com a vida familiar e fortalece o relacionamento conjugal com a sua parceira.

Na prática, para se sentirem mais preparados, a exemplo do que fazem as mulheres, os homens precisam buscar informações sobre a gestação, o parto e o pós-parto, principalmente a respeito das mudanças na relação conjugal e dos desafios da amamentação.

Fazer pesquisas na internet, ler livros sobre o assunto, acompanhar a mulher nas consultas são ações que, além de possibilitarem ao homem compreender melhor as alterações e os sentimentos da companheira, farão com que ela se sinta bem com o apoio e o interesse demonstrados.

Buscar conhecimento sobre roupas, alimentação e rotinas do bebê também prepara o pai no momento de assumir a tarefa de cuidar do filho e libera a mulher da carga mental de gerenciar todo o cuidado e os demais cuidadores.

Do ponto de vista governamental, é necessário incentivar estratégias que promovam o acesso dos homens a mais informações sobre a paternidade. Parece essencial estimular e qualificar a comunicação dos homens com os outros e entre si, especialmente entre os que carecem de uma rede de amigos e familiares interessados em questões que envolvam o cuidado e a paternidade.

Para as mães “de primeira viagem”, por sua vez, é importante refletir sobre a própria concepção de maternidade e os impactos do discurso que nos faz percebê-la como identidade, e não como apenas mais uma função no universo das experiências humanas.

É preciso ter em mente que o exercício do cuidado pode variar segundo o entendimento dos cuidadores. Se um deles se sente exigido a cuidar do filho da maneira como o outro cuida por mais que ele execute, ele não vai sentir-se responsável pelos resultados.

Sendo assim, dividir responsabilidade pode indicar abrir mão do controle, a obrigação de “saber como fazer” ou de “ter de ensinar”, e aceitar os resultados de como o outro faz. Ao permitir que o outro também cometa os próprios erros e acertos, junto com você, torna-se possível experimentar uma carga mais leve, sem tanto sentimento de culpa e de insuficiência.

Para o planejamento da divisão de tarefas, é recomendado conhecer os direitos e benefícios de pais e mães, previstos pela legislação e por acordos dos sindicatos de trabalhadores. Nesse sentido, recomenda-se a leitura da seção IV deste manual.

Por fim, é imprescindível avaliar os resultados e renovar os pactos sempre que houver necessidade. Às vezes, reservar dia e hora semanais para uma reunião de família pode ser uma tática interessante para estimular o diálogo na rotina, com a identificação das dificuldades e o foco na resolução dos problemas e na tomada conjunta de decisões.

Para entender mais sobre as conclusões aqui apontadas, sugerimos o documentário: “O começo da vida” (2016), disponível no site: <https://youtu.be/NfCD35iC3xU>.

REFERÊNCIAS

AINSWORTH, M. D. S. Infant-mother attachment. **American Psychologist**, 34(10), 932-937, 1979.

ARIÈS, P. **L'Enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime**. Paris, Éditeur Plon, 1960.

BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BALDWIN, S.; MALONE, M.; SANDALL, J.; BICK, D. Mental health and wellbeing during the transition to fatherhood: a systematic review of first time father's experiences. **JBIM Database Syst Rev Implement Reports**, 2018;16(11):2118-91.

BEAUVOIR, S. **O segundo sexo: a experiência vivida**. Vol. 2. Ed. Nova Fronteira, 2016.

BOWLBY, J. Maternal care and mental health. **Bulletin of the World Health Organization**, 3, 355-534, 1951.

CARLSON, D. L. et al. The division of child care, sexual intimacy, and relationship quality in couples. **Gender and Society**, v. 30, n. 3, 2016, pp. 442-466. Disponível em: www.jstor.org/stable/24756181. Acesso em: 13 fev. 2021.

CESARIO, R. P.; GOULART, D. M. Depressão pós-parto para além do diagnóstico: representações sociais e subjetividade. **Revista Subjetividades**, Fortaleza, 18(1): 79-91, abril, 2018.

CHODOROW, N. **Psicanálise da maternidade: uma crítica a Freud a partir da mulher**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1990.

ERIKSON, E. H. **Childhood and society (english edition)**. New York: Norton Company, 1950.

FISHER, J. R. W.; WYNTER, K. H.; ROWE, H. J. Innovative psycho-educational program to prevent common postpartum mental disorders in primiparous women: a before and after controlled study. **BMC Public Health**. 2010;10 (march, 2014).

HAICAULT, M. La gestion ordinaire de la vie en deux. **Sociologie du Travail**, vol. 26. Travail des femmes et famille, n. 3, july-august-september 1984, p. 268-27.

HARLOW, H. E.; ZIMMERMAN, R. R. Affectional responses in the infant monkey. **Science**, 130, 421-432, 1959.

HOSCHSHILD, A. R. **The second shift: working families and the revolution at home**. Viking Penguin Books, 1989.

LO BIANCO, A. C. A psicologização do feto. In: FIGUEIRA, S. (org.). **A cultura da Psicanálise**. São Paulo: Brasiliense, 1985.

LORENZ, K. Comparative study of behavior. In: SCHILLER, C. H. (ed.). **Instinctive behavior**. New York: International Universities Press, 1957.

MARTIN, L.-Aimé. **Éducation des mères de famille, ou de la civilisation du genre humain par les femmes**. Paris, Charpentier, 3a édit, 1840, gr. in-18.

MASLOW, A. **Motivation and personality**. New York: Harper & Row, 1954.

MOURA, S. M. S. R.; ARAÚJO, M. F. A maternidade na História e a história dos cuidados maternos. **Psicologia Ciência e Profissão**, 2004, 24 (1), 44-55.

NOVELINO, A. M. Maternidade: um perfil idealizado. **Cad. Pesquisa**, São Paulo (65): 21-29, 1988.

O COMEÇO DA VIDA, 2016. 1 vídeo (7min46s). Produção: Maria Farinha Filmes. Dirigido por: Estela Renner. Elenco: Ack Shonkoff, James Heckman, Vera Iaconelli, Raffi Cavoukian, Gisele Bündchen, Charles A. Nelson III, Alison Gopnik, Andrew Meltzoff. Apresentado por: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, Fundação Bernard Van Leer, Instituto Alana, Unicef. Disponível em: <https://youtu.be/NfCD35iC3xU>. Acesso em: 01 set. 2021.

PAPALIA, D. E.; WENDKOS, S.; RUTH, O.; FELDMAN, D.; GROSS, D. **Desenvolvimento humano**. (Obra originalmente publicada sob o título Human development). 8. ed. 2006.

PARSEVAL, G. D. **A parte do pai**. Porto Alegre: L&PM, 1986.

SALEM, T. A Trajetória do “casal grávido”: de sua constituição à revisão de seu projeto. In: FIGUEIRA, S. (org.). **A cultura da Psicanálise**. São Paulo: Brasiliense, 1985, pp 35-61.

SMITH, D. T.; MOUZON, D. M.; ELLIOTT, M. (2016). Reviewing the assumptions about men’s mental health: an exploration of the gender binary. **American Journal of Men’s Health**. Advance online publication. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/1557988316630953>. Acesso em: 30 mar. 2021.

TOURINHO, J. G. **A mãe perfeita: idealização e realidade – algumas reflexões sobre a maternidade**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2006.

WINNICOTT, D. **The Maturation Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development**. Edited by Khan, M.M., 1965. Int. Psycho-Anal. Lib., 64:1-276. London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.

WINNICOTT, D. **Os bebês e suas mães**. Trad. de Jefferson Luiz Camargo. São Paulo: Martins Fontes, 1988. W16 - Babies and their mothers. Eds. C. Reading, Mass., Addison-Wesley, 1987.

