



Universidade Católica do Salvador
Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação
Mestrado em Família na Sociedade Contemporânea

ANDRÉIA SEVERO CESARINO

**(AMA)MENTAR: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E
FAMILIARES DE PROFISSIONAIS ENFERMEIRAS DE UMA
MATERNIDADE SOTEROPOLITANA**

Salvador
2013

ANDRÉIA SEVERO CESARINO

**(AMA)MENTAR: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E
FAMILIARES DE PROFISSIONAIS ENFERMEIRAS DE UMA
MATERNIDADE SOTEROPOLITANA**

Dissertação apresentada à Universidade Católica do Salvador como requisito para obtenção do título de Mestre em Família na Sociedade Contemporânea.

Orientadora: Dra. Vanessa Ribeiro Simon Cavalcanti

Salvador,
2013

UCSal. Sistema de Bibliotecas

C421 Cesarino, Andréia Severo.
(Ama)mentar: representações sociais e familiares de profissionais
enfermeiras de uma maternidade soteropolitana/ Andréia Severo Cesarino. –
Salvador, 2013.
106 f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica do Salvador.
Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação. Mestrado em
Família na Sociedade Contemporânea.
Orientação: Profa. Dra. Vanessa Ribeiro Simon Cavalcanti.

1. Amamentação 2. Representações Sociais – Enfermeiras Obstetras
3. Família – Amamentação I. Título.

CDU316.356.2:618.6

TERMO DE APROVAÇÃO

Andreia Severo Cesarino

(AMA) MENTAR: Representações Sociais e Familiares de Profissionais Enfermeiras de uma Maternidade Soteropolitana

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Família na Sociedade Contemporânea da Universidade Católica do Salvador.

Salvador, 29 de julho de 2013.

Banca Examinadora:



Dr(a). Vanessa Ribeiro Simon Cavalcanti
Orientador (a)



Dr(a). Dulce Maria Pereira Garcia Galvão – **Suplente**
(Escola Superior de Enfermagem de Coimbra)



Dr(a). Claudia de Faria Barbosa - **(IFBA)**



Dr(a). Miriã Alves Ramos Alcântara - **(UCSal)**

AGRADECIMENTOS

À Prof^a. Dr^a Vanessa Ribeiro Simon Cavalcanti, que durante toda essa jornada, acreditou neste trabalho, orientando-o de maneira amorosa e acolhedora. Compreendendo minhas angústias, e os meus diferentes momentos. Sendo, porém, ética e profissional quando necessário. Muito obrigada, por ser muito mais que uma mestra, uma amiga. A você, toda a minha admiração e respeito.

À minha pequena Giovanna, que ilumina todos os meus dias. Eu te amo.

Para Giovanni, meu marido, amigo e cúmplice. Por ser meu porto seguro. Obrigada por fazer parte da minha vida.

À Lúcia (mãe) e Ayalla (irmã), por estarem presente em todos os momentos. Obrigada pela torcida.

Ao meu pai, obrigada.

À minha família (avó, tios e primos), pelo carinho e atenção nesses últimos momentos.

Aos docentes do Programa de Pós-graduação em Família e na Sociedade Contemporânea, da Universidade Católica do Salvador. Obrigada por ampliar meus horizontes.

Aos meus amigos do mestrado, Nathalie, Arianna, Ieda e Marcelo. Pelos momentos de dúvidas e incertezas serem âncoras de apoio e sustentação.

Aos amigos, por entenderem as minhas ausências. Por permanecerem próximos para os meus desabafos.

À Enfermeira Rita Calfa, por confiar e permitir este sonho.

Às enfermeiras/obstetras que aceitaram participar deste estudo, revelando suas vivências sobre a amamentação. Obrigada por acreditarem neste trabalho.

“Agradeço todas as dificuldades que enfrentei;
não fosse por elas, eu não teria saído do lugar.

As facilidades nos impedem de caminhar.

Mesmo as críticas nos auxiliam muito”.

Chico Xavier

Cesarino, Andréia Severo.(Ama)mentar: representações sociais e familiares de profissionais enfermeiras de uma maternidade soteropolitana/ Andréia Severo Cesarino. – Salvador, 2013. 106 f. Dissertação (Mestrado) Família na Sociedade Contemporânea. Universidade Católica do Salvador.

RESUMO

A amamentação é um assunto que se ramifica entre mitos e símbolos. Trata-se enfim, de uma interseção entre a determinação natural e o condicionamento cultural. As grandes mudanças ideológicas que aconteceram desde a origem dos seres humanos, fizeram a prática da amamentação flutuar entre o repugnante/inaceitável, e o ideal/aclamado pela sociedade. Desses paradigmas alguns continuam fazendo parte da história atual, por se perpetuar entre gerações. Sendo a família a instituição essencial na vida do indivíduo, neste fenômeno social, ela consegue influenciar a mulher no puerpério e na fase de nutriz – momento de vulnerabilidades e incertezas decorrentes do medo de errar. A amamentação envolve temas ligados à mulher como o seu corpo, a libertação, casamento, espaço público/privado. Temas que são elencados, e acabam determinando tal prática. Esta pesquisa tem como objetivos compreender as Representações Sociais das enfermeiras obstetras sobre a amamentação e o modo como elas reelaboram sua forma de assistir outras mulheres que enfrentam o processo do aleitamento. São descritas, portanto, experiências frustrantes e vitoriosas que permeiam a amamentação. A partir do suporte das Ciências Humanas, foram entrevistadas oito mulheres/enfermeiras-obstetras/mães, que vivenciaram o aleitamento materno independente do tempo efetivo dessa prática, e que trabalham com Saúde da Mulher em uma Maternidade Pública da cidade de Salvador-Bahia. É um estudo com abordagem qualitativa, sendo utilizada para a coleta dos dados, uma entrevista semiestruturada. Das entrevistas procurou-se focalizar nas narrativas o modo como aconteceu a gravidez, o processo de amamentação e como a família interagiu com todos esses acontecimentos. Os resultados evidenciaram que as entrevistadas vivenciaram grandes dificuldades no início da amamentação: algumas com frustração por não realizar, outras com vitórias. Não houve, porém, o aleitamento materno exclusivo por seis meses como preconizado. As famílias possuíram um papel fundamental, como rede de apoio a esta prática, incentivando o aleitamento materno ou desestimulando-o. A Representação Social da amamentação para este grupo é intrínseca ao amor materno e à maternidade.

Palavras-chave: Amamentação. Representações Sociais. Enfermeiras/Obstetras. Família.

Cesarino, Andreia Severo. (A) tices: social representations and family of professional nurses in a maternity soteropolitana / Andreia Severo Cesarino. - Salvador, 2013. 106 f. Thesis (Master) Family in Contemporary Society. Catholic University of Salvador.

ABSTRACT

Breastfeeding is a subject that branches between myths and symbols. Anyway determining an intersection between natural and cultural conditioning. Major ideological changes have happened over the origin of man, which made breastfeeding, floating between the disgusting / unacceptable to the ideal / acclaimed company. Some of these paradigms are still part of the current story, by perpetuating intergenerational. Being the family institution essential to the life of the individual, this social phenomenon, it can influence women postpartum and lactating phase, moment of vulnerability, uncertainty with fear of making mistakes. Breastfeeding involves issues related to women as: body, liberation, marriage, public space / private. Themes that are listed, and end up determining such practice. This research aims to understand the social representations of midwives about breastfeeding as they rework their way to watch other women who face the process of breastfeeding. Therefore, we describe here frustrating experiences and victorious, that permeate breastfeeding. From a support of the humanities, were interviewed eight-women/nurse-midwives/moms, who experienced breastfeeding regardless of the effective time of this practice, and working with MS in a public maternity hospital in Salvador, Bahia. Study with a qualitative approach to data collection using semi-structured interview. Interviews sought to focus during the narratives about how pregnancy occurred, the nursing process and how the family interacted with all of these events. The results showed that the interviewees experienced great difficulties in breastfeeding initiation: a frustration with not performing, with other victories. However, there was no exclusive breastfeeding for six months as recommended. Families possessed a key role, as a network to support this practice by encouraging or discouraging breastfeeding. The social representation of breastfeeding for this group is intrinsic to the maternal love and motherhood.

Palavras-chave: Breastfeeding. Social Representations. Nurses/Obstetricians. Family.

