

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM
SAÚDE DA FAMÍLIA**

KELEN CÂNDIDA BRAGA

SEXUALIDADE NO ALEITAMENTO MATERNO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - MG

**GOVERNADOR VALADARES
2011**

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

KELEN CÂNDIDA BRAGA

SEXUALIDADE NO ALEITAMENTO MATERNO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Atenção Básica em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Eugênio Marcos Andrade Goulart

Banca de aprovação

Prof. Dr. Eugênio Marcos Andrade Goulart _____ **UFMG**

Profa. Dra. Suelene Coelho _____ **UFMG**

**GOVERNADOR VALADARES
2011**

RESUMO

O presente estudo analisa a interface entre a amamentação e a sexualidade feminina, pois é um aspecto de suma importância na vida das mulheres/nutrizes, mas pouco conhecido pelos profissionais que as assistem. Buscou-se, portanto, investigar o que os autores das referências bibliográficas publicaram sobre o tema “Sexualidade no Aleitamento Materno”. Este estudo, teve como objetivos: Compreender o significado consciente da interface da sexualidade e da amamentação para as mulheres que vivenciam esse processo a partir da revisão da literatura sobre o tema. Utilizou-se como referencial teórico e metodológico a revisão de bibliografias. Cabe ainda ressaltar que o aleitamento materno vem sendo abordado com o intuito da alimentação, as mamas se tornam o vínculo entre mãe e filho e são esquecidas a função sexual, a qual é uma fonte de prazer para a mulher, além de sua representação no corpo feminino. O aleitamento materno é um tema de grande complexidade, e o aleitamento materno e a sexualidade da mulher – representa apenas um dos caminhos possíveis de aprofundamento do tema. O estudo revelou que a experiência de amamentar e a sua interface com a sexualidade, se dá vivenciando a sexualidade na maternidade, quando por meio de movimento constante de divisão entre os papéis de Ser Mãe e Mulher, busca-se mediar a amamentação e sua vida sexual, procurando conciliar essas novas funções com os demais papéis por elas desempenhado. Sendo assim, cabe aos profissionais de saúde que assistem essas mulheres abordar o assunto durante o atendimento.

Palavras-chave: Aleitamento Materno, Sexualidade e Mulheres.

ABSTRACT

This study analyzes the interface between breastfeeding and female sexuality as it is a very important aspect in the lives of Women / Mothers, although this field is unknown by the professionals who assist them. It also seeks to investigate the literature on the topic "Sexuality in Breastfeeding." This study used as a guiding principle and theoretical model *Pensando Riscos e Benefícios* (Silva, 1997), and aimed to understand the conscious meaning of the interface of sexuality and breastfeeding for women who have gone through this process, and to understand and analyze what the literature has shown on the subject. Bibliographical reviews were used as theoretical and methodological references. This work also points out to the breasts' representation in female body. As the mother breastfeeds, the breasts which are a source of pleasure for women become the bond between mother and child, and for this reason, lose their sexual function. Breastfeeding is a topic of great complexity, and women sexuality and breastfeeding women is just one of the possible ways of deepening the theme. The study found that the experience of breastfeeding and its interface with sexuality happens during motherhood by the constant movement between the roles of Being a Mother and a Woman, and it seeks to mediate breastfeeding and sexuality, trying to reconcile these new roles with other roles. Therefore it is the health professionals' duty to address the issue during the consultation.

Key Words: Breastfeeding, Sexuality and Women.

SUMÁRIO

1- CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	06
1.1- OBJETO.....	08
1.2- JUSTIFICATIVA.....	08
1.3- OBJETIVO GERAL.....	08
2- METODOLOGIA.....	09
3- RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	10
3.1- Anatomia das mamas.....	10
3.2- Complexo areolopapilar.....	10
3.3- Glândula mamária	11
3.4- Fisiologia da lactação.....	12
3.4.1- A produção de leite.....	12
3.5- Composição do leite materno.....	13
3.6- Vantagens para a mãe.....	14
3.7- Vantagens para o bebê.....	15
3.8- Problemas na amamentação.....	16
3.9- Anticoncepção na amamentação.....	18
3.10- Visão holística da mulher.....	21
3.11- Sexualidade feminina.....	22
3.12- Sexualidade na gestação.....	23
3.13- Sexualidade na amamentação.....	25
3.14- Seio materno e seio erótico.....	27
3.15- O cuidado com a sexualidade.....	28
4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFIAS.....	33

1- CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Segundo Berenstein (2000), do ponto de vista da evolução da sexualidade humana, os tempos atuais, são de absoluta e rápida transição. Em especial, para aqueles cientistas que se dedicam aos estudos do comportamento humano feminino, dessa maneira, “as verdades passam a ser passageiras”, afirma o autor. Segundo ele, a observação da sexualidade um grande desafio, tendo em vista os novos costumes sexuais da população neste século XX, aliadas a união de conhecimentos da psicologia à medicina, e conseqüentemente, as mudanças dos padrões conservadores para paradigmas mais modernos. O autor finaliza afirmando que, quando se busca compreender a sexualidade dentro da gestação e do período que a segue, chamado puerpério, o desafio é maior ainda.

Ainda de acordo com Berenstein (2000), a sexualidade na gravidez ou no puerpério são fenômenos estritamente humanos, pois no reino animal são raros os casos de cópulas envolvendo uma fêmea grávida ou amamentando. A fêmea animal obedece em seu comportamento sexual exclusivamente seus instintos de perpetuação da espécie, influenciada por seus hormônios. Não se relaciona sexualmente com parceiros, a partir da cópula fecundadora. Seus hormônios a transformam em um ser voltado exclusivamente para sua prole. O macho pode ser aceito nas cercanias de seu habitat, mas não é o objeto de desejo. O sexo para a fêmea já teve sua função (reprodução) e somente voltará a ter quando ela estiver novamente no cio, em época de reprodução, após a gestação e amamentação.

Ao nascer o bebê se sente inseguro porque estava acostumado ao útero, um ambiente que transmitia segurança, conforto e com temperatura agradável, recebendo seu alimento através do cordão umbilical. Ao nascer ele estranha o novo ambiente, o útero é trocado pelo colo e seu alimento não vem mais pelo sangue, mas sim, pelo seio e para isto terá que aprender a sugar.

Para que a mãe acostume a amamentar precisa-se que ela crie uma idéia de que este hábito é o mais adequado e saudável tanto para ela quanto para o bebê. Essa idealização tem que ser desde o início da gestação. Assim, a futura mãe deverá ser instruída das vantagens nutricionais e imunológicas que o leite materno oferece ao bebê, pois se alimentando corretamente a criança pode ficar protegida de possíveis doenças e infecções que possa vir a ter contato. Além dos fatores citados acima, existe a questão de tempo, auto-estima e sexualidade.

Segundo Sandre (2003, p.67)

O aleitamento materno tem sido tema de muitos estudos no Brasil nas duas últimas décadas a partir de abordagens das mais diversas disciplinas. Assim, é possível facilmente encontrar trabalhos sobre as características bioquímicas do leite humano, sua relação com a saúde da mãe e do bebê, alguns aspectos psicológicos dessa prática, e poderíamos ainda citar outras temáticas que têm sido, cada vez mais, alvo de um intenso investimento intelectual de inúmeros pesquisadores. Menos numerosos são os estudos do aleitamento materno nas áreas das ciências humanas, e é dentro dessa abordagem que esta pesquisa pretende tratar da questão da amamentação e sua relação com a sexualidade.

Para as autoras, o leite materno caracteriza-se por uma substância produzida pelo corpo na forma de alimento, o que faz com ele tenha um significado peculiar em relação nas representações do corpo, em especial com relação ao sangue e o esperma. As autoras salientam ainda, que na sociedade ocidental atual o orgasmo é uma experiência que tem sido muito valorizada e se encontra centrado no ato sexual. Assim, concluem as autoras, “Ter prazer no momento da mamada, com o seu bebê ao seio, é percebido por muitas mulheres como uma perversão, um perigo” (SANDRE, 2003, p.69). Essas situações permitem pensar que a sexualidade do casal pode ser um fator importante na determinação da duração do aleitamento materno.

1.1 - OBJETO

Sexualidade no aleitamento materno. O tema escolhido é devido o interesse de conhecer as alterações sexuais durante o aleitamento materno.