ZANELLO, V. **Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação**. Curitiba: Appris, 2018.



8

A DEPRESSÃO DURANTE A GRAVIDEZ E A AMAMENTAÇÃO

Bianca de Moraes Branco

Ainda que a gravidez e a amamentação sejam períodos frequentemente enaltecidos como aqueles mais especiais e felizes na vida de qualquer mulher, pouco se fala sobre as frustrações e os sofrimentos a elas relacionados.

Quando aquela imagem idealizada da maternidade se desvanece paulatinamente diante dos desafios diários da nova rotina, restam dúvidas, anseios e culpa – mesmo diante da mais absoluta entrega. Afinal, o que há de errado? Por que essa sensação de fracasso, a despeito de todo esforço e amor envolvidos?

Há algumas possibilidades para que isso aconteça. Por mais que a mulher tente preparar-se para essa nova fase, ela vai deparar-se com uma enorme responsabilidade, além das mudanças no seu corpo, na casa e nos hábitos – e essas, por si só, podem acarretar uma sensação natural de falta de controle, cansaço e medo. Em 30 a 85% dos puerpérios, é possível, inclusive, configurar um quadro não patológico denominado “baby blues”, que comumente se inicia no 3º ao 5º dia após o parto.

Trata-se de uma perturbação transitória, que pode perdurar por dias a semanas, caracterizada por instabilidade do humor, tristeza, ansiedade, confusão e choro fácil, além de sentimentos de dependência.^{1,2} O *baby blues* isolado não costuma demandar nenhum tratamento profissional, além de orientação e apoio à mãe.

Uma vez que esses sintomas perdurem por mais de duas a três semanas, recomenda-se uma consulta com um profissional da saúde mental (psicólogo e/ou psiquiatra), para avaliação diagnóstica e terapêutica.¹

As mulheres apresentam o dobro de risco de desenvolver episódios depressivos ao longo da vida, e, contrariamente ao que se acreditava, a gestação e o puerpério não oferecem proteção particular para esse transtorno. Sintomas depressivos importantes podem acometer 25 a 35% das grávidas, sendo que 7,5 a 20% podem fechar critérios para o diagnóstico de um quadro ainda mais grave, a Depressão Maior.²

Esse transtorno é mais comum no segundo e no terceiro trimestres da gravidez, e gestantes deprimidas podem ter risco 6,5 vezes maior de apresentar esse mesmo quadro no pós-parto. Estudos apontam que 10 a 28% das mulheres desenvolvem depressão nessa fase do puerpério, sendo que, no Brasil, já foram identificadas prevalências entre 12 e 19,1%.²

Os sinais e sintomas da depressão pré-natal costumam ser os mesmos da depressão em outros momentos da vida, caracterizando-se por humor depressivo na maior parte do dia, ausência de prazer (mesmo em atividades antes agradáveis), alterações do sono e/ou do apetite, cansaço, sentimentos de inutilidade ou culpa inapropriada, prejuízo da concentração e da capacidade de tomar decisões, além de pensamentos recorrentes de morte ou suicídio nos casos mais graves.²

Especificamente no que tange à depressão durante a gravidez, pode haver mais queixas somáticas (como dores, náusea e dificuldade para respirar), maior prejuízo na função social, além de preocupações e inseguranças excessivas e infundadas acerca da gravidez e da habilidade de maternar.²

De maneira similar, a depressão pós-parto caracteriza-se por humor deprimido, choro fácil, ansiedade excessiva, insônia e mudança de peso. Pode também incluir isolamento social, insegurança infundada, irritabilidade, fadiga, sentimento de culpa e inutilidade, queixas somáticas e medo de machucar o bebê.

Nos casos mais graves, pode haver perda de interesse na vida, desligamento emocional do bebê e/ou de outros membros da família, relutância em amamentá-lo, pensamentos de machucar o bebê, além de ideias de autoagressão e suicídio. Seu início costuma ocorrer nas 12 semanas após o parto e pode perdurar por meses ou mesmo anos, caso não seja tratada.²

Surge então a pergunta: por que algumas mulheres desenvolvem depressão nessa fase da vida, e outras não? A resposta não é simples, já que múltiplos fatores parecem combinar-se, de modo a protegê-las ou expô-las ao desenvolvimento do transtorno. No entanto, talvez o maior fator de risco seja a redução da dose ou mesmo a suspensão de antidepressivos, dos quais a mulher já fazia uso por quadro prévio à gestação.

Contudo, há também relatos de que outros fatores de risco estariam associados à depressão pré-natal, como: histórico de abortos prévios, gravidez não planejada e/ou ambivalência no que concerne à gestação, ausência de parceiro ou dificuldades conjugais, falta de apoio social, pobreza, violência familiar, aumento do estresse cotidiano, além de uso abusivo de substâncias psicoativas.²

No que tange à depressão pós-natal, são fatores importantes: traços ansiosos de personalidade, suscetibilidade genética, mudanças hormonais, expectativas pré-natais frustradas no pós-parto, privação do sono e estressores de vida, tais como ausência ou frágil suporte sociofamiliar e pobreza.²

Ainda há controvérsias se a incidência da depressão pós-parto seria maior do que em outros momentos do ciclo de vida da mulher, mas essa depressão puerperal pode ser bem mais complexa, tanto pelas demandas excepcionais atribuídas às mulheres nesse período, quanto às restrições de tratamento medicamentoso pelo aleitamento materno, bem como pelas implicações referentes ao desenvolvimento do bebê.

Estudos já demonstraram associação entre a depressão materna e efeitos deletérios na criança, como: ligações interpessoais inseguras (padrão de apego alterado), problemas comportamentais (tais quais agressividade, depressão, ansiedade, desatenção e hiperatividade), além de déficits cognitivos.²

Por tudo isso, esses sintomas não devem ser negligenciados, e é importante que a busca por ajuda profissional não seja adiada. Existe, atualmente, uma série de possibilidades terapêuticas, disponíveis e eficazes em maior ou menor grau, como a prática de atividades físicas, a psicoterapia individual, os grupos de suporte, as intervenções sociais, a fototerapia, as medicações antidepressivas e mesmo a eletroconvulsoterapia, indicada para casos específicos.^{1,2}

Buscar ajuda é um ato de amor e de cuidado, para consigo e com os outros, especialmente para com o(a) próprio(a) filho(a).

REFERÊNCIAS

LACERDA, A. L.; QUARANTINI, L. C.; SCIPPA, A. M. A. M.; DEL PORTO, J. A. e cols. **Depressão: do neurônio ao funcionamento social**. Porto Alegre: Artmed, 2009. 360 p.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; RUIZ, P. **Compêndio de Psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. Tradução: Marcelo de Abreu Almeida et al. Revisão técnica: Gustavo Schestatsky et al. 11. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. 1466 p.



9 QUANDO O INESPERADO ACONTECE

Ana Paula da Fonseca da Costa Fernandes

Quando pensamos em gestação, geralmente imaginamos a felicidade de gerar um filho e os momentos alegres, fruto da chegada daquele ou daqueles que darão prosseguimento à nossa história, que serão nossos companheiros ao longo de uma jornada e estarão ao nosso lado quando, finalmente, completarmos nosso tempo.

Em uma sociedade em que se idolatra o belo, busca-se incessantemente a perfeição e se menosprezam sentimentos negativos como a tristeza, somos levados a acreditar que o normal é que se tenha uma gestação feliz e saudável e que o bebê nascerá gordinho e risonho dentro do tempo esperado.