LISTA DE SIGLAS

COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
IHAC	Incentivo do Hospital Amigo da Criança
INAM	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MF	Movimento Feminista
MS	Ministério da Saúde
MTB	Maternidade Tsylla Balbino
ODM	Objetivos do Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNIAM	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
PSF	Programa Saúde da Família
SM	Saúde da Mulher
SESAB	Secretaria Estadual de Saúde da Bahia
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRS	Teoria das Representações Sociais
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 O CAMINHAR METODOLÓGICO	21
2.1 A CONCRETIZAÇÃO DESTE ESTUDO.....	23
3 TEMPOS HISTÓRICOS: UM MERGULHO AO PASSADO E O ENCONTRO DE DETERMINANTES NA INFLUÊNCIA DO PRESENTE E FUTURO.....	25
3.1 CONSTRUINDO E DESCONSTRUINDO PARADIGMAS SOBRE A AMAMENTAÇÃO.....	25
3.2 A AMAMENTAÇÃO E SUAS NUANCES NO BRASIL: DA COLÔNIA AO SÉCULO XXI.....	37
3.3 SÉCULO XX, MOMENTO DE ARCABOUÇO LEGAL EM DEFESA SUPREMA DA AMAMENTAÇÃO.....	43
4 A FAMÍLIA E A AMAMENTAÇÃO: CONTINUIDADES E DESCONTINUIDADES.....	52
4.1 RELAÇÃO MÃE/FILHO: A AMAMENTAÇÃO COMO CONSTRUÇÃO DO VÍNCULO.....	54
4.2 AMAMENTAÇÃO E OS CONFLITOS GERACIONAIS.....	57
4.3 MULHER, ENFERMEIRA, ESPOSA, E MÃE.....	59
5 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: CONSTRUINDO PAPÉIS, NATURALIZANDO RELAÇÕES.....	64
6 QUANDO AS ENFERMEIRAS OBSTETRAS FALAM... RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	70
Clarice Lispector.....	70
6.1 DANDO VIDA ÀS PERSONAGENS: QUEM SÃO AS ENTREVISTADAS.....	71
6.2 ENFERMEIRAS: ENTRE TEORIA E PRÁTICA.....	73
6.3 AMAMENTAÇÃO: O DISCURSO DE UMA HERANÇA FAMILIAR.....	79
6.4 REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA AMAMENTAÇÃO: TRAJETÓRIAS, VIVÊNCIAS E CONTRADIÇÕES.....	87

7.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	93
REFERÊNCIAS	96
APÊNDICES	105
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	105
APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA	106

1. INTRODUÇÃO

“Onde você vê um obstáculo,
 alguém vê o término da viagem
 e o outro vê uma chance de crescer.
 Onde você vê um motivo pra se irritar,
 Alguém vê a tragédia total
 E o outro vê uma prova para sua paciência.
 Onde você vê a morte,
 Alguém vê o fim
 E o outro vê o começo de uma nova etapa...
 Onde você vê a fortuna,
 Alguém vê a riqueza material
 E o outro pode encontrar por trás de tudo, a dor e a miséria total.
 Onde você vê a teimosia,
 Alguém vê a ignorância,
 Um outro compreende as limitações do companheiro,
 percebendo que cada qual caminha em seu próprio passo.
 E que é inútil querer apressar o passo do outro,
 a não ser que ele deseje isso.
 Cada qual vê o que quer, pode ou consegue enxergar.
 "Porque eu sou do tamanho do que vejo.
 E não do tamanho da minha altura.”
 Fernando Pessoa, [1912-1935].

A amamentação é uma temática antiga, complexa e conflituosa. Historicamente através de pesquisas sobre alimentação infantil, verificou-se que a amamentação exclusiva nunca aconteceu universalmente. A amamentação como um fenômeno que transita entre a natureza e a cultura foi ao longo de sua história moldada pela sociedade. Compreendendo que esta temática apresenta diversas nuances que a acompanha, é a(o) enfermeira(o), o profissional de saúde que presta a assistência diretamente à puérpera, ajudando, orientando e incentivando na prática da amamentação. Partindo deste pressuposto, objetivou-se nesta dissertação realizar um estudo com enfermeiras obstetras e suas experiências com a amamentação. O objetivo geral deste estudo é analisar a representação social da amamentação para as enfermeiras obstetras.

A amamentação é concebida pela sociedade como ato inerente da natureza humana, tornando-se, portanto, inconcebível ou animalesco qualquer atitude que seja contrária a essa normatização. Contudo, no momento em que profissionais de saúde, dentre eles as(os) enfermeiras(os) assistem ao binômio mãe-filho na amamentação, emergem valores morais e

culturais que transformaram a amamentação na expressão de amor, cuidado e proteção ao recém-nascido, culminando em uma analogia ao amor materno. Porém, algumas mulheres não querem ou apresentam dificuldades em amamentar, atreladas à gravidez, à relação com o pai da criança, à rede de apoio familiar, à relação e ao significado estabelecido pela criança, a experiências anteriores ou a história de vida (NASCIMENTO *et al.*, 2005). Esse ponto pode ser uma situação conflituosa entre a ação da enfermeira obstetra e a resistência materna, podendo causar um distanciamento entre a mãe, o filho e a(o) enfermeira(o). Entende-se que a amamentação não é só ofertar o seio e nutrir o bebê, esse ato é mais amplo, pois ocorrem bilateralmente, trocas, estímulos, consolidação das relações afetivas transformando-as em vínculos sólidos, e ajudando no favorecimento da saúde mental saudável do bebê (WINNICOTT, 1999). Como as enfermeiras ressignificam suas experiências com a amamentação, ajudando estas mulheres e demais enfermeiros e colegas de profissão a assistirem essas mulheres, sem causar o que Winnicott (1999) chama de “intromissão perniciososa” que atrapalhe este vínculo.

As enfermeiras obstetras quando se tornam mães, optam ou não por amamentar, mas quando decidem amamentar, vivenciam uma experiência única. Neste momento, elas se desnudam do invólucro da profissão e, no momento do puerpério, sentem-se frágeis e vulneráveis como todas as outras mulheres (NASCIMENTO *et al.*, 2005). Contudo, essas experiências de amamentação visualizadas por enfermeiras obstetras quando socializadas e trabalhadas com os demais enfermeiros, a partir de suas representações, podem ajudar e dar segurança às mães em suas decisões.

A amamentação e a maternidade é, nessa sociedade, um ato de renúncia da mulher em prol do(s) filho(s). A relação do amor materno como naturalização da mulher/mãe é uma ideologia social que Badinter (1985) faz questão de quebrar o paradigma que induzia a uma reflexão, antes encapsulada pelo contexto social da época e pela divindade exotérica concebida na mulher/mãe/nutriz. A partir desse tripé, o jargão “quem ama, amamenta”, torna-se símbolo social de pressão e opressão feminina.

O amor materno pode ser reduzido à amamentação? Conforme Venâncio (2006), o amor materno está atrelado a momentos históricos e contextos sociais diversos: em 1685, a manifestação de amor aos seus filhos era ofertar a eles um cuidado até os sete anos; já para as classes menos favorecidas o abandono das crianças em rodas ou para outras famílias o criarem também era considerado uma prova de amor materno. O amor, mesmo sendo um sentimento, está também sujeito aos valores que os sujeitos envolvidos apresentam para a sociedade.

As definições trazidas por dicionários sobre amor, mãe e corpo, para o entendimento de um fenômeno como a amamentação precisam ser compreendidos para além das barreiras das páginas limitadas e expandir-se para o contexto social com os valores que imperam nesse momento histórico. Para Winnicott (1999), a amamentação é um ato natural, entretanto, deve-se compreender e entender a vontade da mulher em desejar fazê-la ou não. O ideal seria preservar a relação mãe/filho sem permitir que a mulher sentisse culpa pela decisão.

A amamentação se naturaliza, pois é desencadeada no corpo feminino após o processo de gravidez e parto. Entretanto, é socialmente construído partindo dos significados impressos pela sociedade para cada um dos componentes que formam esse fenômeno. Sendo assim, durante o decorrer da história, a amamentação atravessou oscilações favoráveis contrárias a essa prática e outras, variando com os significados da sociedade para com o fenômeno amamentar.

Nos momentos históricos aos quais a amamentação fora desestimulada, não havia ênfase na criança como ser humano, pois sua morte era comum por conta das altas taxas de mortalidade infantil. A partir do século XIX, a criança alcança *status* de centro das atenções e proteção, com a estimulação e a indução da amamentação acompanhando o discurso do seu bom desenvolvimento, para a diminuição de taxas de mortalidade, o fortalecimento do vínculo entre o binômio (mãe/filho), um aporte psicológico no progresso da inteligência (BADINTER, 2011). Estudos como o de Rea (2004), descreveram os seguintes benefícios para as mulheres que realizam a amamentação: diminuição dos índices de câncer de mama e ovário, redução de algumas fraturas, recuperação do peso pré-gestacional. As mulheres, cientes de tais benefícios, continuaram procurando alternativas para nutrir seus filhos.

Muitas foram as alternativas utilizadas para substituir a amamentação, contudo a mais eficaz para o desenvolvimento e sobrevivência das crianças nas épocas passadas eram as amas de leite, presentes por um considerável espaço temporal, amamentando filhos de outras mulheres. A depender da relação entre os indivíduos, as amas de leite exerciam esta prática como um ofício remunerado, e em outras condições, eram obrigadas a abandonar seus filhos para cuidarem dos filhos dos outros (MARTINS, 2012). Entretanto, independente dos motivos, sendo remuneradas ou escravizadas (como no Brasil), as amas de leite viam nesta atividade uma forma de ascensão social, pois modificavam mesmo que temporariamente em alguns casos, as distâncias estabelecidas entre as classes e entre a cultura em uma sociedade estratificada.

No Brasil Colônia, a existência das amas seguia os costumes europeus, uma vez que elas continuavam a ser a primeira escolha das mulheres, como uma alternativa da

amamentação. Porém, as relações ganhavam um toque nacional, visto que a escravidão, sob o estereótipo eurocêntrico, era a relação que separava a raça branca dominadora e superior e os negros, que eram criaturas inferiores e domesticadas. Ao longo do tempo, mudanças ocorridas no contexto histórico do Brasil, como a abolição da escravatura, afetaram a vida da população e transformaram algumas práticas antes obrigadas em atividades remuneradas, mas a presença das amas permanecia.

A amamentação é um assunto que se ramifica, por meio de mitos e símbolos, estabelecendo enfim, uma interseção entre a determinação natural e o condicionamento cultural. Posteriormente no Brasil, no século XIX, devido às ações do Movimento Higienista¹ a amamentação torna-se uma obrigação social e moral da mulher, uma vez que foram elencados diversos benefícios para as crianças, para as mães e para o Estado no que tange à redução de gastos econômicos com tratamentos e medicações para as crianças (ALMEIDA, 1999). Entretanto, objetivava-se também com este discurso, o retorno da mulher ao espaço privado.