1.2 - JUTIFICATIVA

Diante do exposto, justifica-se a realização deste estudo pela necessidade de refletir sobre as alterações da sexualidade que possam ocorrer durante o período do aleitamento materno e contribuir para a prática dos profissionais que assistem as mulheres nesse período.

1.3 - OBJETIVO

Conhecer e analisar o que a literatura tem mostrado sobre a sexualidade no aleitamento materno.

2- METODOLOGIA

Segundo MINAYO (1995, p.36), a “metodologia é o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade”. Para o desenvolvimento do tema proposto foi realizada uma pesquisa através de revisão bibliográfica, que de acordo com SIQUEIRA (2005) tem como objetivo identificar, sistematizar, analisar e conhecer o que já foi publicado sobre o tema estudado, partindo de um estudo de caráter exploratório, comparativo, com enfoque dentro da abordagem descritiva de pesquisa em Sexualidade no Aleitamento Materno.

Esta pesquisa teve o propósito de descobrir e refletir sobre as alterações da sexualidade que possam ocorrer durante o período do aleitamento materno. Assim que o tema foi escolhido “Sexualidade no Aleitamento Materno”, e delimitado o problema de pesquisa, “Alterações sexuais durante o aleitamento materno”, iniciou-se o levantamento bibliográfico que consistiu em buscar obras publicadas por autores contemporâneos sobre o assunto, além de artigos científicos em sites de pesquisa como Scielo e Bireme. Com os textos selecionados, foram feitas as leituras para identificar aqueles que tratavam da temática em questão. Os autores foram selecionados e em seguida, analisados as suas idéias sobre a sexualidade no aleitamento materno.

Após o levantamento de todos os dados, foi feita a elaboração deste trabalho que busca esclarecer conceitos importantes sobre a visão homem/mulher/mãe com relação à sexualidade durante o período do aleitamento materno.

3 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 - Anatomia das Mamas

Schimitz (1989) relata que as glândulas mamárias estão presentes em ambos os sexos. No homem, mantém-se rudimentar por toda a vida; em compensação, na mulher estão pouco desenvolvidas até antes da puberdade, quando começa o processo de maturação.

A mama é fundamental para a nutrição de suas crias, mas na mulher desempenha papel importante no que tange a sexualidade. Ao entrar na menopausa a mama regride lentamente, pois cessa os estímulos dos hormônios e acaba por desaparecer o tecido glandular sendo substituído pelo tecido conjuntivo e adiposo.

De acordo com Rego (2002), a palavra mama refere-se à glândula acrescida dos elementos do tecido conjuntivo e do tecido adiposo que lhe circundam e dão sustentação.

[...] as mamas são estruturas complexas superficialmente na parede anterior do tórax, em número par, e nas mesmas identifica-se o sulco intermediário mais pronunciado quanto maior for o volume mamário, e abaixo da mama, na posição de pé, observamos o sulco inframamário. O tamanho, a firmeza e a forma variam conforma idade, raça, obesidade e nível de atividade física. Normalmente há uma assimetria de volume entre ambas. Seu tamanho está diretamente ligado à quantidade de gordura e não indica sua capacidade funcional. Na mulher adulta a mama pesa em média de 200 a 400 gramas, porém durante a gestação seu peso pode alcançar a média de 600 gramas e na fase da lactação de 600 a 800 gramas. Na mulher jovem e nulípara as mamas apresentam forma hemisférica, e nas multíparas e obesas são de maior tamanho e pêndulo. Com o passar do tempo, as mamas geralmente diminuem de tamanho, são mais pêndulas e menos firmes.

Segundo Fattini e Dangelo (2000) a mama é recoberta por uma pele delgada, lisa e elástica que é mais clara que a do resto do corpo. Na parte central ela se torna mais espessa, enrugada e pigmentada formando assim o complexo areolopapilar.

3.2 - Complexo Areolopapilar

De acordo com Fattini e Dangelo (2000), este complexo areolopapilar compreende a aréola e a papila, sendo a aréola uma área circular que varia de tamanho de uma mama pra outra, porém seu tamanho médio é de 3 a 6 cm de diâmetro. Além disso, ela é pigmentada e possui uma superfície irregular com folículos pilosos ao seu redor e as glândulas sebáceas,

sudoríparas e areolares, que apresentam uma estrutura intermediária entre o tecido glandular mamário verdadeiro e as glândulas sudoríparas (FATTINI e DANGELO, 2000).

Segundo Rego et al. (2002) os tubérculos de Montgomery são glândulas sebáceas e acessórias, correspondentes aos orifícios dos ductos das glândulas de Montgomery, que aumentam de volume durante a gestação. Para o autor Rego et al., 2002,

[...] a secreção dessas parece servir para lubrificar e proteger a pele, com efeito antibacteriano durante a amamentação, e já tem sido observada saída de secreção láctea com a expressão dos tubérculos. Na mulher de pele clara a aréola possui uma cor rósea e na mulher de pele negra cor mais escura, durante a gravidez a aréola cresce e escurece e não volta a sua cor de origem após a amamentação (REGO et al., 2002, p.315).

De acordo com Rego (2002), ao centro da aréola encontra-se a papila, também conhecida como mamilo, que apresenta pigmentação da mesma cor da aréola e tamanhos variados, em média de 10 a 12 mm de largura e de 9 a 10 mm de altura. A diferença desta para a aréola é que esta não possui glândula sudorípara nem pêlo, só possui glândulas sebáceas e no seu vértice encontra-se de 15 a 20 orifícios que é onde desembocam os ductos lactíferos (REGO 2002). Ainda, segundo o autor, a papila e a aréola são inervadas por uma densa rede de fibras nervosas, importantes na condução de informação sensorial da sucção à medula espinhal e cérebro, regulando a secreção de ocitocina e prolactina.

O mesmo autor relata ainda, que o complexo de areolopapilar não possui tecido subcutâneo, assim a aréola está sobre uma fina camada de músculo liso (o músculo areolar) cujas fibras se distribuem nos sentidos circular e radial, e continuam na papila, com fibras longitudinais e circulares que envolvem os ductos lactíferos juntamente com o tecido conjuntivo de sustentação. Desse modo, a sua contração é responsável pelo enrijecimento do mamilo (telotismo) e ejeção da secreção láctea armazenada nos seios lactíferos que se situam imediatamente abaixo da aréola e são expansões dos lactíferos antes de se abrirem, através de orifícios estreitos no mamilo (REGO 2002).

3.3. Glândula Mamária

As glândulas mamárias são verdadeiras glândulas sudoríparas modificadas que se especializaram para secretar leite, devido o controle dos hormônios da hipófise e ovários. Segundo Rego et al (2002) o corpo glandular é uma estrutura formada por ductos lactíferos

que começam a partir da base do mamilo, e se dilatam abaixo da aréola formando os seios lactíferos (dilatações onde o leite é armazenado). De acordo com o autor Rego 2002,

[...] depois se estendem em direção à parede torácica onde se ramificam em ductos menores até terminarem em formações pequenas e seculares (alvéolos ou ácinos em números de 10 a 100) que assim formam os lóbulos mamários. Cada lobo mamário corresponde a um ducto lactífero e variam de tamanho conforme a mulher, e são em maior número na parte superior do seio (REGO et al., 2002, p.316).

Assim, continua o autor, os alvéolos são os responsáveis pela produção de leite e são formados por uma membrana basal e camadas (de uma a duas) de células cilíndricas secretoras. Entre a membrana e a célula existe uma camada de células achatadas que são chamadas de células mioepiteliais que ao se contrair expulsão o leite para dentro dos ductos menores e destes para os ductos principais, e armazenando o leite nos seios lactíferos que são exteriorizados através do orifício dos mamilos quando a criança suga o seio (REGO et al., 2002).

Conforme o autor Fattini e Dangelo (2000) a glândula mamária é envolvida por uma camada de tecido celuloadiposo ou subcutâneo que se projeta no seu interior e separa a glândula da pele, exceto na região abaixo do mamilo e aréola. Dessa maneira, os depósitos de gordura conferem ao seio um parênquima mamário que funcionam com expansões fibrosas, que partem do corpo glandular, formando os ligamentos suspensores da mama, denominados ligamentos de Cooper, que vão terminar na derme delimitando espaços no tecido adiposo. O folheto posterior da fáscia superficial separa o corpo mamário do músculo peitoral maior, delimitando o espaço retro mamário preenchido por tecido conjuntivo frouxo. Entre a fáscia e o corpo glandular está a gordura retro mamária que contribui para a mobilidade das mamas sobre a parede torácica (Fattini e Dangelo, 2000).