No entanto, isso, na verdade, é quase um milagre, dada a complexidade dos processos envolvidos na formação de um novo ser. Caso você não se sinta confortável com a temática, sugiro não evoluir a leitura deste capítulo.

Estima-se, por exemplo, que a maior parte das mulheres sexualmente ativas e em idade fértil tenha sofrido pelo menos um abortamento espontâneo no primeiro trimestre da gravidez, sem nem sequer se dar conta de que estava grávida. O abortamento espontâneo ocorre em cerca de 40 a 65% das mulheres primíparas (que nunca engravidaram). Isso não quer dizer que a mulher terá problemas nas gestações futuras.

Geralmente, anormalidades genéticas ou cromossômicas tornam o embrião inviável, ocorrendo a sua expulsão natural e descamação do útero. Após o final do primeiro trimestre até a vigésima semana, chamamos de abortamento tardio a expulsão natural do feto. Depois da vigésima

semana, é possível que o feto sobreviva ao abortamento, com suporte neonatal; por isso, esse parto é chamado de pré-termo ou prematuro.

Apesar de traumático, o abortamento costuma representar uma espécie de seleção natural de organismos não viáveis ou inaptos para sobrevivência extrauterina. Tal fato, no entanto, não invalida nem desmerece o luto pela perda de um ser que fez parte da família, mesmo que por algumas semanas. Trata-se da perda real de um ente, mas também de uma perda simbólica, de sonhos construídos e da identidade parental, e um rompimento da ordem cronológica esperada da morte.

É preciso respeitar o luto da família – em especial da mãe, que perdeu um bebê, seja por abortamento, seja porque nasceu morto –, pois a dor é profunda e particular, independentemente da etapa de evolução da gestação. Esse processo de elaboração do luto, no entanto, pode demandar o acompanhamento de um profissional, pois algumas pessoas não se permitem essa vivência ou não conseguem sair da fase de negação da realidade.

Nesse cenário, é possível que a negação da perda do bebê seja um mecanismo de defesa para amenizar a dor de algo inaceitável, que subverte a ordem natural da existência humana. O acompanhamento profissional e o apoio de familiares e amigos são essenciais para que o processo de luto evolua até o indivíduo conseguir encarar a realidade.

O luto é saudável e faz parte do processo de perda, mas torna-se patológico quando os sentimentos afetam a saúde da pessoa enlutada. Esse processo sofre influência de diversos fatores, dentre eles, do meio cultural e do estilo de vida em que a família está inserida.

O acompanhamento psicológico pode ser necessário para que as pessoas consigam ressignificar a perda e, assim, restabelecer o seu sentido da vida. Cabe destacar o papel do pai enlutado, cujos sentimentos podem ser minimizados socialmente e cujo processo de luto pode ser dificultado por assumir a responsabilidade na organização burocrática da perda.

Os rituais de despedida podem ser um meio de consolidar a morte, contribuindo para a elaboração do luto. Mesmo para aqueles que precisaram realizar procedimentos para a retirada do feto morto, é importante tentar seguir o processo de despedida do bebê, segurando-o nos braços, quando possível, e dando-lhe um enterro ou um memorial.

No entanto, é possível que essa despedida suscite sentimentos com os quais os pais ainda não consigam lidar, sendo tal vivência muito particular e subjetiva. De todo modo, a não ressignificação da perda pode prejudicar a relação conjugal e social, além de propiciar transtornos mentais e comportamentais, dentre eles, a depressão.

Seja qual for a perda e os mecanismos psicológicos e sociais disponíveis para lidar com esse acontecimento, **saiba que é natural surgirem sentimentos negativos e que está tudo bem experimentá-los da sua maneira.** O modo como vivenciamos a perda é singular e não deve ser comparado com o dos demais enlutados.

Também é natural que não saibamos lidar com esses sentimentos, pois não fomos preparados pela sociedade a aceitar a morte como algo natural. No entanto, é importante reconhecer que não precisamos passar por algo tão devastador sozinhos e que pedir ajuda nesse momento é, antes de tudo, um ato de coragem.

REFERÊNCIAS

COELHO FILHO, J. F.; LIMA, D. M. A. Luto parental e construção identitária: compreendendo o processo após a perda do filho. **PsicolArgum**. 2017 jan/abr, 35(88), 16-32. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/18432>. Acesso em: mar. 2021.

MURKOFF, H.; EISENBERG, A.; HATHAWAY, S. **O que esperar quando você está esperando**. 3. ed. Rio de Janeiro: Record, 2005.



Seção 4 | RETORNO DA MÃE
AO TRABALHO

APRESENTAÇÃO

Os bebês precisam dos pais nos primeiros meses de vida para que consigam desenvolver-se de maneira adequada. Os três primeiros meses são considerados como exterogestação justamente porque os bebês ainda não “entenderam” que já estão fora do útero materno nem como funciona a vida do lado de fora.

Desse modo, entende-se que a licença-maternidade deve durar um período que consiga suprir as necessidades mais urgentes do bebê. No caso da manutenção do aleitamento materno exclusivo, para alguns contratos de trabalho, existe a possibilidade de prolongamento da licença de modo a contemplar os seis meses de vida do bebê.

No entanto, seja depois de quatro, seja depois de seis meses, a mulher, caso não deseje abrir mão de sua vida profissional para o cuidado exclusivo de seu(s) filho(s), retornará ao trabalho.

Esse também pode ser um momento de incertezas e que exige planejamento. Afinal, após o retorno ao trabalho, como fica a amamentação? A quem confiar os cuidados do filho enquanto a mãe estiver no trabalho? Que direitos o pai e a mãe têm quando o bebê nasce?

São muitos os questionamentos que envolvem a nova rotina da família, mas também é importante que o pai e a mãe conheçam os seus direitos, para que possam desfrutar desse momento da melhor maneira possível.

Sendo assim, o Capítulo 10 abordará questões relacionadas ao fim da licença-maternidade e à escolha de como o bebê será cuidado no período em que os pais estiverem trabalhando.

Já o Capítulo 11 terá como foco os aspectos legais relacionados à maternidade, da gestação ao retorno ao trabalho, englobando especialmente as respectivas licenças a que os trabalhadores beneficiários da Previdência Social e servidores públicos federais têm direito.



10

O FIM DA LICENÇA-MATERNIDADE

Ana Paula da Fonseca da Costa Fernandes
Larisse Caroline Ferreira de Castro

A complexidade da parentalidade – seja na experiência da adoção, seja no nascimento biológico – também engloba o marco do fim da licença-maternidade/paternidade. Após seis intensos meses de licença-maternidade, no caso do serviço público federal, a mulher se vê diante de um grande desafio: conciliar os papéis de mãe e trabalhadora, assim como os homens, que, após o término dos 20 dias de licença-paternidade, também têm de conciliar a paternidade com sua vida laboral.

A despeito da possibilidade de incrementar esse prazo com outras licenças e/ou férias, o fato é que o tempo dedicado exclusivamente à criança precisa ser administrado com o retorno ao trabalho. Claro que, em alguns contextos, há mulheres que optam pela manutenção da maternidade exclusiva, assim como aquelas que, sem escolha, permanecem compulsoriamente em tempo integral com seu bebê.

Bem, no caso de precisar – desejando ou não – retornar ao trabalho, com quem deixar o bebê? Essa é uma pergunta que se ouve frequentemente, por parte dos avós, dos demais familiares, dos amigos e até de desconhecidos. Tantas interrogações já denotam que essa não é uma tarefa simples. Então, vamos às opções:

- Deixar com a vovó ou outro familiar?
- Contratar um(a) cuidador(a)?
- Contratar uma creche?