Após tentativas exaustivas esse movimento de incentivo não logrou êxito e não houve aumento das taxas de amamentação. O Ministério da Saúde (MS), para tentar sanar esse problema, criou programas e manuais para ajudar as mulheres a amamentar, tendo os profissionais de saúde e as(os) enfermeiras(os) como mediadores. No entanto, essas ações continuam sendo limitadas, haja vista o Brasil ser um país vasto e heterogêneo, em que as ações eram reduzidas ao campo do biológico, e ao tecnicismo que há no manejo desta prática (SILVA, 1997). Concomitantemente, no âmbito internacional, em 2000, foram estabelecidas pela ONU (Organização das Nações Unidas), 8 metas identificadas como “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio” (ODM), que aspiram a diminuição da fome e pobreza no mundo. O Brasil, tomando como base essas metas e analisando sua extensão em problemas internos, realizou estratégias para poder alcançar as metas da ONU, objetivando reduzir principalmente em dois terços as Taxas de Mortalidade Infantil - Número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos. (BRASIL, 2008).

Em 2008, o MS lança a Rede Amamenta Brasil:

É uma estratégia de promoção, proteção e apoio à prática do aleitamento materno na Atenção Básica, por meio de revisão e supervisão do processo de trabalho interdisciplinar nas unidades básicas de saúde, apoiada nos princípios da educação

¹ Movimento Higienista apresentava a proposta focada na Saúde Pública, portanto, iniciando uma série de condutas comportamentais para a busca do equilíbrio e da manutenção da boa saúde (GOIS JÚNIOR *et al.*, 2007).

permanente em saúde, respeitando a visão de mundo dos profissionais e considerando as especificidades locais e regionais com a estratégia de reformulação. (BRASIL, 2008).

As(os) enfermeiras(os) orientaram técnicas sobre a amamentação, repassando as diretrizes da amamentação exclusiva por seis meses de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a realizar a ordenha e o armazenamento do leite materno. Entretanto, a adesão continua aquém das metas, pois as mulheres retornam para suas casas com obstáculos que nenhuma esfera do governo consegue ou intenta suprir, haja vista que tais problemas não são mencionados nem pela OMS, nem pelo MS ou pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), apesar de sua existência, e esses impactarem diretamente no desmame precoce (SOUZA, SOUZA & TOCANTINS, 2009). Os profissionais de saúde sabem dessas barreiras, mas não há preparo ou suporte governamental para trabalhar com essas questões, acarretando o não-debate na agenda estatal e, conseqüentemente, uma lacuna permanente.

Entretanto, o árduo trabalho de incentivar a amamentação torna-se de certa forma utópico, quando há um índice elevado de desmame por parte dessas profissionais, como ilustram os dados nacionais apresentados: “as mulheres entrevistadas optaram pelo parto cirúrgico sem indicação clínica e que 71,4% introduziram leites industrializados antes do sexto mês de vida do bebê” (ALMEIDA, 2004, p.121).

É uma mudança de enfoque quando se aborda a amamentação, não cabendo mais aos profissionais reproduzirem o discurso de ordem técnica e biológica, ademais dos fatores que compõem o fenômeno, como se isso influenciasse ou transformasse essa complexidade em uma naturalização do gênero humano. Sendo assim, os profissionais de saúde precisam moldar-se a essa realidade mais contundente.

Rezende afirma que

A mulher é uma pessoa, e como tal deve ser cuidada, isto é, preservando-se e fortalecendo-se sua capacidade de decidir, que em suma é a primeira premissa exposta de modo concreto. Cuidar da mulher como pessoa significa fazê-lo tendo um parâmetro humano, tal como advogado por ROGERS (1983, 1991). Na situação específica com a qual estamos lidando - a de amamentação - isto significa dar à mãe todas as informações possíveis sobre amamentação e ajudá-la durante todo o processo, sem nunca julgá-la tendo sempre em mente que cada uma das mães tem peculiaridades que a tornam única. 2. A mulher é a pessoa central no processo de amamentar. Como tal deve ser tratada pelo profissional de saúde. 3. A mulher precisa de circunstâncias sócioambientais adequadas para conseguir amamentar e é dever da sociedade provê-los. Trata-se, basicamente, das condições de que necessita como trabalhadora, mãe e nutriz. (REZENDE, 2000, p.228).

Para compreender a amamentação é preciso sair desse campo hermeticamente limitado ao biológico, expandindo esse olhar para as ciências humanas, vertente que aprofunda os

discursos no meio social. A mulher deve receber uma assistência à saúde que a permita exercer seu direito ou gozo de realizar uma relação com seu filho sem pressão ou imposições. Para tanto faz-se necessário situar essa mulher no centro do processo, enquanto personagem, que faz e sofre a ação (REZENDE, 2000). Investigações importantes sobre a amamentação como as de Galvão (2006) e de Silva (1997) concluíram que o núcleo da amamentação é formado pelo binômio mãe-filho; todavia, para que este fenômeno aconteça, conforme o preconizado pela OMS é fundamental que a mulher tenha uma rede de apoio e, principalmente, que o pai da criança e a mãe da mulher dêem subsídio para que o ato suceda.

Os fatores socioeconômicos e ambientais sustentam a amamentação como uma possibilidade. Para melhor compreensão da Representação Social da amamentação em um grupo de mulheres, enfermeiras obstetras, é pertinente realizar um resgate histórico desse fenômeno e as oscilações entre os papéis dos indivíduos envolvidos e a função da família.

Nossas experiências e ideias passadas não são experiências e ideias mortas, mas continuam a ser ativas, a mudar e a infiltrar nossas experiências e ideias atuais. Sob muitos aspectos, o passado é mais real que o presente. O poder a claridade peculiares das representações sociais – deriva do sucesso com que elas controlam a realidade de hoje através da de ontem e da continuidade que isso pressupõe. (MOSCOVICI, 2007, p. 37-38).

Os discursos vinculados pela sociedade apresentam como pano de fundo as evidências do retorno ao patriarcado, no qual as mulheres deveriam ser boas mães contidas nos espaços privados (casas), amamentando e cuidando dos filhos – paradoxalmente há uma ideologia que a amamentação desgasta os corpos femininos, e esse é um dos motivos que faz com que algumas mulheres decidam não amamentar (BADINTER, 2011). A amamentação e o corpo feminino são temáticas indissociáveis. Dizer como a mulher deve caminhar e desenvolver a amamentação é adentrar em um espaço de intimidades, pudores e também de violência. O corpo feminino, ao longo dos tempos, esteve envolto por imaginações, fetiches, dicotomias entre prazeres e pecados. Durante o processo da amamentação, prática feita com e pelo corpo, especificamente pelo seio, órgão de feminilidade, em uma atitude de doação e entrega, transitoriamente é como se esta parte do corpo pertencesse a outro ser que tem vontades variadas por momentos indefinidos, esse corpo como um todo não mais segue a vontade da mulher. O ato de amamentar elucida questões paradoxais entre nutrição de um filho ou manutenção do corpo belo e, nessa balança, a prioridade sempre esteve relacionada à cultuação do corpo. E esse corpo hoje mais evidenciado que nunca “está se libertando para ser destacado e valorizado” (SANT’ANNA, 2003, p. 03).

Quando se pretende estudar fenômenos sociais, assim como outros assuntos delicados e importantes para a construção do indivíduo, como a amamentação, a família é uma temática central. É nesse ambiente privado que essa prática acontece ao influenciar os demais membros da família e sendo influenciada por experiências das gerações. São nas relações familiares que se perpetuam valores e crenças (PETRINI, 2003). A família é um elemento imprescindível como apoio para a mulher “família como rede de apoio primária, desempenha papel central e indispensável” (LIMA *et al.*, 2012, p. 245). Contudo, a família pode também ser um elemento que desestime a mulher.

A mulher foi um dos integrantes da família, em que as mudanças ocorridas mundialmente, mais impactaram em seu papel no meio público e privado. “As mulheres foram essencialmente as responsáveis diretas pelas mudanças e contribuições para os avanços da sociedade rumo à pós-modernidade, sem desigualdade, sem violência e com justiça social” (CAVALCANTI, 2005, p. 86). Antes donas de casa, passaram a entrar no mercado de trabalho remunerado, ganharam liberdade sexual, controlando a sua fecundidade e chegando ao auge da revolução e independência. Tais transformações ocorreram sem um preparo da sociedade e até delas próprias, e mesmo com todo o desenvolvimento da mulher e de sua entrada no mercado de trabalho, impactando a dinâmica do núcleo familiar, ela adquiriu agregação de ocupações e responsabilidades.

Reconhece-se o surgimento de avanços tecnológicos para acompanhar essa nova conjectura familiar, no entanto, a gestação continua sendo a única forma de perpetuação da espécie, mesmo que a sobrevivência posterior não dependa única e exclusivamente da amamentação, para isso há os alimentos artificiais, os quais as indústrias de produção de alimentos lácteos direcionam um grande marketing (BADINTER, 1985, 2011). A mulher ainda é induzida, ou melhor, condicionada, a amamentar e culpabilizada por qualquer problema relacionado à criança durante a fase lactante, tornando-se responsável, ao permitir, que o fator culpa a oprima (NAKANO; MAMEDE, 1999).