3.4. Fisiologia da Lactação

3.4.1. A Produção de Leite

Segundo Rego et al (2002) a fisiologia da lactação resulta da mudança no corpo devido a gravidez que proporciona à mulher condição de produzir o alimento ideal para seus filhos e isso independe de situação sócio-econômica ou cultural, de forma que o leite produzido pela mulher além de ser o alimento mais completo para a criança é de graça. Não importa qual

região do país nem que situação financeira a mãe se encontra, seu leite sempre será suficiente e eficaz independente até mesmo do seu estado nutricional.

De acordo com Guyton (1998), na metade da gestação quando as mamas atingem seu crescimento máximo, começa a secreção de pequenas quantidades de colostro, pelas células produtoras de leite. Mas só após o nascimento, o verdadeiro leite é produzido, quando os níveis de estrógenos e progesterona diminuem o suficiente para permitir a ação da prolactina estimulando as células mamárias a produzir leite. Ao sugar, o recém nascido estimula as terminações nervosas existentes no mamilo que enviam uma ordem à hipófise para liberar os hormônios prolactina (hipófise anterior) e ocitocina - hipófise posterior (GUYTON, 1998). Assim, a cada mamada aumenta mais a produção de prolactina – principalmente na mamada noturna – que além de majorar a produção de leite, ainda proporciona relaxamento para a mãe. Se ocorrer intervalos muito grandes entre as mamadas a tendência é diminuir o leite, pois estará sendo reduzindo também, a produção de prolactina (GUYTON, 1998).

Segundo Rego et al (2002) a prolactina vai através do sangue para a mama e estimula as células secretoras a produzirem leite. Este é o chamado reflexo prolactina ou da produção do leite.

[...] a maior parte da prolactina está no sangue cerca de 30 minutos após a mamada, o que faz com que a mama produza leite para a próxima mamada. Quanto mais cedo o recém nascido mama, mais prolactina é secretada e mais leite se produz. A ocitocina liberada estimula a contração das células mioepiteliais que contornam os alvéolos. Isto faz com que o leite coletado nos alvéolos flua dos ductos para os seios lactíferos e algumas vezes para fora da mama (REGO, 2002, p.79).

Assim, durante a amamentação o bebê deve abocanhar o mamilo e parte da aréola e faz isto através de reflexo, quando sua boca entra em contato com o bico do peito, ele vira a cabeça em direção a este com elasticidade. Este fenômeno chama-se reflexo da descida ou da ejeção do leite.

3.5. Composição do Leite Materno

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 1991) o leite materno contém todos os nutrientes de que a criança precisa para os quatro a seis meses de vida, ou seja, contém:

- ✓ “Proteínas e gorduras mais adequadas para a criança em quantidade certa;
- ✓ Mais lactose (açúcar do leite) do que a maioria dos outros leites, o que preenche as necessidades das crianças;
- ✓ Vitaminas em quantidade suficiente. Não há necessidade de suplementos vitamínicos;
- ✓ Ferro em quantidade suficiente. Não há grande quantidade de ferro, mas ele é bem absorvido no intestino da criança. Crianças amamentadas não desenvolvem anemia ferropriva;
- ✓ Água em quantidade suficiente, mesmo em clima quente e seco;
- ✓ As quantidades adequadas de sais, cálcio e fosfato;
- ✓ Uma enzima especial (lípase) que digere gorduras” (BRASIL, 1991, p. 35).

Verifica-se também, que além do leite ser facilmente digerido, a criança em aleitamento materno pode querer uma nova mamada com intervalos menores do que aquela em aleitamento artificial.

3.6. Vantagens para a mãe

Segundo Junqueira 1999, a amamentação também ocasiona a involução do útero e protege contra hemorragias no pós-parto, pois a sucção do bebê libera o hormônio ocitocina (responsável pela ejeção do leite) e que atua também contraindo a musculatura do útero fazendo com que este volte ao seu tamanho normal em pouco tempo evitando hemorragias. Contribui ainda, para o desenvolvimento da auto-estima da mulher já que seu corpo voltará ao que era antes da gravidez porque gastará em média 500 calorias a mais por dia, só com a produção de leite.

Valdes (1996) descreve que ao amamentar a mãe se protege da depressão pós-parto que ocorre devido às alterações hormonais que o corpo sofre após o parto em que caem os níveis de progesterona e sobem os de ocitocina, prolactina e endorfinas, modificando assim o comportamento da mulher. Segundo o autor, esses últimos hormônios aliados ocasionam na mãe um relaxamento natural durante a amamentação, uma sensação boa de dever de cuidado maternal, evitando-se assim que esta venha a ter maus pensamentos e entrar em depressão, pois a sensação de estar com o filho nos braços e poder amamentá-lo é única e plena.

Com certeza a melhor das vantagens, principalmente para os países mais pobres, é que amamentar ao peito é de graça e é o alimento mais completo que existe. Não há de se negar

que essa vantagem é tentadora porque não é só a mãe que ganha, a família e a sociedade como um todo, pois a família economiza com a compra de leite, mamadeira, utensílios de conservação e dá a seu filho o melhor alimento que ele necessita para crescer forte e saudável. E a sociedade também ganha em relação ao meio ambiente que deixará de receber milhões de latas de alumínio e de rótulos de papel por ano e se terá economia de água potável utilizada para preparar as mamadeiras de leite industrializado (VALDES, 1996)

São muitas as diferenças entre o leite materno e o leite de vaca, diferenças estas que podem afetar o crescimento da criança. Segundo Valdes, 1996, o leite materno é rico em albumina, enquanto o de vaca é rico em caseína, que por sua vez não é bem digerido pelas enzimas do bebê e seus resíduos ficam acumulados no sangue podendo afetar o perfeito desenvolvimento do cérebro. Ainda, segundo Valdes, 1996, o leite materno possui menos proteínas que o da vaca, porém as suas proteínas são de melhor qualidade e são integralmente absorvida pelo bebê. Já a proteína do leite da vaca, por ser de difícil digestão, pode ocasionar um coágulo mais consistente no estômago do bebê e causar prisão de ventre e ressecamento das fezes. Além disso, o leite materno é rico em lactose, que é um açúcar natural, sendo assim é mais adocicado que o leite de vaca, o que favorece a produção de energia para o cérebro e a absorção de cálcio. Destaca-se também, que ela fermenta no intestino, possibilitando o desenvolvimento natural de lactobacilos que vão proteger o intestino de bactérias patogênicas causadoras da diarreia Além dessas diferenças nota-se no leite materno uma maior quantidade de vitaminas, cálcio, ferro e flúor. Assim demonstrando a melhor qualidade do leite materno e a vantagem de este ser de graça (VALDES, 1996)

3.7. Vantagens para o Bebê

Segundo Silva (1997), as vantagens oferecidas para o bebê são de caráter psicológico, nutricional e imunológico, que garantem melhor qualidade de vida para o bebê tanto nos países ricos quanto nos pobres. Para o autor, o carinho transmitido ao bebê durante a amamentação favorece o contato físico entre mãe e filho, influenciando muito em sua convivência quando a criança estiver crescida, pois ajudará a estreitar os laços afetivos.

Segundo Valdes (1996), protege a saúde do lactente, que terá menos riscos de infecções severas e de morte, diminuindo o risco de enterocolite, infecção respiratória, alergias e

parasitas intestinais. Assim, crianças amamentadas ao seio têm menor possibilidade de doenças, pois nele existe proteção imunológica, evitando várias doenças.

Junqueira (1999) coloca como vantagem os valores nutricionais: aumento de anticorpos, ganho ponderal e desenvolvimento das estruturas orais, pois o ato de amamentar, até mesmo a anatomia da mama, ajuda no desenvolvimento das estruturas faciais.