Independentemente da opção a ser escolhida, cabe ressaltar a importância da construção e do fortalecimento de uma rede social de apoio de que a família, sem dúvida, precisa dispor. Composta por familiares, amigos, vizinhos e/ou contratados, essa rede, além de consolidada, precisa ser de confiança; afinal, o cuidado de um filho será delegado a ela.

Então, pesquisem, peguem referências, visitem, perguntem, conversem, quantas vezes forem necessárias, até que sintam segurança na opção pretendida. Mas, para isso, é preciso um mínimo planejamento que lhes permita chegar a uma conclusão, se possível, antes do término da licença-maternidade.

O retorno ao trabalho acontece de um dia para o outro, mas o processo de preparação para ele requer um tempo um pouquinho maior. A exemplo das creches que preveem um período de adaptação, ou seja, estabelecem um horário diferenciado de permanência da criança por alguns dias iniciais, com a presença do responsável familiar em parte desse período, a preparação para o retorno ao trabalho exige também uma adaptação da mãe a essa nova realidade – ou do pai, no caso de outras configurações familiares.

É importante dizer que não existe opção perfeita. Para alguns, “Creche? Nem pensar!”; para outros, “Deixar com a minha sogra? Deixar com a minha mãe? De jeito nenhum!”. No entanto, é preciso pensar, de fato, na necessidade de transição entre a licença-maternidade e o retorno ao trabalho. E essa transição (i. e., o tempo de planejamento e preparo para o retorno em si) é fundamental a fim de minimizar os impactos de uma nova realidade.

Nesse mesmo período, próximo dos 6 meses de vida, o bebê também passa por uma transição na alimentação, deixando gradativamente o aleitamento exclusivo (leite materno ou fórmula) para a introdução de outros alimentos. Então temos:

- Bebê aprendendo a comer;
- Mamãe preparando-se para o retorno ao trabalho (ou seja, lactante lidando com uma nova dinâmica de produção/consumo do leite materno); e
- Ambos adaptando-se a uma separação mais prolongada um do outro e uma nova rotina.

Quantas variáveis! Por isso, o equilíbrio entre as funções materna e laboral é um ideal almejado. Mas não se cobre! Ainda mais diante de tantas imprevisibilidades da vida.

Além disso, diferentemente do apoio recebido nesses primeiros meses de dedicação exclusiva da mãe, agora o bebê ficará por horas com outras pessoas cujos rostos talvez não lhe sejam familiares.

É possível que o estranhamento e a sensação de abandono levem a longos choros e à quebra da confiança estabelecida entre o bebê e a mãe, o que pode render alterações até no seu padrão de sono, entre outras. Por isso, é importante que o bebê se acostume a ficar com outras pessoas durante a licença-maternidade, a fim de que esse distanciamento não seja tão traumático para ambos.

Uma dica é começar o distanciamento com curtos períodos, como uma ida ao shopping ou ao cinema.

É possível perceber que, até para esses momentos, será preciso planejamento: verificar se o/a cuidador(a) sabe trocar fralda, disponibilizar-lhe todos os itens necessários para o cuidado do bebê (bem como um telefone para emergências), extrair leite materno e conservá-lo na geladeira – ou deixar água na mamadeira e a medida do suplemento reservada para as mamadas – ou, ainda, separar as refeições em potes identificados para oferecer ao bebê. Esses preparativos são importantes para enquanto você estiver fora.

Caso opte por deixar o bebê aos cuidados de um familiar, certifique-se de que seus valores serão respeitados. É comum relatos de divergências acerca da maneira correta de introduzir a alimentação, do uso da chupeta, de andador, de telas, do período de sono e do modo como se ensina o bebê a dormir.

Embora a frase “no meu tempo se fazia assim” seja a mais proferida, cabe destacar que sempre é tempo para se aprenderem coisas novas e romperem paradigmas. Contudo, no caso em que as divergências são fonte de estresse tanto para a família quanto para o bebê, é preciso reavaliar outras opções também viáveis.

A segurança do bebê é sempre pauta de discussão quando o assunto é a contratação de um(a) cuidador(a). Além da entrevista dos candidatos, é possível também avaliar as suas referências. Para isso, procure entrar em contato com alguma família para quem o candidato tenha prestado serviços.

Faça um teste de um dia de experiência, pagando a diária do profissional, para verificar sua experiência e desenvoltura, bem como a conexão estabelecida com o seu bebê. Caso opte por contratar um(a) cuidador(a), procure fazê-lo antes do término da licença-maternidade, para que ele/ela se acostume com a casa e você possa começar o distanciamento gradativo até o seu retorno efetivo ao trabalho.

Lembre-se de que você passará pelo menos 6 horas trabalhando e de o cérebro do bebê ainda não amadureceu o suficiente para saber que você se foi, mas voltará em breve. Ele precisa ser treinado para que a ansiedade da separação seja minimizada, e não reforçada.

Quando a creche é uma opção, procure opções próximas à sua residência ou ao trabalho, para um acesso mais rápido em caso de emergências. Visite a creche, faça um *tour* guiado por todos os espaços (incluindo cozinha, banheiros e brinquedoteca) e, se possível, veja a interação das professoras e berçaristas com as crianças.

Além disso, faça um *checklist* com as principais questões a serem verificadas. Todas as instituições de ensino – sejam públicas, sejam privadas – seguem metodologias pedagógicas. Portanto, procure ler sobre as principais (tradicional, freiriana, construtivista, montessoriana) e veja com qual você mais se identifica.

Seguem algumas questões importantes que podem auxiliar na hora de escolher uma creche:

- Valor da mensalidade (no caso de instituições privadas de ensino) e taxa de matrícula;
- Material escolar;

- Uniforme;
- Alimentação;
- Horários (entrada, saída, principais refeições, descanso, atividades);
- Férias e emendas de feriados;
- Curso de férias;
- Excursões e festas;
- Procedimentos em caso de doença;
- Principais atividades oferecidas, tanto curriculares quanto extracurriculares;
- Meios de comunicação com os pais;
- Sistema de monitoramento a distância (presença de câmeras para visualização remota da criança pelos pais);
- Quantidade de crianças por turma e por berçarista (preferencialmente, 3 crianças por profissional);
- Como funciona a fase de adaptação;
- Condição e conservação de acessos, escadas, paredes, extintores, área externa e locais de abrigo para as crianças em dias de chuva;
- Itens de segurança, como sinalização e proteção de quinas, alturas, desníveis de pisos;
- Formação profissional e educação continuada das berçaristas e dos demais profissionais da instituição;
- Metodologia/filosofia de ensino;
- Valores difundidos pela creche/escola;
- Histórico da creche, tempo de funcionamento;
- Opinião de pais, alunos e/ou colaboradores sobre a instituição.

O momento da separação pode ser doloroso no início, mas observar a adaptação do bebê a essa nova realidade e o seu desenvolvimento feliz e saudável vai dar a você e à sua família a tranquilidade necessária para, aos poucos, a sua vida voltar à rotina – não à de antes da gestação, mas uma nova rotina, que, embora cansativa, é muito mais prazerosa.

E, com organização e planejamento, caso a situação não saia como a esperada, ainda haverá tempo hábil para mudar o percurso e estabelecer uma nova rota rumo ao desenvolvimento saudável da família que acabou de crescer.

Quanto ao trabalho, é importante ressaltar que a instituição (pública ou privada) também deve estar preparada para o retorno de seus trabalhadores, após o término da licença-paternidade e da licença-maternidade.