As diversas funções que a mulher assume são sobrepostas e permanentes – ser mulher, mãe e esposa – caminham em paralelo com sua vida profissional. Para Badinter (2011), as mulheres hoje trabalham e escolhem profissões, primeiro por uma questão de exigência da sociedade devendo ser produtiva e levando de bônus uma ascensão social; segundo, porque as famílias se constroem baseadas na renda do casal, logo há uma dependência econômica do trabalho remunerado delas. As mulheres se iniciaram no mercado de trabalho em profissões como a enfermagem que é e continua sendo uma profissão que faz a extensão do papel da mulher na família, para os hospitais – cuidadora. De acordo com o Conselho Federal de

Enfermagem (COFEN, 2011), o número de enfermeiras do sexo feminino é de 88,02%. A assistência integral, a gestão do cuidar e a educação permanente é o escopo da profissão. O público que a ela se dirigiu em sua maioria também é formado por mulheres (mães, pacientes ou acompanhantes). São elas (enfermeiras) que cuidam de outras mulheres, podendo-se inferir que na prática da educação continuada, os ensinamentos quanto à amamentação, seriam uma atividade tranquila e prazerosa, de cumplicidade e compreensão do fenômeno.

Há que se reconhecer que tal ação não ocorre no cotidiano, pois estas estão rotuladas com as vestes da profissão sendo incapazes de visualizar a mulher de forma holística, impondo diretrizes amarradas sem compreender as especificidades de cada mulher. Conforme Badinter (2011), durante o momento em que as mães permanecem vigiadas e auxiliadas na maternidade, elas amamentam; quando recebem alta hospitalar, o desmame ocorre, comprovando que há uma violência de mulheres sobre mulheres, baseadas, na relação de poder saber dos profissionais de saúde com as mães.

De acordo com Cavalcanti, Barbosa e Caldeira (2012), na contemporaneidade, o parto e a amamentação são fatores determinantes para as mulheres permanecerem como cuidadoras exclusivas de crianças.

A ética do cuidar pode mostrar mais do que representações das experiências sociais e humanas, mas permanências e rupturas que vão se constituindo, especialmente nos campos de interface e cruzamento de categorias – neste texto com maior ênfase às relações intrafamiliares e de gênero. Entretanto, vale uma ressalva: os debates entre natureza e cultura e, sobretudo, reproduzir a noção de desigualdade entre gêneros e confirmar a máxima de que o cuidado é virtude feminina (essencializada e perpetuada) podem servir para manter as mulheres no lado mais vulnerável da relação de gêneros e inibir a promoção da ética do cuidado em contraposição à ética da justiça (CAVALCANTI, BARBOSA & CALDEIRA, 2012, p. 200).

As questões de gêneros conseguem permanecer tatuadas nas diferenças sexuais no que tange os papéis incorporados por pais e mães no meio privado, na medida em que as mães assumem o cuidado e a proteção dos filhos independente das horas já trabalhadas fora de casa, e ainda normalmente, recebem salários inferiores aos dos homens. Já os pais, costumam organizar seu tempo e prever quando e quanto tempo ficam com seus filhos. De acordo com Carvalho *et al.* (2012), em sua pesquisa com crianças totalmente dependentes, as personagens que mais se destacam são as mães e as mulheres cuidadoras; os pais estariam mais presentes em atividades de lazer e conveniência e conforme seus achados, existe sim uma repartição do cuidado, contudo isto não ocorre para todas as categorias.

Após a formação como bacharel em Enfermagem, esta autora atuou em uma Maternidade Pública, onde apresentou inicialmente dificuldades, por não ser especialista em

Saúde da Mulher (SM). Após alguns meses voltou sua assistência para ajudar e orientar mães a amamentarem, acreditando ser o setor mais tranquilo da maternidade porque entendia a amamentação como parte da essência feminina na maternidade. Anos mais tarde engravidou e passou pela experiência de amamentar. Afirma que esse foi o momento mais delicado de sua maternidade. Um ato que parecia ser simples e natural, pelo menos visto de fora, na verdade era complexo e difícil.

A autora concorda com Rezende (2000, p.227) quando afirma que “as mães enfermeiras, no caso da primeira maternidade, vivem uma angústia em termos de amamentação, por cobrarem de si mesmas, elevados padrões de desempenho”. Compreende a amamentação como um fenômeno complexo, seguindo as orientações de Sá (1998), que defende a ideia de que para poder desenvolver uma dissertação sobre fenômenos complexos, é necessário simplificá-los em objetos. Para este desafio, escolheu como metodologia a Teoria das Representações Sociais (TRS), tendo em vista que possibilita organizar esses fenômenos e torná-los inteligíveis. As representações sociais:

se tornam capazes de influenciar o comportamento do indivíduo participante de uma coletividade. É dessa maneira que elas são criadas, internamente, mentalmente, pois é dessa maneira que o próprio processo coletivo penetra, como um fator determinante, dentro do pensamento individual. (MOSCOVICI, 2007, p. 41)

Na prática assistencial às mulheres que amamentam, a autora observa que há ainda uma distância entre enfermeiras(os) e mães, no que permeia as dificuldades com a amamentação. Emerge nesta pesquisa então, como questão norteadora: Qual a representação social das enfermeiras obstetras sobre suas experiências com amamentação?

Os objetivos específicos desta dissertação são: 1) Analisar as experiências vivenciadas pelas mulheres em seu processo de amamentação através da construção temporal; 2) Discutir o corpo feminino nas questões relacionadas à amamentação; 3) Analisar a relação mulher/enfermeira/mãe sobre a ótica do gênero no fenômeno da amamentação; 4) Identificar como saberes trazidos por gerações familiares de mulheres enfermeiras obstetras sobre a amamentação confrontam os conhecimentos científicos, e como se sucedeu a experiência da amamentação a partir deste entrelaçamento de saberes. Os dados foram conseguidos através de entrevistas semiestruturadas em uma maternidade pública de Salvador/ Bahia na qual há uma dedicação dessas profissionais enfermeiras no incentivo e orientação das mães para amamentação.

A contribuição que este trabalho poderá trazer será a de ajudar as(os) enfermeiras(os) que cuidam de mulheres em estado de amamentação. Ao mesmo tempo em que ampliam seu

campo de visão e, conseqüentemente, expandem a assistência à nutriz de maneira holística, visualizam seus problemas sobre a ótica do gênero, possibilitando a compreensão deles. Entende-se que a decisão de amamentar é exclusiva da mulher, porém, os profissionais de saúde podem proporcionar o que Winnicott (1999), denomina de ambiente facilitador para esta prática sem pressões ou acusação. Objetiva-se ajudar a esses profissionais que se tornaram cuidadores por profissão, a perpassar o estágio do ser enfermeiro e analisar o mundo pelas lentes do social e do real. A partir desse momento de ampliação dos horizontes, fazer com que aqueles que prestam assistência à mulher sobre a temática da amamentação possam vir a ser capazes de adaptar as diretrizes verticalizadas advindas do MS, para sua realidade. Finalmente, entender a criação de estratégias para as mulheres que decidiram sobre o não amamentar, dissociando o discurso do amor materno à amamentação e transformando os preconceitos sobre essa decisão.

2 O CAMINHAR METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória de abordagem qualitativa. Esta abordagem foi utilizada, uma vez que, possibilita uma avaliação ampla dos resultados obtidos.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2004, p. 21-22).

Por se tratar de um trabalho que desejou compreender como aconteceu o processo de amamentação entre enfermeiras e como essa experiência interferiu em sua prática como profissional na assistência direta à mulher que amamenta. Conhecendo todas as informações sobre o processo da amamentação, muitas dessas enfermeiras, assim como as demais mulheres, não realizam a amamentação exclusiva por seis meses, e “nadam contra a maré” de seus próprios ensinamentos.

Pretendeu-se então, estudar a adversidade que é esse processo de amamentar e a sua complexa trama onde a natureza e a cultura se amalgamam. Sendo a amamentação um símbolo do amor materno conforme a ideologia pregada pela sociedade, como mulheres que cuidam de mulheres e conhecem todos os obstáculos e dificuldades que há no processo de amamentar, conseguem ou não transpor esses obstáculos e realizar orientações nesse momento de vulnerabilidade. Foi indispensável sair da esfera tecnicista em que está a Enfermagem atualmente, e partir para o interdisciplinar e intradisciplinar, buscando respostas na Antropologia, Sociologia e Psicologia, lançando mão desses conhecimentos com o intuito de realizar este trabalho estabelecendo um arcabouço teórico capaz de encontrar respostas concisas para o problema. A amamentação enquanto fenômeno social precisou ser contextualizado, quem são os atores envolvidos, o tempo que aconteceu, como isso foi desdobrado, o que limita a Enfermagem, por possuir barreiras que não consegue abranger todas essas nuances, mas apenas executá-las.

A enfermagem trabalha quase que exclusivamente com o indivíduo fragilizado pela doença, ainda mesmo com pesquisas, está muito incipiente no aprofundamento relacional entre profissional e cliente. A assistência pode ser em alguns momentos fragmentada pela região do corpo, quando coloca uma “cortina de fumaça” na percepção holística do ser

humano. Na medida em que fenômenos complexos acontecem e se pretende estudá-los, sua causa ou explicação acompanha a diversidade cultural, social e econômica dos indivíduos que são acometidos. Fez-se, portanto, necessário, transpor disciplinas amarradas à grade curricular, embrionárias nos estudos ao ser humano.

Entendendo que a TRS é construída a partir de fenômenos sociais complexos, dinâmicos e veiculada nos grupos de pertença, permeia outras disciplinas tendo como peculiaridade a transdisciplinaridade que,

Pensando primeiramente na transversalidade das representações sociais, não há dúvida de que, estando situada na *interface* dos fenômenos individual e coletivo, esta noção tem, como aponta Jodelet, a vocação de interessar a todas as ciências humanas. (SPINK, 1993, p.300).