Ainda de acordo com Valdes (1996), os açúcares ou glicídios são os responsáveis pela energia fornecida ao organismo através da sua queima, já as gorduras ou lipídios são responsáveis pelo desenvolvimento do cérebro e do sistema nervoso central e ainda servem como reservatório de energia do corpo. O autor relata que os sais minerais são a matéria-prima de algumas importantes partes do corpo, como o cálcio (responsável pelo desenvolvimento do esqueleto), o ferro (elemento da hemoglobina, sua falta ocasiona anemia), o sódio e o potássio nas células. As vitaminas são as responsáveis pelo aproveitamento dos outros nutrientes absorvidos pelo corpo, ajuda nos mecanismos de defesa do organismo, sua falta pode ocasionar o aparecimento de algumas doenças. Por último as proteínas, que são as responsáveis pelo desenvolvimento do corpo e são formadas por aminoácidos. Essas proteínas possuem valor biológico grande e são de fácil digestão e absorção. A alimentação da mãe muito pouco influencia as proteínas, com isso, mesmo as mulheres desnutridas possuem a quantidade de proteínas necessárias para o bebê. As proteínas imunológicas dizem respeito à proteção contra doenças, infecções e alergias que o leite materno oferece ao bebê que pode se estender até a vida adulta (VALDES, 1996).

3.8. Problemas na Amamentação

Se existirem problemas na amamentação, estes deverão ser solucionados o mais rápido possível para que não haja complicações e perdas para a criança e para a mãe, como pode ser observado nas principais dificuldades apontadas por Rego et al. (2002) e apresentadas a seguir.

- **Dor ao amamentar** – é importante salientar que sentir dor não é normal e pode ser um indicativo de má posição da boca ao mamar, sucção disfuncional ou fungos no mamilo. Assim, a dor interfere na ejeção do leite, o bebê mama pouco, fica inquieto, chorando, o que geralmente causa angústia na mãe e prejudica a amamentação.

- **Fissuras mamilares** – ocorrem por pressão da boca no mamilo e indicam que a técnica de amamentação não está correta, pois a auréola e o mamilo devem ser colocados na boca da criança. Deve-se evitar também, colocar medicamentos após as mamadas, o ideal é aplicar um pouco do próprio leite e deixar as mamas ao sol. Em fissuras extensas, deve-se modificar a posição da mamada, reduzir os horários da amamentação, e se a fissura não curar, pode ser indicativo de micose ou sucção disfuncional. Deve-se ainda, examinar a boca e a sucção do lactente, pois se a fissura complicar pode se tornar mastite (REGO 2002).
- **Ingurgitamento mamário** – forma primária – pode ocorrer devido ao esvaziamento ineficiente das mamas, com retenção de leite nos alvéolos, distensão alveolar e com o aumento da obstrução a mama endurece e aumenta de tamanho. Neste caso, deve-se extrair o leite para o bebê conseguir sugar, porque as mamas ficam mais sensíveis. Na forma secundária, além de acumular leite, o edema impede que ele saia e as mamas ficam duras, doloridas, quentes e enrijecidas. Dessa maneira, o aumento da pressão intraductal faz com que o leite acumulado sofra um processo de transformação em nível intermolecular, tornando-se mais viscoso, dando origem ao termo “leite empedrado. Neste caso as mamas devem ser esvaziadas e estimulado o reflexo de descida. É importante diferenciar o ingurgitamento fisiológico do patológico, pois o primeiro é discreto e representa um sinal positivo de que o leite está “descendo”, não requerendo intervenção. Porém, no caso de ingurgitamento patológico, a distensão tecidual é excessiva o que causa grande desconforto, acompanhado às vezes de febre e mal-estar. Esta situação costuma ocorrer com mais frequência em torno do terceiro ao quinto dia após o parto e a mama encontra-se aumentada de tamanho, dolorosa, com áreas difusas avermelhadas, edemaciadas e brilhantes. Suas principais causas são: início tardio da amamentação, mamadas infrequentes, restrição da duração das mamadas, uso de suplementos e sucção ineficaz do bebê.
- **Monilíase** – infecção da auréola por *Cândida albicans* que deixam as mamas rosadas, fissuradas e aparecem placas esbranquiçadas na boca do bebê. Podem ocorrer também, lesões na pele, sendo que durante a mamada a dor pode ser intensa. Neste caso, deve-se evitar o uso de protetores nos mamilos e o sutiã deverá ser trocado diariamente e lavado cuidadosamente.

- **Retenção do leite** – os nódulos mamários sensíveis resultam de um mau esvaziamento das mamas, por compressão externa ou obstrução interna, que pode se agravar por intervalos prolongados entre as mamadas. Como cuidado, deve-se esvaziar a mama por completo, caso isto não ocorra deve-se proceder à ordenha manual.
- **Mastite** – é um processo infeccioso, caracterizado por dor, ingurgitamento e eritema localizado, geralmente é unilateral e que produz mal-estar geral, febre e calafrios. Como fatores predisponentes encontram-se as fissuras, esvaziamento incompleto, retenção de leite, intervalos grandes entre as mamadas, amamentação de gêmeos, desmame brusco e esgotamento da mãe. Para preveni-la deve-se amamentar no sistema de livre demanda e se certificar que o bebê está em posição adequada. Caso o bebê não esvaziar a mama, deve ser realizado o esvaziamento com a auto-ordenha.
- **Abscesso mamário** – Geralmente é decorrente de uma mastite tratada de forma inadequada. Neste caso, deve ser realizado o esvaziamento das mamas por ordenha, aplicar calor no local e sutiã adequado, além de outros tratamentos quando indicado. (REGO et al, 2002).

3.9. Anticoncepção na Amamentação

Logo após o parto a mulher precisa se adaptar a sua nova condição, de mãe, e assim ela necessita de um tempo para que volte a sua posição de esposa, dona de casa, profissional e principalmente, de amante. Para Rego et al (2002), a mulher que se sente insegura na fase da amamentação em relação à nova gravidez poderá até ocasionar problemas no aleitamento diminuindo, assim, a quantidade de leite produzido.

O autor afirma ainda, que para evitar esse estresse emocional a mulher tem que ser orientada pelo profissional da saúde que existem métodos contraceptivos para que esta possa voltar a sua vida sexual em segurança, sem risco de uma nova gravidez prematura e indesejada. Para isto, terá que ser avaliado o conjunto “família”, saber se desejam nova gravidez, a frequência das relações sexuais e se já tiveram algum tipo de doença. A escolha do método contraceptivo deverá ser feita com o consentimento da nutriz, pois, dependerá dela a eficácia da contracepção (Rego et al, 2002).

Existem vários métodos contraceptivos que podem ser usados pelas mulheres que amamentam são eles: métodos de barreira; método de lactação-amenorréia; dispositivos intra-uterinos e os métodos hormonais à base de progesterona. A utilização de cada um deles durante a amamentação foram descritos por Rego et al. (2002) e apresentados a seguir:

- **Métodos de barreira** - não afetam a amamentação e são consideradas as formas mais antigas de contracepção existente no mundo. Nesse método se encontra o códon masculino e feminino, o diafragma e o espermicida, sendo que dentre estes o mais completo é o códon, conhecido como camisinha ou preservativo, pois além de prevenir a gravidez previne também às doenças sexualmente transmissíveis, como o HIV (AIDS), a gonorréia e a sífilis (Rego et al, 2002).
- **O diafragma** - é uma capa flexível de borracha ou silicone, com uma borda em forma de anel, que é colocada na vagina para cobrir o colo do útero e pode ser usado juntamente com geléias ou espermicida. Embora existam diafragmas de diversos tamanhos, sua utilização implica em medição que deve ser realizada por um profissional de saúde para determinar o tamanho adequado para cada mulher, e também, para fornecer as orientações sobre o seu uso. O diafragma deve ser colocado em todas as relações sexuais, antes de qualquer contato dos órgãos genitais, podendo ser colocado minutos ou horas antes da relação sexual, sendo indolor. O diafragma só deve ser retirado de seis a oito horas após a última relação sexual, que é o tempo necessário para que os espermatozóides que ficaram na vagina morram. Ele não deve ser usado durante a menstruação (Rego et al, 2002).
- **Os espermicidas** - possuem a função de inativar os espermatozóides antes que estes cheguem ao trato genital superior, isso ocorre porque as membranas dos espermatozóides são lesionadas. Esse método não é muito eficaz, é mais usado para complementar à eficácia de outros métodos, como por exemplo, o diafragma (Rego et al, 2002).
- **Método Lactação-amenorréia (LAM)** - como no período de amamentação a mulher produz altas taxas de prolactina, estas inibem a ovulação, sendo assim, quanto mais o bebê sugar menos possibilidade terá a mulher de ovular e maior será o período de amenorréia. Porém, nem sempre a ausência de menstruação quer dizer que a mulher não está ovulando. O método LAM só será efetivo se preenchido certos requisitos: que

o bebê tenha até seis meses de idade, que a amamentação seja exclusiva e sem horários determinados e por último que a nutriz esteja em amenorréia. Fatores que atrapalham a eficácia desse método são: o uso de chupetas, mamadeira, introdução de líquidos ou alimentos sólidos à dieta do bebê e intervalos grandes entre as mamadas. Esse método possui alto índice de eficácia se respeitado os seus requisitos (Rego et al, 2002).