É preciso lembrar também que: o pai e/ou a mãe precisarão, ao menos uma vez ao mês, levar seu bebê ao pediatra e que as mães lactantes precisarão de um ambiente adequado para a ordenha, a extração e o armazenamento do leite materno durante o expediente de trabalho, entre outras imprevisibilidades, como citamos anteriormente.

Nesse aspecto, a atuação das equipes de saúde do trabalhador é um diferencial para o acolhimento desses papais e mães, a sensibilização dos gestores, a garantia do acesso dos servidores às licenças e aos benefícios e a adoção de ações de promoção à saúde e qualidade de vida nesse contexto.

REFERÊNCIAS

BABYCENTER BRASIL. **Como escolher a creche ou berçário.** Disponível em: <https://brasil.babycenter.com/a2900082/como-escolher-a-creche-ou-o-ber%C3%A7%C3%A1rio>. Acesso em: maio 2020.

HOGG, T. **A encantadora de bebês resolve todos os seus problemas.** Barueri: Manole, 2006.



11

ASPECTOS LEGAIS, LICENÇAS E BENEFÍCIOS

*Larisse Caroline Ferreira de Castro
Ana Paula da Fonseca da Costa Fernandes*

O que é a gestação? A gestação é o início de tudo, a geração de uma vida. Por ser uma fase tão especial, que requer muitos cuidados, alguns **direitos e benefícios** foram conquistados pelos trabalhadores no exercício da parentalidade, tanto socialmente quanto no âmbito do serviço público federal, dos celetistas e de outros tipos de contrato de trabalho, conforme as legislações pertinentes. Confira-os a seguir:

PAI NÃO É VISITA

Os serviços de saúde são obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 acompanhante (escolhido por ela) durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto imediato



Fonte: <https://www.instagram.com/p/CST5rvjffIT/>.

DIREITO A ACOMPANHANTE

A Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, determina em seu artigo 19-J, que “os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de **1 (um) acompanhante** durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato”.

LICENÇA-PATERNIDADE

Quantos dias eu tenho direito?



Trabalhador em empresa do Programa Empresa Cidadã
20 dias corridos
(Lei n. 11.770/08, art. 1º, II)

Trabalhador em empresas públicas ou privadas
5 dias corridos
(ADCT, art. 10, §1º)

Servidor público federal
20 dias corridos
(Decreto 8.737/16, art. 2º)

Fonte: <https://www.instagram.com/p/BHXUW4WAdRR/>.

LICENÇA-PATERNIDADE

De acordo com a Constituição Federal, a licença-paternidade é de 5 dias corridos. Entretanto, esse prazo pode ser ampliado por mais 15 dias, caso o pai seja empregado de uma empresa pertencente ao Programa Empresa Cidadã ou um servidor público federal. Ressalta-se aqui a importância de uma futura equiparação do tempo de licença de 20 dias corridos para **todos** os trabalhadores, já que se trata de um período crítico, especialmente demandante, para todos os membros da família.

QUAIS SÃO OS DIREITOS DAS GRÁVIDAS QUE ESTUDAM?

A Lei n. 6.202/75 enumera:

1. A partir do oitavo mês de gestação e **durante três meses** a estudante em estado de gravidez ficará assistida pelo regime de **exercícios domiciliares**.
2. Em casos excepcionais devidamente comprovados mediante atestado médico, poderá ser **aumentado o período de repouso, antes e depois do parto**.
3. É assegurado às estudantes grávidas **o direito à prestação dos exames finais**.



SenadoFederal

GESTANTE ESTUDANTE

A lei nº 6.202, de 17 de abril de 1975, permite à estudante um regime de exercícios domiciliares, **durante três meses**, a partir do 8º mês de gestação. Em casos excepcionais, devidamente comprovados mediante atestado médico, poderá ser aumentado o período de repouso, tanto antes quanto depois do parto. Em qualquer caso, é assegurado às estudantes o direito à prestação dos exames finais.

Fonte: https://www.instagram.com/p/BSEGZISgY_I/.

SALÁRIO MATERNIDADE PARA DESEMPREGADAS

Onde pedir? **INSS**

Quando pedir?
A partir do parto

Como comprovar?
Certidão de nascimento



DÚVIDAS? LIGUE 135

SenadoFederal

SALÁRIO-MATERNIDADE

De acordo com o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), o salário-maternidade é o benefício devido à mulher segurada do INSS que trabalhou, no mínimo, 10 meses e se afastou de sua atividade por motivo de nascimento de filho, aborto não criminoso, adoção ou guarda judicial para fins de adoção.

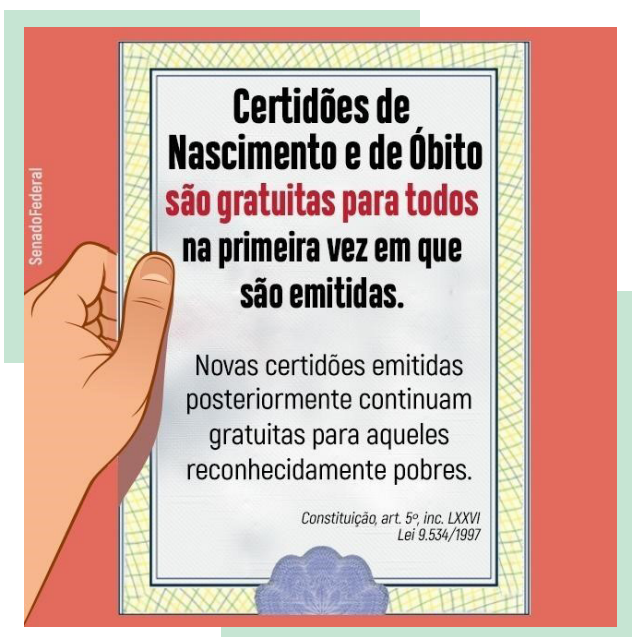
Fonte: <https://www.instagram.com/p/BuTdhU6jbDu/>.

Quem pode receber o salário-maternidade?

- Trabalhadoras com carteira assinada;
- Contribuintes individuais (autônomas), facultativas (p. ex., estudantes) ou microempendedoras individuais;
- Desempregadas;
- Empregadas domésticas; e
- Trabalhadoras rurais (seguradas especiais).

ATENÇÃO

O cônjuge ou companheiro também pode receber o benefício, em caso de morte da segurada. O salário-maternidade pode ser requerido pelo site [Meu INSS](#) ou aplicativo (App Store ou Google Play).



Fonte: <https://www.instagram.com/p/B3zJe2zDd76/>.

PARTO DIGNO

A Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000, que instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), traz diversas determinações como, por exemplo, o direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; o direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; a realização de, no mínimo, 6 consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação; uma consulta no puerpério, até 42 dias após o nascimento; e a realização de alguns exames laboratoriais. Para mais informações, acesse a [Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000](#), do Ministério da Saúde.

GRATUIDADE NO REGISTRO DE NASCIMENTO

A Lei nº 9.534, de 10 de dezembro de 1997, garante gratuidade na primeira via da certidão de nascimento. Ela deve ser requerida pelo responsável legal do bebê, “dentro do prazo de quinze dias, que será ampliado em até três meses para os lugares distantes mais de trinta quilômetros da sede do cartório” (art. 50 da Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973). Caso a maternidade não disponha desse serviço, o pai ou a mãe deve comparecer ao Cartório de Registro Civil mais próximo, portando seu respectivo documento de identificação com foto e a Declaração de Nascimento do bebê.



Fonte: <https://www.instagram.com/p/B6d1dzFDSy/>.