O cenário da pesquisa será a Maternidade Tsylla Balbino (MTB), localizada na periferia de Salvador/Bahia, de caráter público e construída em 1959, para atender mulheres carentes que peregrinavam por diversas instituições em busca de assistência. O acesso foi facilitado pelo fato de esta pesquisadora já haver trabalhado na instituição e as exigências relacionadas aos aspectos éticos foram seguidas.

Essa maternidade é referência em SM com ênfase na assistência ao parto natural, embora realize também parto Cesário, tratamento de alta complexidade para endometriose, pré-natal, cirurgias ginecológicas, dentre outras atividades. Atualmente integra o Projeto Rede Cegonha, programa atual do governo que consiste em fornecer uma assistência de qualidade com todo o aparato à mulher e à criança no período do pré-natal, parto e puerpério (BRASIL, 2011).

A Maternidade Tsylla Balbino (MTB) ainda não faz parte da IHAC, que tem como meta estabelecer a amamentação exclusiva das crianças pelas mães nos primeiros seis meses e a amamentação complementar até os dois anos de vida, objetivando a redução das taxas de mortalidade dessas crianças. As maternidades que recebem o título da IHAC devem realizar os dez passos para promover o sucesso da amamentação.

Na MTB, a enfermeira é a atriz principal na orientação, ensino, persuasão e incentivo de mulheres para a prática da amamentação. As(os) enfermeiras(os) são guiadas pelas propostas do MS, que verticalizam a amamentação como essencialmente vantajosa e benéfica ao binômio Mãe/Filho.

2.1 A CONCRETIZAÇÃO DESTE ESTUDO

As entrevistadas que compuseram este trabalho são enfermeiras que trabalham diretamente com obstetrícia atuando na MTB. Dentre o quadro de enfermeiras foram selecionadas as que: a gravidez aconteceu pelo menos um ano após já atuarem diretamente com a SM no Pré-Natal, Pré-Parto, Parto e Puerpério, e que tivessem passado pela experiência da amamentação, independente do tempo que efetivamente ficaram amamentando. Esta escolha justifica-se, pelo interesse em saber se os conhecimentos científicos foram capazes de fomentar alguma alteração na decisão delas sobre a amamentação.

Estas enfermeiras atuam na MTB, fazem parte do mesmo grupo de pertença. São mulheres que exercem a profissão de enfermagem, possivelmente realizam mais de uma jornada de trabalho (adicionando o trabalho doméstico), realizam assistência no contexto da SM, atendendo mulheres em situação de vulnerabilidade, sob as condições ofertadas pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado da Bahia (SESAB).

Uma cópia do estudo foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Estadual de Saúde Pública da Bahia, via Plataforma Brasil, com o intuito de apreciação e aprovação. Para os participantes do estudo foi solicitada a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), anexado a este trabalho, após uma explanação breve e precisa sobre o objeto da pesquisa. Foi assegurado sigilo dos nomes (o anonimato), e o direito de não participar da pesquisa, ou interrompê-la a qualquer momento, se assim o desejassem, considerando os aspectos éticos e legais da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que regulariza a pesquisa com seres humanos. Para a concretização deste sigilo, os dados das enfermeiras foram substituídos por nomes de deusas de diferentes mitologias que tinham alguma relação com a maternidade.

Para atender aos objetivos propostos pelo estudo foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado (APÊNDICE B) e como recurso as entrevistas foram gravadas após o consentimento das participantes:

Visando apreender o ponto de vista dos atores sociais previsto nos objetivos da pesquisa, o roteiro contém poucas questões. Instrumento para orientar uma “conversa com finalidade” que é a entrevista, ele deve ser o facilitador com abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação [...] (MINAYO, 2004, p.99).

As entrevistas com questionários estruturados, tendenciam a respostas que não condizem com a realidade do entrevistado, porém estas informações sugerem uma reflexão da

situação, ocasionando uma desconfiança, a entrevista torna-se enviesada, e superficial, não permitindo assim maiores detalhamentos das respostas (THIOLLEN, 2002).

Na busca entre a coerência nas técnicas de produção e análise dos dados, a Análise de Conteúdo foi escolhida para compreensão dos discursos, possibilitando ao autor perceber o dito e o não dito, compreendendo assim todas as nuances deste discurso.

A análise de conteúdo se constitui:

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, obter indicadores quantitativos ou não, que permitam às inferências de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens (BARDIN, 1979, p.42).

Ao estabelecer relação de proposição de Bardin (1979), a análise dos dados colhidos a partir de entrevistas foi desenvolvida através dos seguintes passos: pré-análise, leitura flutuante, constituição do corpo, respondendo aos critérios de exaustividade, representatividade até alcançar um consenso, finalizando nas categorias emergentes (empíricas); preparação do material, seleção das unidades de análises; recorte, classificação, codificação, categorização e discussão das categorias.

Didaticamente, para melhor compreensão do leitor, as etapas foram elencadas e enumeradas, distintas, porém estas fases poderão acontecer se entrelaçando a um mesmo momento. A partir do desmembramento do texto em unidades similares, estas serão reagrupadas em categorias, segundo a semelhança dos temas.

3 TEMPOS HISTÓRICOS: UM MERGULHO AO PASSADO E O ENCONTRO DE DETERMINANTES NA INFLUÊNCIA DO PRESENTE E FUTURO.

“Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas ...
 Que já têm a forma do nosso corpo ...
 E esquecer os nossos caminhos que nos levam sempre aos
 mesmos lugares ...É o tempo da travessia ...
 E se não ousarmos fazê-la ...
 Teremos ficado ... para sempre ...
 À margem de nós mesmos...”

Fernando Pessoa

3.1 CONSTRUINDO E DESCONSTRUINDO PARADIGMAS SOBRE A AMAMENTAÇÃO

Este capítulo tem como intuito realizar um levantamento histórico, desde os primeiros achados nas civilizações humanas sobre a amamentação até o século XX, analisando as mudanças desse fenômeno e sua representatividade para a sociedade, sobretudo as alterações ocorridas no binômio (mãe/filho) e no que tange os seus papéis nos diferentes ambientes (no meio público e privado).

De acordo com a classificação dos seres vivos, os indivíduos estão situados no reino animal no grupo dos mamíferos, por apresentarem glândulas mamárias produtoras de leite, que têm como finalidade fornecê-lo como alimento aos seus filhos, até o momento que estes precisem de ingestão de outros suplementos. As crianças ao nascer permanecem conectadas às suas mães, não mais como na vida intrauterina fisicamente através de um cordão umbilical, mas sim, por intermédio de um manancial, seio materno, que a permite desenvolver-se e alcançar as demais etapas. Corroborando com essa assertiva sobre o vínculo mãe/filho:

uma adaptação fundamental da espécie humana, uma necessidade tão básica quanto a satisfação da fome ou da sede. A capacidade de ligar-se ao outro surge, na escala evolutiva, na condição para o desenvolvimento das funções cerebrais superiores, responsáveis por esquemas complexos como a memória, a linguagem e o uso de instrumentos como extensão do próprio corpo. (BOWLBY *apud* LIMA *et al.*, 2012, p.247)

De certo, o ciclo gravídico encerra com o parto, fenômeno que desencadeia diversas transformações corpóreas, psicológicas e sociais na vida da mulher/mãe. A partir do nascimento, o organismo realiza atividades com o intuito de fazer com que esse corpo retorne

ao estágio pré-gravídico. Para ajudar nesse árduo processo fisiológico e entendendo que o outro ser, o bebê, não é capaz de sobreviver, quanto às suas necessidades humanas básicas, a “natureza” atrela as ações em benefícios para o binômio mãe/filho.

A amamentação é um fenômeno híbrido, conceituado por Almeida (2004), como um fenômeno que apresenta essência natural no corpo da mulher, embora este receba influência da cultura tornando-se vulnerável ao modismo flutuante da sociedade. Ao deflagrar uma abrangência epistemológica sobre a amamentação, verifica-se que ela é intrínseca ao corpo físico de um ser para nutrir. Através dessa concepção, a amamentação desencadeia pontos periféricos gerando a intersecção entre natureza e cultura. O embasamento dessas discussões versa sobre benefícios e malefícios. De acordo com Ichisato e Shimo (2002), e as vantagens proporcionadas ao binômio (mãe/filho) a amamentação oscilou entre os três pilares: querer, fazer e o repugnante/animalesco. Esta situação comungava com as ideologias impostas pela sociedade sobre este fenômeno, a construção do papel da mulher e o seu corpo (BADINTER, 1985).

A compreensão do fenômeno amamentação necessita de uma análise do contexto histórico: ideologia sobre o tema, herança cultural geracional, da mulher em sua tríade mulher/esposa/mãe (BADINTER, 1985). O ponto de partida desta jornada será o resgate histórico, que para Ichisato e Shimo (2002), seria fundamental para entender o comportamento desse e quais seriam suas respostas à situação atual, além de encontrar os rompimentos e as continuidades no passado que impactasse o presente. A partir desta análise, procuraria compreender como as enfermeiras, profissionais de saúde que trabalham diretamente com o binômio mãe/filho podem buscar junto com essas mulheres e com suas experiências em amamentar, meios para que elas possam realizar a amamentação se assim o quiserem.

Pesquisas históricas como as de Wickes (1953), Vinagre, Diniz e Vaz (2001), Bosi e Machado (2005) resgatam o processo de amamentar e determinantes, não muito distorcidas da realidade atual. Em algumas das suas fases, essas pesquisas relatam que a amamentação além de ser usada para nutrir a criança, era utilizada para evitar doenças na infância, regulação das atividades sexuais, controle na taxa de fecundidade e, principalmente, exercer domínio sobre o corpo feminino. Tais estudos descrevem que o processo de amamentar, mesmo sendo uma etapa pós-gravidez e fisiológica, é imprescindível à condição humana. Entretanto, a humanidade encontrou meios de substituir a amamentação por alternativas que nem sempre supria os anseios nutricionais da criança, mas que retirava as mães desse destino do gênero feminino.