- **Dispositivos intra-uterinos (DIU)** - o DIU é um método de contracepção eficaz, porém pouco usado no Brasil por falta de conhecimento e disponibilidade deste método. Algumas mulheres relatam o receio de que o mesmo possa ficar preso na criança, caso venha ocorrer uma gravidez. O DIU, por sua vez, é composto por cobre ou hormônios, mas este em nada afeta o leite materno, já que é inserido na cavidade uterina da mulher para evitar a gravidez. Sua inserção no corpo após o parto ocorre em torno da quarta semana no parto normal e oito a doze semanas no parto cesáreo. O DIU é contra indicado em casos de: infecção pós-parto, sangramento vaginal sem diagnóstico etiológico, doença inflamatória pélvica atual, tuberculose pélvica, câncer genital, suspeita de gravidez, AIDS, dentre outros (Rego et al, 2002).
- **Métodos hormonais à base de progestágenos:** este método se encontra de diversas formas: minipílulas, pílulas à base de progesterona, injeção, endoceptivo de progesterona e implantes hormonais. As minipílulas agem tornando o muco do colo uterino mais espesso dificultando a passagem de espermatozóides, alterando o movimento da trompa uterina e a função do corpo lúteo, altera também o endométrio de maneira que os espermatozóides não consigam se instalar. Com o uso deste método a nutriz poderá ter amenorréia ou ciclos irregulares e não poderá tomar o remédio em horários diversos, o que compromete a sua eficácia. Esse método, por ter em sua composição três hormônios diferentes, influência na qualidade e quantidade do leite, implicando no ganho de peso do bebê. As pílulas à base de progesterona influenciam na ovulação e a mulher poderá ter períodos de amenorréia. Esta também não poderá ser tomada em horários irregulares. Porém, por ser composto de um hormônio só, não tem influência na produção de leite e é um método muito eficaz. (Rego et al, 2002).
- **Endoceptivo** - conhecido também como DIU de progesterona, possui a forma de T e apresenta um reservatório de hormônio ao redor da haste vertical. Sua eficácia dá-se por sua ação no muco cervical em que o torna mais viscoso e também porque age

diretamente na camada interna do útero. Não traz nenhum efeito em relação à amamentação e após a descontinuidade de seu uso a fertilidade retorna de imediato (Rego et al, 2002).

- **Implantes hormonais** - é um bastão flexível de vinil acetato de etileno que contém hormônio, ele é inserido na região subdérmica da face interna do braço e age por três anos. Inibe a ovulação, sua eficácia é de 100% e não interfere no aleitamento materno (Rego et al, 2002).

Além desses métodos de contracepção conhecidos que podem ser interrompidos quando a mulher, ou o casal desejar ter outro filho, existe também um procedimento irreversível tanto para mulher quanto para o homem, que são a ligadura de trompas (salpingotripsia) e a vasectomia. Ambos os métodos por serem de difícil reversão necessitam da autorização da mulher e do homem e tem que ser analisado cada caso. A decisão tem que ser tomada de forma consciente, pois embora haja como reverter o processo, a cirurgia apresenta poucas chances de sucesso. A ligadura de trompas poderá ser feita em mulheres que apresentem gravidez de risco ou para casais que não desejem mais ter filhos. É um método eficaz, mas terão que ser analisados os riscos da cirurgia que é feita em ambiente hospitalar e com anestesia. Não sendo recomendado ser feito logo após o parto, é necessário aguardar alguns meses.

A vasectomia também é um método eficaz de esterilização e de pouco risco. Esta poderá ser feita logo no período inicial de amamentação da mulher para que coincida o tempo de espera de eliminação dos espermatozóides com a infertilidade natural da mulher na amamentação (Rego et al, 2002).

3.10. Visão Holística da Mulher

A mulher no período de gravidez, ou a mulher que deseja adotar um bebê, tem um desejo muito grande de poder amamentar seu filho, por isso algumas mulheres falam em dificuldades na hora de amamentar e outras têm dificuldade no que tange ao cuidado que tem que ter com o bebê. Segundo Arantes (1995), as ações de promoção, proteção e apoio à amamentação devem levar em conta a mulher que se prepara ou que já está amamentando, esta deve ser

tratada com atenção, respeito e consideração tanto pelos profissionais da saúde quanto pelos familiares. Para o autor

[...] ela deverá ser ouvida sobre suas dificuldades, dúvidas e receios para que possam ser sanadas de maneira correta e eficiente. A mulher na fase da gravidez e no período após o nascimento de seu filho deverá ter um apoio emocional da família e da equipe de saúde para que esta não sinta medo em relação a sua nova condição de mãe e nutriz, tem que ser orientada desde a gravidez sobre as vantagens da amamentação tanto para ela quanto para o bebê (ARANTES, 1995, p. 86).

Assim, a mulher que já amamentou um filho passa a ter um sentimento de vivência, mesmo que tenha amamentado por pouco tempo, afirma o autor. Já a mulher que nunca amamentou, a partir de experiências de outras mulheres e orientações recebidas, ela pode adquirir conhecimento sobre o que seja a amamentação.

3.11. Sexualidade Feminina

FOUCAULT (1993), em a “História da Sexualidade – A vontade de saber” nos possibilita entender qual a relação existente entre o poder e a sexualidade. O autor afirma que

[...] com respeito ao sexo, o poder estabelece uma relação de modo negativo: rejeição, exclusão, recusa, barragem ou, ainda ocultação e mascaramento. “O poder não “pode” nada contra o sexo e os prazeres, salvo dizer-lhes não; se produz alguma coisa, são ausências e falhas; estes elementos, introduz discontinuidades, separa o que está junto, marca fronteiras” (FOUCAULT 1993, p. 111).

O filósofo ainda define que “o poder seria essencialmente, aquilo que dita à lei, no que diz respeito ao sexo”. Ou seja, o poder age pronunciando a regra: o domínio do poder sobre o sexo só faria funcionar uma lei de proibição: “não te aproximes, não toques, não consumas, não tenhas prazer, não fales, não apareças; em última instância não existirás, a não ser na sombra e no segredo” FOUCAULT (1993, p.114). Neste sentido, Côrrea e Portella,1994, p.85 afirmam que,

[...] atualmente, as falas sobre sexualidade são geralmente remetidas ao ato sexual propriamente dito ou ao exercício das sexualidades individuais, ou ainda às funções reprodutivas. São discursos das descrições sobre as diferentes formas de relações sexuais e das definições sobre o que seriam

práticas sexuais “normais” e pervertidas. Outras linhas de discussão incluem as questões referentes ao prazer e aos afetos.

Não existe dúvida de que a sexualidade sempre esteve relacionada ao poder, à dominação dos corpos dos indivíduos – seus atos, seus movimentos, seus prazeres, sua capacidade de criar, amar. E na maioria das vezes, a sexualidade feminina, a mulher, sempre foi o maior alvo dessa política dominadora (Côrrea e Portella, 1994, p.87)

Segundo o GRUPO CERES (1981, p.35) “o poder sobre a sexualidade feminina manifesta-se de forma dual: pureza versus impureza. A partir daí, espera-se que a mulher se encaixe em um dos três modelos que encerram os limites da sua sexualidade: virgem-mãe-amante”.

Neste sentido, os autores relatam que tanto a Igreja como a Medicina passou a caracterizar, classificar e determinar como é que os homens e mulheres deveriam se comportar. É negado à mulher conhecer, refletir sobre seus corpos, sua sexualidade, suas necessidades e capacidades criativas – faz parte do conjunto de características que definem as mulheres. Para os autores, não se trata de indicar o silêncio enquanto forma específica de discurso, mas é fato afirmar que esta sexualidade é “falada” através do próprio ocultamento ou da utilização de metáfora, mitos ou formas eufemísticas de abordagem (GRUPO CERES, 1981, p.36). Afirmam também, que essas dificuldades observadas ao se falar sobre sexualidade, o ocultamento, o silêncio, não é um vazio. É um silêncio que transmite um modelo do “ser mulher”. Dentro desse modelo, o desconhecer é visto como algo “natural”, próprio à conduta considerada adequada à condição feminina, ou seja, “componentes privilegiados do conjunto de atitudes consideradas como próprias do modelo de ‘feminino’ que orienta a formação da identidade da mulher” (GRUPO CERES, 1981 , p. 38). Ainda para os autores,

“Os tabus que envolvem a sexualidade em nossa cultura, assim como a valorização da castidade enquanto atributo feminino, dificultam a troca de experiências, cercando-as de uma aura de mistério, silêncio, vergonha, solidão. A comunicação entre as mulheres a respeito do prazer parece ser mais difícil [...]” (GRUPO CERES, 1981 , p.38).