ATENDIMENTO PREFERENCIAL

Gestantes, lactantes e pessoas com crianças de colo têm prioridade no atendimento, por exemplo: em todas as fases da viagem no transporte aéreo (Resolução nº 280, de 11 de julho de 2013); repartições públicas e empresas concessionárias de serviços públicos, por meio de serviços individualizados que assegurem atendimento diferenciado e imediato; instituições financeiras e transportes coletivos, por meio da reserva de assentos devidamente identificados (Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000); e em restaurantes e supermercados (verificar as regulamentações estaduais e municipais).



Atendimento Preferencial

- Idosos
- Gestantes
- Portadores de Autismo
- Portadores de Deficiência Física
- Pessoas Acompanhadas por Criança de Colo

Fonte: <http://www2.anrbrasil.org.br/conheca-regras-sobre-o-atendimento-preferencial/>.



Senado Federal

É DIREITO DOS FUTUROS PAPAIS

Lei aprovada este ano permite aos trabalhadores **FALTAR AO TRABALHO POR ATÉ 2 DIAS** para acompanhar consultas e exames durante a gravidez.

NÃO SABIA? DIVULGUE! :)

Fonte: <https://www.instagram.com/p/BL9SAplgmB0/>.

ACOMPANHAR CONSULTAS E EXAMES

De acordo com o artigo 473 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), “o empregado poderá deixar de comparecer ao serviço sem prejuízo do salário: X - até 2 (dois) dias para acompanhar consultas médicas e exames complementares durante o período de gravidez de sua esposa ou companheira; XI - por 1 (um) dia por ano para acompanhar filho de até 6 (seis) anos em consulta médica”.

DIREITOS TRABALHISTAS

A gestante tem alguns direitos trabalhistas, sendo a licença-maternidade o mais importante e o mais conhecido. De acordo com a CLT, “a empregada gestante tem direito à licença-maternidade de 120 dias, sem prejuízo do emprego e do salário” (Art. 392 do Decreto-lei nº 5.452, de 1943).

Esse período pode ser prorrogado por mais 60 dias, caso a gestante seja funcionária de empresa pertencente ao Programa Empresa Cidadã, instituído pela Lei nº 11.770, de 2008.

Para mães de crianças acometidas por sequelas neurológicas decorrentes de doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti*, a licença-maternidade será de 180 dias, sendo-lhe assegurado, nesse período, o recebimento de salário-maternidade (Lei nº 13.301, de 2016).

Já a gestante que seja servidora pública federal tem direito a 120 dias de licença, os quais podem ser prorrogados por mais 60 dias, conforme o tópico adiante.

SenadoFederal

DIREITOS DA MULHER — NO TRABALHO —

- A empregada gestante pode se ausentar do trabalho para comparecer a pelo menos 6 consultas médicas.
- Transferência de função por motivo de saúde.
- Afastamento de atividades, operações e locais insalubres.
- Amamentação até os 6 meses de idade da criança: 2 intervalos diários de meia hora.
- Aborto não criminoso: 2 semanas de repouso.
- Licença-Maternidade de 120 dias, podendo haver prorrogação de 60 dias para trabalhadora de Pessoa jurídica que aderiu ao Programa Empresa Cidadã.
- Licença-maternidade de 180 dias para as mães de crianças acometidas por sequelas neurológicas de doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti*, como a microcefalia.
- Direito a estabilidade no trabalho desde a confirmação da gravidez até 5 meses após o parto.
- Terá direito à estabilidade nos contratos por prazo determinado e também durante o aviso-prévio. Se houver dispensa sem justa causa, a empregada terá direito à reintegração.



Fonte: <https://www.instagram.com/p/BwrmF3UDfMH/>.

Outro importante direito é o intervalo de 30 minutos, duas vezes ao dia, para amamentação, conforme prevê o artigo 396 da CLT: “para amamentar seu filho, inclusive se advindo de adoção, até que este complete 6 (seis) meses de idade, a mulher terá direito, durante a jornada de trabalho, a 2 (dois) descansos especiais de meia hora cada um”.

O aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida tem sido cada vez mais valorizado por pediatras e por nutricionistas materno-infantis, e a legislação trabalhista ampara a trabalhadora que opta em manter a amamentação mesmo após os 120 dias de licença-maternidade.

DICA:

Veja, no Item 5.5, as orientações sobre ordenha das mamas (a partir da página 53).

11.1 Licença à Gestante no Serviço Público Federal⁶

A licença à gestante (art. 207, §§ 2º, 3º e 4º da Lei nº 8.112, de 1990, e art. 71 da Lei nº 8.213, de 1991) destina-se à proteção da gravidez, à recuperação pós-parto, à amamentação e ao desenvolvimento da relação do binômio mãe-filho, a partir do primeiro dia do nono mês de gestação (correspondente ao período entre 38 e 42 semanas), salvo antecipação do nascimento ou por prescrição médica.

A duração do afastamento para a licença à gestante é de 120 dias consecutivos. A prorrogação desse benefício por mais 60 dias será concedida administrativamente, **desde que requerida pela servidora até o trigésimo dia, a contar do dia do parto** (§1º, do art. 2º, do Decreto nº 6.690 de 2008).

Para solicitar a licença à gestante com prorrogação, se servidora do IFRJ, a gestante deverá abrir processo eletrônico, seguindo estes passos:

1. Preencher o requerimento, disponível em <https://portal.ifrj.edu.br/gestao-pessoas/formularios-e-fluxos>, solicitando expressamente a licença à gestante com prorrogação;

2. Anexar os seguintes documentos:

- Requerimento de gestão de pessoas;
- Certidão de nascimento da criança original e digitalizada; e
- CPF da criança original e digitalizado, caso não conste na certidão de nascimento.

3. Encaminhar os documentos para o e-mail de sua Unidade Protocolizadora, que incluirá a servidora puérpera como assinante destes. O processo só será aberto após a assinatura digital da servidora no Sistema Integrado de Patrimônio, Administração e Contratos (Sipac).

Para mais informações quanto ao fluxo desse processo, consulte: http://wiki.ifrj.edu.br/processos/gestao_de_pessoas/#diagram/8e53bdc8-aa0b-4672-b587-34561e19dd8f.

Considerando-se que a licença à gestante pode ser concedida administrativamente ou por perícia oficial, devem ser observados os seguintes aspectos:

6. Texto adaptado e extraído do Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal (3. ed., 2017) e da página da Gestão de Pessoas do portal do IFRJ.

I – Sem avaliação pericial: a licença à gestante é solicitada e concedida administrativamente quando tiver seu início na data do parto, comprovada pelo registro de nascimento da criança, sem que seja necessária a avaliação pericial. Nos casos de nascidos vivos que venham a falecer no decurso da licença à gestante, a servidora terá o direito de permanecer afastada durante os 120 dias.

II – Com avaliação pericial: quando houver qualquer intercorrência clínica proveniente do estado gestacional, verificada no transcurso do nono mês de gestação, deverá ser concedida, de imediato, a licença à gestante.

Nos casos de **natimorto**, a servidora será submetida a exame médico 30 dias após o parto e, se julgada apta, reassumirá o exercício de seu cargo. Se a perícia entender pela inaptidão para reassumir o exercício do seu cargo, a licença continuará fundamentada no art. 207 da Lei nº 8.112, de 1990. Considera-se parto a expulsão, a partir do quinto mês de gestação, de feto vivo ou morto.

No caso de **aborto** (art. 207, §4º, da Lei nº 8.112, de 1990) comprovado por perícia oficial, a servidora fará jus a 30 dias de repouso remunerado improrrogáveis. Aborto é a expulsão do conceito, vivo ou morto, com menos de 500 gramas ou antes da 20ª (vigésima) semana de gestação.