Há registros que em tumbas de 2000 a.C., segundo Wickes (1953), crianças eram enterradas com utensílios pelos quais foram constatadas a presença de leite animal em recipientes com alimentos sólidos. A introdução de alimentos sólidos, algumas vezes associados ao leite animal foi e ainda é uma prática comum de mulheres para alimentar seus bebês, contudo, a continuação desse alimento em substituição ao aleitamento materno, desencadeia o processo do desmame. Os problemas relacionados à amamentação e ao desmame precoce são antigos e decorrem desde antes de Cristo perpetuando-se aos dias atuais. As alternativas mais comuns utilizadas por mães para não amamentar seus filhos foram leite de animal, alimentos sólidos e/ou leite animal e amas de leite (mulheres que amamentavam filhos de outras mulheres ou remuneradas ou por obrigação). A ingestão do alimento adequado garantiria a sobrevivência da espécie humana, nas épocas em que os avanços científicos eram incipientes.

O Código Hamurabi, representa o conjunto de leis mais antigo da Humanidade, foi encontrado na antiga Mesopotâmia, a 1800 a.C. e, dentre as suas diversas regulamentações como cita Bosi e Machado (2005), há uma na parte específica sobre o aleitamento efetuado por mulheres denominadas como Amas de Leite. Essa atividade descrevia a responsabilidade delas perante as crianças, sendo remuneradas via prestação de serviços como aluguel. Infere-se que por tratar-se de uma prática cotidiana, ainda que importante e indispensável na sociedade da época, houve a necessidade de ser regulamentada sob a forma de lei.

Assim, inicia-se a “profissão” de Amas de Leites remuneradas. A partir do momento em que se verifica a necessidade eminente da presença de outra mulher que se sujeitasse a realizar a amamentação das crianças, e possibilitando uma sobrevivência no mundo repleto de inseguranças e incertezas, essa atividade alcança mais um degrau de privilégios e torna-se uma profissão habitual para os indivíduos. A relação mãe-bebê apresentava distanciamento e frieza, as mães abandonavam seus filhos aos cuidados de uma ama, e essas mulheres que aceitavam serem espoliadas, ao tornarem-se amas deslumbravam-se em alcançar *status* antes impensáveis à sua condição socioeconômica (SANTOS, 1987).

Ser uma ama de leite, a depender do contexto histórico, foi uma boa escolha para mulheres pobres, uma possibilidade real de mulheres menos favorecidas alcançarem algum destaque na sociedade mesmo que por períodos curtos. Adjetivos de mercenárias estavam constantemente atrelados às amas, uma vez que em muitas situações elas extorquiam muito dinheiro por seus serviços, pagos pelas camadas mais altas devido às necessidades de se livrarem da criança – obstáculo para a vida social da mulher e de seu marido. Na França,

chegou a ser criada uma agência para registrar e qualificar o trabalho das amas (STEVENS; PATRICK; PICKLER, 2009).

As amas de leite estiveram a todo o momento presentes na alimentação infantil, e os documentos são claros quanto a sua presença, ora como uma opção na existência de uma dificuldade ou um empecilho das mães em amamentar ou ainda sendo uma escolha. A grande realidade é que as amas de leites iniciaram sutilmente sua trajetória desde a história da humanidade. Ao perceberem que essa atividade era encorajada e vital para as classes elevadas, tornaram-na uma profissão remunerada, pelo menos fora do Brasil, o que permitia à tal mulher, um empoderamento que ela jamais teria sendo apenas uma artesã, camponesa, dentre outras atividades desprivilegiadas pela sociedade. Para as mulheres da aristocracia, as amas se apresentavam como uma solução rápida e acessível, uma vez que ainda não estava normatizado o vínculo mãe/filho, já que o evento do nascimento de uma criança não tinha maiores proporções, simplesmente acontecia e as mulheres retomavam suas vidas e suas prioridades, a criança era apenas um empecilho para a continuação dessas atividades.

Em Israel, 2000 a.C., o Aleitamento Materno, segundo Stevens, Patrick e Pickler (2009), se entrelaça com o simbolismo e a religião (relações com o sagrado). Na medida em que as crianças tinham lugar de destaque na sociedade, o aleitamento materno se constituía uma obrigação religiosa. Há relatos claros sobre ineficácias de algumas mulheres para com o aleitamento, assim como descrição de técnicas para ajudar a mulher após a Apojadura². Para o não êxito mesmo após as manobras e receitas, a alternativa era a contratação de uma ama de leite.

Todos os instrumentos que se usavam na época para estimular a amamentação, ou o aleitamento, tinham como pano de fundo um aparato para com as crianças. Estas, através da ideia religiosa “passaram a ser vistas como seres divinos”. Independente da condição delas sendo abandonadas, as órfãs ou vivendo em família com seus pais, o “Estado” tentava protegê-las ofertando-lhes o melhor para a sua sobrevivência e desenvolvimento, que seria a amamentação. O espaço público tem um poder extenso sobre a vida das pessoas, quando um determinado fenômeno é benquisto por ela, um sistema de defesa é construído transformando-se em um arcabouço de proteção e cuidado, contudo, quando o fenômeno não lhe agrada e não há valorização, a sociedade torna-se exacerbadamente impiedosa.

² “À medida que os níveis plasmáticos de estrógeno e progesterona caem, cerca de 3 a 5 vezes nos primeiros dias após o parto, a produção de leite tem início. O período em que se inicia a produção de leite é chamado de apojadura ou "descida". Acontece em torno de 48 a 72 horas após o parto” (BRASIL, 2001, p. 137)

Na cidade de Esparta, as rainhas eram obrigadas a amamentar apenas o primogênito, para os demais filhos, o aleitamento era realizado por outra mulher (BOSI; MACHADO, 2005). A contratação das amas de leite foi descrita também na Grécia Antiga em 950 a.C., nas classes privilegiadas, quando as mulheres solicitavam a presença dessas amas, que eram então justificadas pela relação que se fazia entre amamentar e a deterioração do corpo físico o qual neste momento era extremamente cultuado pela sociedade. Os serviços prestados pela ama eram remunerados aos seus maridos, porque se entendia que eram eles os mais prejudicados com o envelhecimento e desgaste de suas esposas (WICKES, 1953).

Na Índia há 500 a.C., o primeiro leite denominado de colostro não deveria ser ofertado, e assim, até o quarto dia de vida a criança deveria se alimentar de mel e manteiga, entretanto, após deste período o aleitamento era preconizado até os dois anos ou interrompido caso a mãe engravidasse, mas se ela não pudesse alimentar seu filho, era indicado contratar uma ama de leite, a recomendação estava em ser esta mulher da mesma casta que a criança, apresentar boa saúde e o leite de qualidade (WICKES, 1953).

No Egito, em 880 a.C., há registros de mães auxiliando os filhos no uso da mamadeira artesanal, com chifres de bois (REA, 1990). Especula-se que o alimento ofertado na mamadeira seja leite animal, já que este era uma das escolhas mais acessíveis após o leite humano. Através da construção de mamadeiras incipientes e artesanais pode-se deduzir que as mulheres apresentavam dificuldades na prática de amamentar, ou pelo formato do mamilo, ou por esse mamilo no decorrer da amamentação ter apresentado fissuras, o que torna essa prática dolorosa ou por elas acreditarem que amamentação cause alguma modificação no corpo físico.

A amamentação adquire terreno fértil na imaginação, entrando nas culturas como na mitologia grega em que Zeus é aleitado com o leite de uma cabra, bem como a história de Rômulo e Remo que foram também aleitados por um animal, a loba no seu úbere (CORNEL, 1995). Algumas práticas cotidianas são referenciadas em histórias e cantigas, sendo perpassadas por demais gerações a curiosidade de entender como o corpo feminino é capaz de gerar e alimentar outro ser criou-se através desse corpo um simbolismo místico³. “Tudo o que aquilo significava, mantém sempre a sua importância fundamental, que permanece não só nas profundezas de cada mulher, mas também nas profundezas do pensamento coletivo da Sociedade” (OIZ, 2005, p.20).

³ “sea cual sea dicho significado, siempre conserva su importancia trascendental, que permanece no solamente en lo más profundo de cada mujer, sino también en lo más profundo del pensamiento colectivo de la sociedad”. (OIZ, 2005, p.20).

O aleitamento materno tem ao seu redor um fetiche, visto que essa ação ocorre sobre o corpo feminino, a exemplo dos seios que apresentam a dualidade de ser o que nutre e que dá prazer.

O seio é, sobretudo, o símbolo de maternidade, de suavidade, de segurança, de recursos. Ligado à fecundidade e ao leite -primeiro alimento- é associado às imagens de intimidade, de oferenda, de dádiva e de refúgio. Qual a taça inclinada, dele. Como do céu, flui a vida. Mas ele é também o receptáculo, como todo símbolo maternal, e promessa de regenerância. (CHEVALIER; GHEERBRANT, 2003, p.809).

Na Bíblia Sagrada, no antigo testamento em Êxodo 2 (9-10), encontramos: “Então lhe disse a filha de Faraó: Leva este menino, e cria-mo; eu te darei teu salário. E a mulher tomou o menino, e criou-o. E, quando o menino já era grande, ela o trouxe à filha de Faraó”. É contada a história de Moisés que foi adotado pela filha do Faraó, e esta entrega o menino, para ser alimentado ao seio de uma ama de leite; este versículo enfatiza a relevância da amamentação para as crianças, evidenciando o tempo maior de dois anos para esse aleitamento.