3.12. Sexualidade na Gestaçã

Segundo Tedesco (1999), a gravidez exige adaptações anatômicas, funcionais e emocionais do organismo materno. O exercício da sexualidade na gestaçã baseou-se sempre em crenças e mitos que orientaram as civilizações através dos tempos. Entre os povos primitivos,

encontram-se enormes variações que vão desde a recomendação de abstenção e punição com pena de morte aos desobedientes até a liberalidade absoluta.

Ainda segundo TEDESCO (1999) no século XX, embora menos acentuada, a tônica restritiva se manteve, passando-se a atribuir também à atividade sexual a responsabilidade por eventos obstétricos indesejáveis, dados não confirmados posteriormente.

O mesmo autor explica ainda que nos tempos passados, no entanto, havia normas que a luz dos conhecimentos da época, de alguma forma orientavam o casal. Em dias atuais não há normas ou regras estabelecidas em base científica, e o obstetra, quando solicitado, apóia-se em conceitos culturalmente aprendidos, ou em sua experiência pessoal e profissional (TEDESCO, 1999).

As autoras CÔRREA e PORTELA, consideram que a gravidez, além de um fenômeno biológico de baixo risco em que 90% das gestações começam, evolui e termina sem complicações, é um processo de transformação do casal, devido à natureza de suas repercussões na vida de ambos os parceiros. Para a mulher que vivencia de forma mais íntima e participativa, esse processo representa um período crítico, uma crise vital. Portanto, gestar é uma experiência importante que deve ser desejada, pensada e não apenas ser um ato a se cumprir, merece o compromisso dos parceiros e dos profissionais que a acompanham.

Observo que durante as consultas de enfermagem às gestantes, o tema sexualidade é pouco discutido e em muitas situações a mulher desconhece seu próprio corpo, não sabendo como vivenciar as transformações proporcionadas pela gravidez e suas repercussões na sexualidade feminina. Sendo a gravidez um processo fisiológico, a mulher não precisa se abster de sua atividade sexual, a não ser quando essa gestação está correndo risco por algum outro fator presente, bem como, é importante destacar que o exercício de sexualidade vai além do ato sexual.

Os profissionais da área da saúde têm despertado muito interesse na relação emocional e afetiva que os pais têm para com o bebê. Esse interesse está direcionado não só à saúde física da mulher gestante, parturiente, puérpera e nutriz, mas para a saúde integral da mulher, cuja avaliação diz respeito principalmente a sua relação com o companheiro e no fato relacionado à sexualidade do casal.

A mulher em fase de gestação sofre alterações no seu corpo, pois o ventre muda de tamanho e as mamas também, além de ficarem sensíveis e doloridas; na região da aréola e a vulva – vagina a coloração fica mais escura. As mudanças não abrangem só o corpo, como também o aspecto emocional, ficando mais reflexiva, ou introspectiva, e mais emotiva. Estas modificações características da gravidez tornam a mulher mais sensível, e esta fica propensa a desejos alimentares, ao choro e a temores. Sua auto-imagem pode ficar afetada, ela pode sentir-se mais bonita ou mais feia, e sua libido pode diminuir ou aumentar.

A sexualidade é recheada de mito e credices e de elementos culturais. Na vida de relação da grávida manifestam-se, por exemplo, pelos relatos e comentários de outras mulheres sobre fatos da sexualidade na gravidez, quase sempre feitos com conotações negativas, concluindo-se ao final que “na gravidez é assim mesmo...”. Por isso, a gravidez é tomada por grande parcela de casais como não sendo período próprio para o exercício da sexualidade. A mulher dirige a energia libídica para o filho, e o parceiro, na maioria das vezes, confunde maternidade com santidade, excluindo a sexualidade da vida do casal (TEDESCO, 1999).

De acordo com LANGER (1996), na fase da gravidez há várias mudanças na sexualidade e nas práticas sexuais, mas essas mudanças nem sempre são discutidas pelo casal, e acabam por gerar conflitos, mal estar e sentimento de culpa ou de rejeição entre o casal. Outros fatores podem interferir na relação sexual da mulher com o seu parceiro, com ameaça de aborto ou de parto prematuro, placenta prévia ou gestação múltipla. Para que estas questões não atrapalhem a vida sexual do casal, no acompanhamento do pré-natal elas devem ser abordadas pelos profissionais de saúde orientando-os de forma que estas questões possam ser discutidas entre eles claramente facilitando a vida do casal.

3.13. Sexualidade na Amamentação

Na ocasião do parto e principalmente no parto normal a mulher tem a oportunidade de perceber melhor o seu corpo, através dos movimentos de contração e de relaxamento do útero, vagina e vulva, assim, o período de “expulsão” do bebê no parto vaginal envolve sensações de dor, temor, alívio e prazer. O contato visual e de pele que a mãe tem com o bebê proporcionam uma relação física de afeição e apego.

A primeira mamada, de preferência ainda na sala de parto, geralmente ajuda a aprofundar a relação entre ambos, que irão sentir-se unidos, não mais pelo cordão umbilical, mas pela sucção do peito pelo bebê. Para a mãe as sensações durante a amamentação, principalmente a primeira mamada são de prazer, satisfação e emoção.

Esta experiência de nascimento e amamentação será mais afetuosa para a mãe e o bebê se o pai participar, dando seu apoio emocional; na verdade, a relação sempre será melhor se o apoio do pai se der desde a confirmação da gravidez, acompanhando todas as mudanças do corpo da mulher e o crescimento fetal.

Após o parto o corpo da mulher volta a sofrer mudanças, pois o ventre murchará e ocorrerá a involução do útero e dos órgãos genitais. No caso das mamas haverá aumento destas nos primeiros dois dias. No período pós-parto a mulher sente vontade de se cuidar melhor, mas devido à carga de trabalho que terá com os afazeres domésticos, o companheiro querendo atenção, visitas e principalmente o cuidado com o bebê não lhe sobrarão muito tempo para se cuidar. E se a mulher não tiver ao seu lado um companheiro ou alguém que lhe ajude com as tarefas diárias, e com os cuidados com o recém nascido no primeiro mês, poderá se sentir sozinha e carente de atenção e afeto, podendo assim, entrar em depressão (MARTIN, 2001).

Devido a essa sobrecarga de trabalho a mulher fica muito cansada e serão raros os momentos em que ela conseguirá ter um diálogo com o companheiro e momentos a sós para troca de carícias. Estes poucos momentos, não são suficientes para que eles consigam se expressar sobre o que sentem. O desejo sexual de um dos companheiros poderá não ser o mesmo do outro, também podem ser de forma e intensidade variada podendo causar um conflito na relação.

Durante o período de amamentação, a mulher pode-se achar mais atraente para o companheiro devido ao novo formato dos seios que estão mais volumosos, porém nem sempre o casal conseguirá diferenciar o peito nutridor do peito erótico. A diferença no tamanho deste pode até atrair o homem, mas este achará diferente o odor, o sabor e principalmente o leite que vaza quando o seio é estimulado (MARTIN, 2001)

As mudanças no corpo da mulher pós-parto podem deixá-la com receio de retornar as atividades sexuais, por medo de que estas se tornem doloridas. O homem também sentirá medo de machucá-la, mas essas questões podem ser resolvidas com uma conversa com o profissional de saúde e até por entendimento entre o casal acerca do momento em que estes

acham conveniente voltarem a ter suas relações sexuais. Fora isso, poderá ocorrer baixa na libido porque durante a amamentação diminuem a produção de estrogênio e progesterona, responsáveis pelo desejo sexual, e aumenta a produção de prolactina, que inibe o desejo sexual. O problema nesse caso é que a mãe poderá dar atenção exclusiva ao bebê e deixar o companheiro em segundo plano, fazendo-o sentir-se rejeitado.