Decorrido esse período de afastamento, a servidora que se julgar incapaz de reassumir suas funções deverá requerer licença para tratamento de saúde e se submeter a nova avaliação pericial.

Na hipótese de surgirem intercorrências geradoras de incapacidade durante a gravidez ou após a licença à gestante, ainda que dela decorrentes, o afastamento será processado como licença para tratamento de saúde.

A licença à gestante e a licença para tratamento de saúde de espécies diferentes, não podendo ser concedidos esses dois benefícios concomitantemente. Não é possível interromper a licença à gestante, exceto no caso de natimortos.

As servidoras ocupantes de cargos comissionados, sem vínculo efetivo com a Administração Pública Federal, as contratadas por tempo determinado e as empregadas públicas – seguradas do Regime Geral da Previdência Social (RGPS), art. 71, Lei nº 8.213, de 1991 – terão a licença à gestante concedida nos termos do RGPS.

11.2 Auxílio-Natalidade

O auxílio-natalidade (art. 196, lei nº 8.112, de 1990) é um benefício pecuniário, pago em única parcela, concedido ao/à servidor(a) por motivo de nascimento de filho, em quantia equivalente ao menor vencimento do serviço público (atualmente de R\$ 659,25, valor vigente desde 01/01/2017), inclusive no caso de natimorto.

Na hipótese de parto múltiplo, o valor é acrescido de 50% (cinquenta por cento) por criança. O auxílio é pago ao cônjuge ou companheiro servidor público quando a parturiente não for servidora. No caso de ambos os pais serem servidores públicos da mesma esfera (municipal, estadual ou federal), o benefício será devido a apenas um deles.

Para solicitar o auxílio, o/a servidor(a) deve abrir processo, anexando a seguinte documentação original e digitalizada:

- [Requerimento](#) preenchido;
- Certidão de Nascimento do/da filho(a);
- Comprovante de Inscrição no CPF do dependente, caso não conste na certidão de nascimento;
- [Declaração de não dependente](#) preenchida.

11.3 Auxílio Pré-Escolar

O auxílio pré-escolar (Decreto nº 977, de 1993) é o benefício concedido ao/à servidor(a) com o objetivo de oferecer, durante a jornada de trabalho, assistência ao atendimento de seus dependentes em idade pré-escolar.

Para tal, é necessário que o/a servidor(a) cadastre seus familiares da faixa etária compreendida do nascimento aos 6 anos incompletos (5 anos, 11 meses e 29 dias de idade) como seus dependentes, para fins de auxílio pré-escolar. O valor-teto para a assistência pré-escolar atualmente pago é de R\$ 321,00 (trezentos e vinte e um reais), vigente desde 1º de janeiro de 2016, sem a incidência do imposto de renda.

O auxílio pré-escolar será concedido **somente**:

- A um dos cônjuges, quando ambos forem servidores da Administração Pública Federal direta, autárquica ou fundacional;
- Ao que detiver a guarda legal dos dependentes, em caso de pais separados;
- Em relação ao vínculo mais antigo, se o servidor acumular cargos ou empregos na Administração Pública Federal direta, autárquica ou fundacional;
- A partir da data do requerimento.

É importante destacar que o/a servidor(a) perderá o benefício: no mês subsequente ao que o dependente completar 6 (seis) anos de idade cronológica ou mental, conforme o caso; quando ocorrer o óbito do dependente; enquanto o servidor estiver em licença para tratar de interesses particulares; e durante o período em que o servidor estiver afastado ou em licença com perda da remuneração.

Para solicitar o auxílio, o/a servidor(a) deve abrir processo, por meio da Unidade Protocolizadora, anexando a seguinte documentação original e digitalizada:

- [Requerimento](#) preenchido;
- Certidão de nascimento;
- Comprovante de inscrição no CPF do dependente, caso não conste na certidão de nascimento;
- Termo judicial de guarda ou tutela, se for o caso; e
- Laudo da Junta Oficial em Saúde, para dependentes portadores de necessidades especiais de qualquer idade, cujo desenvolvimento biológico, psicológico e sua motricidade correspondam à idade mental relativa à faixa etária (até 5 anos, 11 meses e 29 dias de idade).

11.4 Licença à Gestante Beneficiária da Previdência Social

A gestante cujo contrato de trabalho está regido pela Consolidação da Leis Trabalhistas (CLT) não pode ser demitida sem justa causa no período em que iniciar a gravidez até 120 dias após o nascimento do bebê. Ela deve ser readmitida se a demissão ocorreu sem conhecimento prévio da sua situação gestacional. Nesse caso, a mulher tem de comprovar que o início da gestação ocorreu antes da data do desligamento.

Para gestantes ou lactantes expostas a ambientes insalubres, é possível solicitar mudança de função ou transferência de setor para ambientes de menor risco à saúde, sendo necessária comprovação de risco alto para saúde e mediante atestado médico justificando a solicitação.

No entanto, caso a empresa comprove inexistência de risco à saúde da mãe e do bebê, a solicitação poderá ser indeferida. A gestante tem direito à continuidade do recebimento de insalubridade, mesmo que afastada de atividades insalubres. A mulher pode, mediante atestado médico, romper o compromisso de contrato de trabalho, se este for prejudicial à gestação.

Além das seis consultas de pré-natal e dos exames complementares, aos quais as gestantes têm direito de ausência no trabalho, há garantia de demais consultas que se fizerem necessárias, desde que comprovadas por meio de atestado médico.

A licença-maternidade é garantida a mulheres celetistas no período mínimo de 120 dias, com afastamento do trabalho remunerado, sem prejuízo para contagem de tempo de serviço para férias, fundo de garantia do tempo de serviço (FGTS) e 13º salário.

Empresas integrantes do Programa Empresa Cidadã concedem prorrogação da licença-maternidade por mais 60 dias, completando os seis meses necessários para o aleitamento do bebê exclusivo ao seio materno.

A mulher deve apresentar atestado médico notificando o afastamento do emprego para esses fins a partir ou da 28ª semana de gestação (no caso de licenças por motivo obstétrico) ou do nascimento do bebê, para fazer jus ao benefício. O período de repouso de 15 dias poderá ser concedido antes e depois do parto, mediante atestado médico.

Pais viúvos e mães adotivas também têm direito à concessão do benefício. Pais viúvos possuem o direito à licença-maternidade por todo o período ou pelo tempo restante a que a mulher teria direito, desde que segurado da Previdência Social no momento da concessão do benefício.

No caso de adoção, o período de concessão da licença-maternidade varia de acordo com a idade da criança. Para mães que adotaram crianças de até 1 ano, são concedidos 120 dias; no caso de crianças com 1 ano e 1 dia a 4 anos, são concedidos 60 dias, e, de 4 anos e 1 dia a 8 anos, são concedidos 30 dias de licença-maternidade. A mãe deve apresentar a nova certidão de nascimento da criança contendo o nome da adotante.

Nos casos de abortamento espontâneo antes da 23ª semana de gestação, a mulher tem direito a até 15 dias de afastamento remunerado. Após a 23ª semana, o afastamento remunerado da mulher é o mesmo para aquelas que dão à luz a natimortos, ou seja, é assegurado o afastamento por 120 dias das atividades laborais, fazendo jus ao salário-maternidade.

Após o retorno ao trabalho, a lactante tem direito a dois períodos diários de 30 minutos cada para amamentação até que o bebê complete seis meses de vida. Empresas com mais de 30 funcionárias devem oferecer espaço adequado para amamentação ou extração de leite materno.