No resgate histórico sobre o aleitamento materno é possível entender que desde antes de Cristo já se sabia dos benefícios desse alimento para a saúde das crianças, em que se pode mencionar que vários observadores descreveram e incentivaram sua prática, ainda que tal prática nunca tenha sido considerada como uma atividade universal, inerente à identidade materna. A busca incessante por artifícios que substituísse a mãe nesse momento foi tamanha que as amas de leite, o leite animal e outros alimentos, caminhavam em paralelo ao desenvolvimento da humanidade. No mesmo instante que as tecnologias aumentavam, acumulavam-se conhecimento a favor do leite materno e, mesmo assim, as práticas não aconteciam conforme o recomendado. Nesse ponto, o que pode ser observado é que em momentos históricos, em diferentes localizações, houve uma convergência sobre o leite materno ofertado pela mãe, contudo não houve uma efetivação dessa prática e a maternidade não se resumia ao sacrifício do amamentar.

Onde estaria o amor materno? Se ele é considerado tão natural, quanto a amamentação, não seria esse o incentivador de uma prática que garantiria a sobrevivência dos seus filhos? O amor materno seria um sentimento, construído pela cultura e integrado ao papel do ser feminino, logo era preciso compreender o contexto histórico vivenciado pela mulher, a construção familiar, em que caminhos se sucederam à concepção dessa criança, como essa última estava representada, e quais as prioridades dessa sociedade (BADINTER, 1985). Consoante ao entendimento que o amor materno não é um sentimento nato e universal e sim

construído conforme as modas do tempo, Venâncio (2006), se aproxima de Badinter trazendo passagens históricas, e, em especial no Brasil, de algumas atitudes da mãe perante o filho que hoje são consideradas uma aberração, como por exemplo, entregar o filho à roda.

O amor materno torna-se um mito, pois não é inerente à natureza humana e sim fomentado pelo meio quando o convém que seja. Portanto, há uma analogia entre a amamentação e o amor materno, porque ambos estão situados em um mesmo patamar antagonista ao biológico. Quando ao se compreender sua história profundamente verifica-se como o cultural influencia o comportamento humano. “Não, não há uma lei universal nessa matéria, que escapa ao determinismo natural. O amor materno não é inerente às mulheres. É adicional” (BADINTER, 1985 p. 367).

Inúmeros cursos para gestantes são oferecidos, principalmente por maternidades, com o objetivo de capacitar essas futuras mães a prestar os cuidados a seus filhos. Se a maternidade fosse um fenômeno essencialmente natural, não seria necessário educá-las. Na realidade, isto não é verdade, já que as mulheres nesse momento de vulnerabilidade sentem necessidade de procurar ajuda sobre as questões assistenciais da criança. Na construção da feminilidade as questões relacionadas aos gêneros estão embutidas na constituição da mulher e a menina é criada e preparada para cuidar do outro; porém, quando é chegado o momento de efetivar esse treinamento, as evidências comprovam que essa também não é uma característica inerente ao gênero feminino e elas não estão prontas para essa responsabilidade e necessitam de suporte.

Os conhecimentos empíricos, pautados em observações do cotidiano, serviram para a produção de publicações e orientações quanto ao aleitamento materno – onde destacam-se as obras de Hipócrates, o Judaísmo com o Talmud, os papiros de Ebers e o código Hamurabi, fatos citados por Vinagre, Diniz e Vaz (2001), Stevens, Patrick e Pickler (2009), Castilho e Barros Filho (2009), sem comprovações mais rebuscadas, descreviam os benefícios da amamentação para as crianças, principalmente no que se refere à redução da mortalidade infantil.

A sociedade compreende que o único meio de perpetuação da espécie humana seria a amamentação por uma ama de leite. Na Idade Moderna e Contemporânea, a mortalidade infantil chegava a percentuais altíssimos (99,6%) onde não havia amas de leite, pela negação das mulheres em amamentar, a introdução de alimentos inadequados, falta de higiene e desnutrição eram as principais causas dessas mortes. “Até o final do século XIX, a amamentação ao peito era uma opção que determinava a vida e a morte” (VINAGRE, DINIZ & VAZ, 2001, p.342).

Algumas mulheres tiveram a perspicácia de entender a necessidade social e as vantagens em se tornar uma ama de leite. O desempenho dessa atividade proporcionaria um trampolim para elevar-se socialmente com várias regalias; desenvolveria uma atividade remunerada; e, além disso, com esse propósito e o dinheiro movimentando a economia algumas vezes foram rotuladas de mercenárias. Nas colônias de exploração, como no Brasil, as escravas negras eram obrigadas a tornar-se amas de leite, sendo violentadas emocionalmente por não poder estar com os próprios filhos e, culturalmente, porque o abandono ao filho não fazia parte de sua cultura (SILVA, 1997). Os sujeitos estão condicionados de acordo com os papéis e as situações que eles ocupam, estão presos às ditaduras sociais (COURT MORANDÉ, 2005). Portanto, mesmo no pêndulo entre necessidade e alternativa, as amas firmaram-se como uma atividade importante e imprescindível para a sociedade.

Com o surgimento do cristianismo e sua disseminação na humanidade, emergiu uma preocupação e cuidado com as crianças, com a realização de campanhas de incentivo à prática da amamentação por imperadores como Constantino (315 d.C.), Carlos Magno, Inocêncio III (1198 d.C.). (VINAGRE, DINIZ & VAZ, 2001). O objetivo da promoção na prática de amamentar consistiria na fragilidade e vulnerabilidade existente na criança, principalmente as órfãs, em desenvolver-se sem o amparo de uma mulher que lhe ofertasse o leite, bem como faria com que o Estado assumisse o acolhimento dessas crianças abandonadas. A fé associada à religião angariaria muitas transformações: ao nível micro (indivíduo) e ao nível macro (sociedades).

No período da Renascença, caracterizado por grandes transformações econômicas, as decisões passaram a ser baseadas na razão ao invés da fé – quando ocorreram avanços na medicina. Entretanto, no que diz respeito ao objeto de estudo desta dissertação, este foi demarcado com uma diminuição do aleitamento pelas mulheres muito mais do que no período que se antecedeu. A preocupação com a vida social e os salões de festas para apresentar um corpo físico de acordo com os padrões da época, seriam situações inviabilizadas pela presença de um bebê e pelos cuidados e pela demanda que esta fase necessita.

Badinter (1985), explica que a sociedade durante muito tempo foi antropocêntrica, privilegiando os homens em meio público e privado, os maridos, depois as mulheres e as crianças ficavam pela sorte. A sociedade priorizava a presença nos bailes e a mulher que se restringisse à casa para cuidar e amamentar o filho era considerada pela sociedade como exercendo uma prática não nobre, animalésca. Já havia respostas bastante contundentes quanto à justificativa do número de mortes infantis, embora essas não tenham sido

determinantes para uma mudança de hábitos com referência ao aleitamento materno. Portanto, as mães não realizavam a amamentação como atualmente é exigido pela sociedade, e o beneficiário desse ato não tinha valor social que superasse o sacrifício daquelas mães.

A infância era compreendida como uma fase de transição do indivíduo, não havia interesse nem sentimento para com esse estágio da vida, situação encontrada até o século XII, de acordo com Áries (1978), discorrendo em seu livro que após o século XIV, a Igreja católica cria um simbolismo ao redor da figura da criança e a relação entre a Virgem Maria e a maternidade. A partir daquele momento, a criança lentamente barganha outra conjetura no contexto social e a sociedade tenta protegê-la apoiando práticas de aleitamento humano. Conforme cita esse mesmo autor, as crianças como Julieta (do Romance de Shakespeare) foram amamentadas pela mãe até os três anos.

O primogênito no século XIII adquiriu várias vantagens, dentro da família e na sociedade, é ele que irá receber toda a herança, não havia partilhas, as gerações anteriores incentivam a prática com temor de seus bens e de que seus *status* sociais diminuíssem com a divisão da herança para os demais filhos. Essa foi uma estratégia de privilegiar os filhos mais velhos ou os que mais agradavam os pais nessa época, e por outro lado uma imposição sobre os demais, tanto relacionado a carreiras quanto a casamentos. Essas situações são elencadas por Áries (1978), descrevendo que os pais não amam igualmente os filhos, fazendo um paralelo com Badinter (1985) citando também aquela situação e aprofundando-se no amor materno como um sentimento não natural. Explica que o amor materno se constitui na construção entre dois indivíduos permeados pela cultura, como aconteceu com a gravidez, o relacionamento familiar, a importância desse novo indivíduo para a família, logo não pode ser inerente e sim social.

No século XIV, não se faziam registros visuais das crianças, ou seja, faltam pinturas que caracterizassem aquelas criaturas e a justificativa para tal exclusão seria “no primeiro caso a infância era apenas uma fase sem importância, que não fazia sentido fixar na lembrança; no segundo, o da criança morta – não se considerava que essa coisinha desaparecida tão cedo fosse digna de recordação: havia tantas crianças cuja sobrevivência era tão problemática” (ARIÉS, 1978, p. 21).

O autor supracitado refere que não havia sentimento de proteção, cuidado e amor pelas crianças, sendo aquela situação compreendida a partir dos pensamentos de Santo Agostinho citado por Badinter (1985), que acreditava ser a criança a concretização do pecado original – igualando seus erros aos de um adulto. Portanto, não acreditava que os pequenos seres apresentassem inocência nos seus gestos. A criança estava envolvida por uma cortina de

malignidade, devendo manter repúdio a essa fase. A infância era então um período tenebroso que o indivíduo teria de passar e, para tal estágio da vida, os pais deveriam discipliná-lo com austeridade, para resgatá-lo desse mal, ideologia que perdurou durante séculos na humanidade.