Segundo Martin (2001), outro fator que pode causar desconforto entre casais é a variação de humor que a mulher sofre durante o período pós-parto, assim é necessário que tenham conversas sobre o relacionamento. A harmonia do casal deverá acontecer principalmente na hora do sono da criança, hora esta que deve servir para que estes conversem e possam ter suas relações sexuais. Porém, se a mãe coloca o filho na cama para dormir junto a eles acaba por atrapalhar esse momento e por vezes o companheiro não irá entender o motivo que leva a mãe a colocar o filho entre eles; pode achar que é justamente para que não tenham relações sexuais. Todos esses fatos podem ocasionar conflitos entre os casais e será necessário ajuda de profissionais da saúde orientá-los para que não cause um dano maior, como, por exemplo, a separação do casal.

3.14. Seio Materno e Seio Erótico

O maior tabu encontrado na amamentação diz respeito ao seio, se este nesta fase é erótico, materno ou se pode ser conciliado às duas funções. Segundo Martin (2001), muitos homens não conseguem visualizar o seio erótico quando este está sendo usado na amamentação e esperam o desmame da criança para voltarem a usar o seio como forma de estimulação erótica. O seio para esses homens no período de amamentação pertence ao bebê e não a eles, como pode ser observado na seguinte frase do autor

[...] também há casos em que a mãe desmamou mais cedo porque o companheiro sentia ciúmes do bebê sugando o seu seio, não conseguia ver que este ato era necessário ao bebê e a mãe, este tipo de atitude egoísta do homem pode gerar na mulher uma sensação de culpa por não ter dado seu filho o carinho que ele precisava, pois a criança que é amamentada ao seio olha para a mãe e a com mamadeira olha para fora não visualiza a mãe em primeiro plano (MARTIN 2001, p. 186).

Claro que para tudo há exceções, muitos casais aproveitam o fato do seio estar mais volumoso para aumentar a libido deles, passando a usá-lo como principal fonte de estimulação erótica.

Eles acreditam que o seio pode ser materno e erótico ao mesmo tempo, sem causar problema algum na amamentação.

De acordo com Martin, 2001, muitas mulheres sentem prazeres comparados ao orgasmo ao amamentar, isso ocorre porque os seios são zonas erógenas e ao serem sugados são estimulados causando uma sensação boa à mãe, parecida com a do orgasmo, como pode ser verificado na citação do autor a seguir

[...] para outras mães a sensação é boa, mas não comparada ao orgasmo, é uma sensação de ternura, carinho e proteção. Essa diferenciação de prazer é muito encontrada, algumas mulheres sentem vergonha de dizer que sentem prazer ao amamentar e quando perguntadas dizem que sentem prazer mas não prazer erótico e sim prazer como forma de carinho (Martin, 2001, p.221).

Essa negação do prazer erótico ao amamentar está fundada na questão do incesto, pois a mãe fica com medo de acharem que ela está usando o filho para ter prazer sexual, porém esse tabu é infundado. O que ocorre é uma estimulação erótica ao amamentar, sendo para algumas mulheres em maior intensidade do que para outras em tão pouca intensidade que nem chegam a ser um prazer comparado ao erótico, só o de afeição e proteção. Segundo Sandre (2003), muitos casais aproveitam para terem suas relações logo depois que a mãe amamenta, pois o seio está cheio de leite, mais volumoso e a mãe se encontra estimulada sexualmente pela amamentação o que facilita a relação sexual do casal.

Na realidade, em torno do quesito sexualidade versus amamentação, notam-se três tipos de atitudes diferentes em relação a isso: alguns homens acham o seio materno sagrado e não utilizam como estimulação erótica enquanto servirem de fonte de alimento; outros acham que não pode servir de fonte de alimento por ser exclusivo ao prazer sexual do casal e por fim os que acham ser possível conciliar as duas funções a de amamentação e prazer.

3.15. O Cuidado na Sexualidade

FIGUEIREDO (1995, p. 215) nos descreve, particularmente no que diz respeito à atuação da enfermagem, que “no grande palco onde a enfermagem atua se encontra com seus clientes na ação de cuidar é que as máscaras se acentuam e nos assusta. Os risos e trejeitos desconcertantes denunciam as dificuldades dos profissionais de enfermagem em lidar com a sexualidade.

Para a mesma autora, normalmente a única saída encontrada pela enfermagem é a tangente, por que não se consegue, de fato, nem falar da sua e nem da sexualidade dos clientes. Mesmo que no discurso mencione-se o quanto a sexualidade é importante para a manutenção da vida, não se consegue ainda reconhecer que “Êxtase, Orgasmo, Alívio, Liberdade, Prazer e Tocar são dimensões desta mesma sexualidade” (FIGUEIREDO, 1995, p. 216).

No ambiente hospitalar, possuidor de normas institucionais mais austeras, os profissionais de saúde parecem utilizar couraças (máscaras) de proteção contra o enfrentamento de tratar da sexualidade. Couraças estas, camufladas por códigos de éticas, reguladoras e moralizantes, que alteram o comportamento do profissional e muitas vezes do cliente: “As máscaras que utilizamos para não falar da sexualidade ou de sexo com os clientes, esconde o que falamos sobre ele no mundo privado de cada um de nós. Mundo onde tudo é possível” (FIGUEIREDO 1995, p.218).

Destacamos que na maneira da sexualidade ser encarada pelos profissionais que cuidam de mulheres parturientes, ocorre uma dicotomia entre o pessoal e o profissional. Primeiramente, parecem atender a sociedade, e de acordo com toda sua construção histórico-social e profissional, observamos, basicamente, somente a valorização da função reprodutora. Nesse caso, as mulheres-parturientes são vistas como assexuadas, sendo valorizada somente a maternidade (exaltação religiosa da Virgem-Mãe, santa Mãezinha). Neste sentido, FIGUEIREDO (1995), nos aponta que esse comportamento primário de negar a existência de sexualidade, tem uma origem na religião, por ter sido ela a primeira a controlar os corpos, seguida da Medicina (modelo biomédico). Dessa maneira, a autora considera que, em virtude das profundas raízes na religião, percebemos que tanto enfermeiros como médicos tentam controlar seus corpos e sua sexualidade, controlando também os corpos das clientes. Ao controlarem sua sexualidade, agem reprimindo suas emoções, pensamentos e seus sentimentos. Reprimindo sua sexualidade, instintivamente, reprimem a da cliente.

A autora acredita também, que essa repressão é silenciosa, e mais difícil ainda de ser resolvida, pois é omitido algo que é espontâneo e natural na pessoa humana, algo que é uma necessidade humana básica, a energia vital. A autora conclui que a sexualidade na maioria dos locais continua sendo um tabu e, conseqüentemente ainda é difícil na área da saúde, principalmente no que diz respeito às mulheres, despertar para a importância da discussão, atenção, cuidar e encaminhamentos que envolvam o tema, junto à(o)s clientes e a(o)s profissionais. Desse modo “Todos fogem do assunto, ele não é fácil de ser abordado,

principalmente, quando entendem que a sexualidade é sexo, é coito, é masturbação, é mexer em vespeiro” (FIGUEIREDO 1995, p. 219).

Sabemos o quanto é difícil falar desse tema, basicamente quando envolvemos somente mulheres, as quais sempre foram objetos de preconceitos e tabus sobre seus corpos, sempre foram classificadas quanto as suas atitudes sexuais como sagradas (santas) ou profanas (prostitutas).

Não pretendemos esgotar o assunto, e sim refletirmos sobre o mesmo, acreditando que essa visão reflexiva diferenciada, favorece uma prática mais globalizante. Uma prática mais integral e plural, permitindo mostrar novas visões sobre o fenômeno que envolve o tocar e ser tocado, enriquecendo a prática da Enfermagem e da Medicina, na Área da Saúde da Mulher, respeitando os direitos de quem cuida e de quem é cuidado. Cremos ainda, que permitirá aos profissionais sair de uma situação de fragilidade e/ou defesa, no trato direto com o sujeito, alvo de nossa assistência, e também de conhecimento sobre seu próprio corpo e o que os estimula quando estão tocando outros corpos.