Geralmente ocorre acordo entre a empresa e a lactante quanto ao gerenciamento dos períodos de amamentação. Algumas empresas optam, por exemplo, por diminuir 1 hora da jornada de trabalho diária da mulher.

O salário-maternidade a que a mulher faz jus durante a licença-maternidade ocorrerá pelo período de 120 dias para contribuintes individuais, facultativos e especiais da Previdência Social, sendo necessárias, pelo menos, 10 contribuições mensais para se ter direito ao benefício.

Empregadas domésticas, seguradas empregadas e trabalhadoras avulsas estão isentas de carência. O benefício em caso de natimorto, abortamento espontâneo, pais viúvos e adotantes é concedido nos mesmos termos descritos para seguradas empregadas.

Cabe destacar que, para todos os casos, o salário-maternidade é concedido apenas durante o período de afastamento do trabalho, devendo ser suspenso quando houver o retorno ao trabalho.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA Nacional de Aviação Civil (ANAC). **Resolução nº 280, de 11 de julho de 2013**. Dispõe sobre os procedimentos relativos à acessibilidade de passageiros com necessidade de assistência especial ao transporte aéreo e dá outras providências. Disponível em: <https://www.anac.gov.br/participacao-social/consultas-publicas/audiencias/2012/19/pnae.pdf>. Acesso em: mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000**. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html. Acesso em: mar. 2021.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão (MP). **Manual de perícia oficial em saúde do servidor público federal**. 3.ed. / Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, Secretaria de Gestão de Pessoas e Relações de Trabalho no Serviço Público. Brasília: MP, 2017. Disponível em: <http://www.jandaiadosul.ufpr.br/wp-content/uploads/2017/07/MANUAL-DE-PERICIA-OFICIAL-EM-SAUDE-DO-SERVIDOR-PUBLICO-FEDERAL-3A-EDICAO-ANO-2017-VERSAO-28ABR2017.pdf>. Acesso em: mar. 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto-Lei nº 5.452, de 1 de maio de 1943**. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del5452.htm. Acesso em: mar. 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 977, de 10 de novembro de 1993**. Dispõe sobre a assistência pré-escolar destinada aos dependentes dos servidores públicos da Administração Pública Federal direta, autárquica e fundacional. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/antigos/d0977.htm. Acesso em: mar. 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 6.690, de 11 de dezembro de 2008**. Institui o Programa de Prorrogação da Licença à Gestante e à Adotante, estabelece os critérios de adesão ao Programa e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/decreto/d6690.htm. Acesso em: mar. 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto-lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943**. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm. Acesso em: mar. 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973**. Dispõe sobre os registros públicos, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6015compilada.htm. Acesso em: mar. 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 6.202, de 17 de abril de 1975**. Atribui à estudante em estado de gestação o regime de exercícios domiciliares instituído pelo Decreto-lei nº 1.044, de 1969, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/l6202.htm. Acesso em: mar. 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8112cons.htm. Acesso em: mar. 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991.** Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm. Acesso em: mar. 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 9.534, de 10 de dezembro de 1997.** Dá nova redação ao art. 30 da Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973, que dispõe sobre os registros públicos; acrescenta inciso ao art. 1º da Lei nº 9.265, de 12 de fevereiro de 1996, que trata da gratuidade dos atos necessários ao exercício da cidadania; e altera os arts. 30 e 45 da Lei nº 8.935, de 18 de novembro de 1994, que dispõe sobre os serviços notariais e de registro. Disponível em: <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/111122/lei-9534-97>. Acesso em: mar. 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000.** Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l10048.htm. Acesso em: mar. 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005.** Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm. Acesso em: mar. 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 11.770, de 09 de setembro de 2008.** Cria o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal, e altera a Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11770.htm. Acesso em: mar. 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 13.301, de 27 de junho de 2016.** Dispõe sobre a adoção de medidas de vigilância em saúde quando verificada situação de iminente perigo à saúde pública pela presença do mosquito transmissor do vírus da dengue, do vírus chikungunya e do vírus da zika; e altera a Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/L13301.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2013.301%2C%20DE%2027%20DE%20JUNHO%20DE%202016.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20ado%C3%A7%C3%A3o%20de,20%20de%20agosto%20de%201977. Acesso em: mar. 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 13.509, de 22 de novembro de 2017.** Dispõe sobre adoção e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e a Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Lei/L13509.htm#art1. Acesso em: mar. 2021.

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO RIO DE JANEIRO (IFRJ). **Formulários e fluxos**. 2021. Disponível em: <https://portal.ifrj.edu.br/gestao-pessoas/formularios-e-fluxos>. Acesso em: mar. 2021.

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO RIO DE JANEIRO (IFRJ). **PN.DGP – 3 Conceder licença-gestante**. 2020. Disponível em: http://wiki.ifrj.edu.br/processos/gestao_de_pessoas/#diagram/8e53bdc8-aa0b-4672-b587-34561e-19dd8f. Acesso em: mar. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL (INSS). **Instrução Normativa INSS nº 77, de 21 de janeiro de 2015**. Estabelece rotinas para agilizar e uniformizar o reconhecimento de direitos dos segurados e beneficiários da Previdência Social, com observância dos princípios estabelecidos no art. 37 da Constituição Federal de 1988. Disponível em: <http://www.normaslegais.com.br/legislacao/Instrucao-normativa-inss-77-2015.htm>. Acesso em: mar. 2021.

SENADO FEDERAL. **Atendimento preferencial**. 2021. Ilustração. Disponível em: <http://www2.anrbrasil.org.br/conheca-regras-sobre-o-atendimento-preferencial/>. Acesso em: 31 ago. 2021.

SENADO FEDERAL. **Certidões de nascimento e de óbito são gratuitas para todos na primeira vez em que são emitidas**. 2021. Ilustração. Disponível em: <https://www.instagram.com/p/B3zJe2zDd76/>. Acesso em: 31 ago. 2021.

SENADO FEDERAL. **Direitos da mulher no trabalho**. 2021. Ilustração. Disponível em: <https://www.instagram.com/p/BwrmF3UDfMH/>. Acesso em: 31 ago. 2021.

SENADO FEDERAL. **É direito dos futuros papais**. 2021. Ilustração. Disponível em: <https://www.instagram.com/p/BL9SAplgmB0/>. Acesso em: 31 ago. 2021.

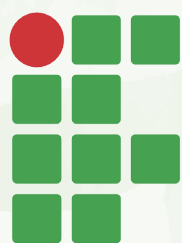
SENADO FEDERAL. **Licença-paternidade: quantos dias eu tenho direito?** 2021. Ilustração. Disponível em: <https://www.instagram.com/p/BHXUW4WAdRR/>. Acesso em: 31 ago. 2021.

SENADO FEDERAL. **Pai não é visita**. 2021. Ilustração. Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CST5rvjflIT/>. Acesso em: 31 ago. 2021.

SENADO FEDERAL. **Parto digno**. 2021. Ilustração. Disponível em: <https://www.instagram.com/p/B6dldzFDSyl/>. Acesso em: 31 ago. 2021.

SENADO FEDERAL. **Quais são os direitos das grávidas que estudam?** 2021. Ilustração. Disponível em: https://www.instagram.com/p/BSEGZlSgY_l/. Acesso em: 31 ago. 2021.

SENADO FEDERAL. **Salário maternidade para desempregadas**. 2021. Ilustração. Disponível em: <https://www.instagram.com/p/BuTdhU6jbDu/>. Acesso em: 31 ago. 2021.



**INSTITUTO
FEDERAL**

Rio de Janeiro