Enfatizamos que, levantar questões sobre a Sexualidade e Poder como algo intrínseco no ser humano é pensar numa prática de cidadania, de solidariedade e de direitos humanos. O discurso da Enfermagem e da Medicina, que visa cuidar holisticamente, se perde quando se esquece de uma das dimensões da vida que é a Sexualidade. Do mesmo modo, não é possível mais afirmar que o cidadão tem direitos quando os profissionais de saúde continuam decidindo, arbitrariamente, sobre o corpo do cliente, sua vida seus costumes, valores e crenças, sem a participação real do mesmo.

4- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho evidencia a amamentação como uma prática percebida pelas mulheres como inerente à maternidade que demanda uma reorganização e adaptação de novos papéis, mãe e nutriz, aos já exercidos em sua vida.

Compreender os elementos determinantes dessa experiência, como algo que se vai além da interação mãe-filho, respeitando os fatores biológicos, fisiológicos e naturais que reproduzem, os discursos e as crenças a respeito do aleitamento materno, como uma obrigação materna. Refletindo sim, o contexto em que as mulheres estão inseridas, permitindo-nos olhar para essa mulher de forma mais ampla, em sua totalidade, abarcando a sua sexualidade.

O estudo vem elucidar, com base nas referências bibliográficas que a sexualidade na amamentação está inteiramente envolvida com o sucesso ou insucesso no aleitamento materno, pois a impossibilidade de que a “mãe” e a “mulher” convivam no mesmo corpo, seja na percepção do homem, seja na própria mulher, pode gerar uma relação conflituosa para o casal, com repercussões na sexualidade. Pode ainda, repercutir na relação com o recém nascido e, em especial, na duração do aleitamento materno.

Um conflito desse tipo, que muitas vezes não passa pelo consciente, pode explicar a persistência, em várias mulheres, de um discurso sobre o desmame que coloca a responsabilidade do fim da amamentação no bebê: “Ele largou o peito, não quis mais”.

O nascimento de um filho e a passagem para a dimensão de “pais” é um fator reconhecido por diversos autores como tendo um efeito sobre a sexualidade do casal. O aleitamento materno pode, como vimos, intensificar tais mudanças, por trazer inúmeros conflitos nos planos psicológico e relacional. O reconhecimento de tais questões é o primeiro passo que nos permitirá, não resolver esses conflitos, mas melhor trabalhar com eles.

Sabendo que a maternidade e a sexualidade são construídas e moldadas, segundo os interesses sociohistóricos e culturais de cada época, buscamos rever o percurso feminino ao longo dos tempos, o evoluir e desenrolar das percepções e significados atribuídos ao papel e ao corpo das mulheres/mães nas diferentes sociedades.

Embora muito tenha mudado na atualidade, com mulheres atuando de formas mais ativas e livres, nas esferas públicas e privadas, a maternidade ainda é vivida como sinônimo de dedicação, doação e sacrifício em nome da criança e da atenção aos seus cuidados. Refletindo na adequação de suas outras funções a materna e a amamentação, a esfera sexual significa

relacionar-se como é possível, dividindo-se entre o ser mãe e mulher, buscando mediar e conciliar papéis.

Como profissionais que assistem as mulheres no período gravídico-puerperal, este estudo nos convida a re-pensar nossa prática, re-avaliando nosso discurso que mesmo desejando uma aproximação da mulher, núcleo da experiência de amamentar, ainda se fundamenta e encontra-se centrado nas técnicas e benefícios dessa prática para a mãe e à criança. Constatamos a necessidade de incluir os significados e os sentimentos que a maternidade desperta em cada mulher individualmente e como isso pode ou não vir a interferir no exercício de sua sexualidade, por elas entendidas e vivenciadas na relação sexual com o parceiro.

Os profissionais devem assistir as mulheres/mães na totalidade, de uma posição menos distanciada e mais empática, podendo assim escutá-las e fazendo dessa aproximação uma forma de auxiliá-las a interpretar seus sentimentos desejos, reações e manifestações diante da maternidade, a amamentação e sua sexualidade. Todos estes sentimentos são expressos nas relações consigo mesma, com o parceiro e com a criança.

Incentivá-las a pensar e elaborar o significado consciente da maternidade, da amamentação e da sexualidade inscritas em seu corpo e vivenciadas, muitas vezes, como este estudo demonstra em suas mamas, como fonte de alimento à criança, mas também como fonte de prazer e excitação sexual para si e para seu parceiro. Mas, contudo, não esquecendo o significado do leite materno, podendo auxiliá-las na transformação e na desmistificação de suas percepções ideológicas a respeito das funções de Ser Mãe e Mulher como algo difícil de ser conciliado e vivido de forma satisfatória.

Apesar de aprofundar os conhecimentos sobre a interface entre experiência de amamentar e sexualidade feminina, este estudo, não se apresenta de forma estanque e fechada, ao contrário, abre espaço, suscita mais dúvidas e questionamentos a respeito do processo estudado e sinaliza para a possibilidade ou necessidade de outras investigações que considerem a vivência da sexualidade na maternidade.

Finalizo minhas considerações com a certeza de que este trabalho propiciará aos profissionais que assistem as mulheres, seus parceiros e suas famílias, no período gravídico-puerperal, mais especificamente, na fase de lactação, uma nova visão, embasada na ótica das mulheres/mães/nutrizes, agentes desse processo.

REFERÊNCIAS

ABUCHAIM, Erika de S.V. **Vivenciando a Amamentação e a Sexualidade na Maternidade: Dividindo-se entre Ser Mãe e Mulher.** 2005. Tese – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, 2005.

ARANTES, Cássia I.S.. Amamentação – **Visão das mulheres que amamentam.** Jornal de Pediatria, 1995.

BERENSTEIN, Eliezer – **A sexualidade no ciclo Gestatório/ Puerperal.** 2000. <<http://www.clubedobebe2000.htm>> Acessado em março de 2010.

BRASIL, **Ministério da Saúde, Programa Nacional de incentivo ao Aleitamento Materno.** Brasília, Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, 1991.

CÔRREA, Sônia e PORTELLA, Ana Paula – **Percursos da Sexualidade.** 2ª ed. Recife: SOS Corpo, 1994.

FATTINI e DANGELO – **Anatomia Humana, Sistêmica e Segmentar.** 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 1992

FERREIRA, A.B.H. – **Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa.** 3º ed- Rio de Janeiro, Nova Fronteira; 1999.

FIGUEIRREDO, Nébia M. A. de – **Um fantasma na ópera do cuidado – A sexualidade, a difícil questão de abordagem na enfermagem.** 8ª SEMPE, Ribeirão Preto/SP, 1995.

FOUCAULT, Michel – **História da Sexualidade I: a vontade de saber.** 11ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1993.

GUYTOM, Hall – **Fisiologia Humana e Mecanismos das Doenças.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

GRUPO CERES – **Espelho de Vênus – Identidade social e sexual da mulher.** São Paulo: Brasiliense, 1981.

JUNQUEIRA, Patrícia – **Amamentação, hábitos orais e mastigação, orientações cuidados e dicas.** Rio de Janeiro: Revinter, 1999.

LANGER, M. – **Maternidade e Sexo.** 1ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

MARTIN, Claire e KREBS, Nancy F. – **Guia prático de amamentação.** 3ª ed. Rio de Janeiro: Campus, 2001.

MINAYO, Maria Cecília – **Pesquisa Social.** 6ª ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

REGO, José Dias – **Aleitamento Materno: um guia para pais e familiares.** 1ª ed. São Paulo: Atheneu, 2002.

REGO, José Dias – **Aleitamento Materno.** 1ª ed. São Paulo: Atheneu, 2002.

SANDRE, Gilza Pereira – **Amamentação e sexualidade.** Revista de estudos feministas. Porto Alegre, v. 11, n.2 Julho a Dezembro de 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acessado em 25 de Março de 2010.

SILVA, Isília Aparecida – **Amamentar: uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios.** 1ª ed. São Paulo: Robel Editorial, 1997.

SIQUEIRA, Sueli – **O trabalho e a pesquisa científica na construção do conhecimento.** 2ª ed. Governador Valadares: Univale, 2005.

SCHIMITZ, E.M – **A Enfermagem em Pediatria e Puericultura.** Rio de Janeiro, 1989.

TEDESCO, Júlio de A – **A Grávida – Suas indagações e as dúvidas do obstetra.** São Paulo: Atheneu, 1999.

VALDES, V – **Manejo Clínico da Lactação. Assistência a nutriz e ao lactente.** Rio de Janeiro, 1996.