A partir desse pano de fundo compreende-se a representação da criança para a sociedade dessa época e como ela percebe e interage com a fase. Assim, o abandono das crianças pela mãe e a entrega para as amas, as taxas de mortalidade infantil, não impactam a vida dos indivíduos. Diversos foram os discursos que situavam a criança à margem da sociedade, cujo destino era incerto, onde havia uma zona de confronto sobre a sobrevivência das crianças, haja vista que a morte era um destino possível e o eufemismo relacionado aos assuntos que envolviam tais mortes associavam a significância da criança, transferiria dos pais e da sociedade a culpa das crianças e sua essência maligna.

Naquele contexto, de elevados índices de não amamentação, o desmame precoce e as conseqüentemente elevadas taxas de mortalidade infantil, o fator que contribuiu para a manutenção do infanticídio foi a prioridade de um corpo físico belo. Houve contribuição da Igreja Católica com argumentos contundentes sobre a abstenção sexual durante todo o período da amamentação, justificando essa imposição o receio da mãe ofertar um leite impuro para as crianças (BOSI; MACHADO, 2005). A imposição da Igreja torna-se um ingrediente que liberta a mulher do seu papel de fêmea/nutriz, evidenciando o quanto a Igreja consegue atingir a família e penetrar na relação íntima do casal. O medo das mulheres de serem abandonadas ou trocadas fazia com que as mulheres, os maridos e a sociedade se posicionassem a favor das amas de leite, decisão que preservava o corpo físico belo.

Naquele período do século XV, havia em Portugal taxas altíssimas de mortalidade infantil, as crianças na Europa, ocupavam uma posição no meio termo, ou seja, entre animais e homens. Os adultos entendiam que deveriam explorar o seu trabalho o máximo possível, haja vista que apresentavam uma expectativa de vida curta em sua maioria, até os catorze anos (RAMOS, 2004). Em Portugal, nesse mesmo século, as crianças eram comumente cedidas por seus pais para incorporarem o grupo de tripulantes das embarcações (rotas comerciais ou de explorações), a criança era exaurida em várias atividades e os pais recebiam baixa remuneração por seu trabalho.

Era de conhecimento de todos, os perigos das viagens, desde a extensão das travessias, como a falta de alimentos, as condições desumanas (sujeitas ao frio, calor, abusos sexuais, tornavam-se prostitutas dos marujos e eram lançadas ao mar a depender do peso da carga, dentre outras coisas) em que as crianças estavam expostas, porém seus pais estavam

indiferentes a esses informes e preferiam resolver dois problemas: seria menos uma pessoa na mesa, e eles ainda eram remunerados por esse trabalho (RAMOS, 2004).

A situação de abandono ao entregar um filho a uma ama de leite e saber que ele poderia não sobreviver, assim como oferecer os filhos, crianças menores de dez anos, para fazer parte de tripulações, serem violentadas física e sexualmente, e até mortas em troca de baixos valores, chega a ser assombroso. Essa situação ajuda a entender a concepção da infância para essa sociedade e o descaso para com suas mortes enquanto bebês, haja vista que quanto maiores, o descaso acentuava. Na Europa, a cultura sobre a criação e educação dos filhos, baseava-se no afastamento desses da família. O convívio, a troca e os ensinamentos entre pais e filhos praticamente não existiu entre os séculos XVII e XVIII. O distanciamento era a forma de proporcionar uma boa educação e criação dos filhos, ideologia seguida na época. As mulheres começaram a encaminhar seus filhos às casas das amas, que em sua maioria ficavam em locais afastados das casas dos pais.

Em Paris, em 1677, relatos sobre a presença de crianças de colo nas casas em que as famílias já tinham filhos: “Quanto às crianças de berço, não eram vistas nas habitações parisienses, pois eram todas entregues às amas” (ARIÉS, 1978, p.163). Sá (1995) e Áries (1978), afirmam e convergem-se, sobre a circulação das crianças na Europa, descrevem que ao nascerem, eram entregues aos cuidados de uma ama, mulher desconhecida que as levariam para suas casas sem fiscalização, salvo as da aristocracia que as amas eram alocadas para a casa dos pais e ao completar sete anos eram encaminhadas à casa de outras pessoas para aprenderem um ofício ou para serem domesticadas.

Todavia, a situação das crianças era tão gritante nesse cenário, que os católicos repudiando o abandono e as condições a que as crianças eram submetidas, criaram em Portugal de 1689, a Casa de Rodas (local que acolhia as crianças abandonadas) administrada pela Santa Casa de Misericórdia e mesmo com todo o aparato, as taxas de mortalidade chegavam a 378% em crianças menores de um ano. Documentos evidenciaram que as mortes não eram registradas pelas paróquias, pois a Igreja Católica compreendia a criança como indivíduo apenas a partir da idade de sete anos, considerada “idade da razão”, ou seja, quando podiam cometer um pecado mortal (SÁ, 1995).

A mortalidade infantil, situação comum e até esperada pelas pessoas, contava com o apoio da Igreja sobre o porquê dessas mortes e com um certo conforto desse setor, o que desencadeava uma certa frieza sem grandes expectativas de vida. Nas Casas das Rodas, as amas de leite se faziam presentes ao cuidado e nutrição dos expostos e mesmo sob vigilância

dos administradores a mortalidade era elevada, seus serviços eram requisitados e importantes para a manutenção da vida “ruim com elas, pior sem elas”.

No fim do século XVIII, iniciou-se na Europa, uma tentativa da mulher assumir, ao parir, o papel de mãe, e que cumprisse ao mesmo tempo com suas obrigações de fêmea. Precisamente em 1760 começam a aparecer documentos que regulamentariam essa prática e que obrigam a mulher a amamentar. Segundo Badinter (1985), inicia-se um discurso romântico que tenta persuadir a mulher a ser mãe e amamentar, justificando os obstáculos que impediriam esse acontecimento de ser superado em prol de um amor materno inerente às mulheres no momento em que elas tornar-se-iam mães.

Em estudos com seres humanos, retratando um tema delicado e profundo como a amamentação, enveredando pelo caminho do amor materno ser um sentimento construído e não inerente, não foi universal o não amamentar os filhos. Algumas mães sentiram por seus filhos o desejo e construíram o amor. O amor materno não pode ser reduzido a realizar ou não a amamentação. Porém, houve uma tentativa que perdura atualmente sobre a relação amor materno e amamentação e que ainda é visualizada nos discursos verticalizados dos profissionais de saúde.

Houve um deslocamento de exaltação da figura paterna para a materna. O objetivo era angariar mão de obra para a indústria. Como a mulher era a responsável em manter as crianças vivas e saudáveis, criou-se uma associação entre a alegria em ver os filhos saudáveis, com a satisfação pessoal da condição feminina. Logo, a maternidade era o ápice da felicidade, sendo o momento de a mulher ganhar uma ascensão social e mostrar-se capaz de nutrir seu próprio filho. Em paralelo a essa exaltação social, a responsabilidade e a culpabilidade da mulher também ganha dimensões.

A nova representação da criança para o Estado:

O novo imperativo é, portanto a sobrevivência das crianças. E essa nova preocupação passa agora à frente da antiga, a do adestramento daquelas que restavam após a eliminação das mais fracas. As perdas passam a interessar o Estado, que procura salvar da morte as crianças. Assim, o importante já não é tanto o segundo período da infância (depois do desmame), mas a primeira etapa da vida, que os pais se haviam habituado a negligenciar, e que era, não obstante, o momento da maior mortalidade. (BADINTER, 1985, p. 145).

Nos séculos XVIII e XIX, a Revolução Industrial ocasionou uma transformação social e econômica da sociedade. Há uma urbanização com melhoria dos transportes, os países principalmente a Inglaterra aumentam a população, repartindo-se em duas classes, empresários e proletariados. A produção passa a ser em larga escala, com o advento das

tecnologias que utilizavam aço e máquinas. A economia agora é capitalista, os proletariados são assalariados. Fazendo uma ponte entre a história para o tema, os números de crianças amamentadas pelas amas diminuem, porque as mulheres preferem trabalhar em fábricas por um tempo contínuo do que ser ama por tempo específico e curto. Essa decisão geraria o aumento da mortalidade infantil em 50% (CASTILHO; BARROS FILHO, 2010).

A presença das mulheres, em massa, nas fábricas e a saúde precária das crianças acabaram por possibilitar um campo interessante para as indústrias alimentícias que estavam ávidas a conquistar esse mercado carente, visto que as mães mantinham resistência no processo de amamentação. Em 1838, foram desvendadas as propriedades do leite de vaca, para uso de crianças, porém, esses alimentos precisariam ser administrados a elas via um utensílio prático e em 1845, a mamadeira foi patenteada (VINAGRE, DINIZ & VAZ, 2001, BOSI; MACHADO, 2005; CASTILHO; BARROS FILHO, 2010).

As indústrias de alimentos infantis, ávidas para ganhar mercado consumidor, iniciam uma corrida de erros e acertos na formulação de alimentos lácteos que se aproximassem da composição do leite humano. A cada produto lançado eram as propagandas que o colocavam como o mais perfeito alimento, no momento em que os pais queriam ofertar o melhor para seus filhos, principalmente as mulheres que eram crucificadas pela sociedade que antes as incitavam a não praticar a amamentação e já assume um papel antagônico, culpabilizando-as por todos os problemas que essas crianças possam apresentar. Portanto, as mulheres precisavam resolver logo isso ao utilizar leite animal formulado.

3.2 A AMAMENTAÇÃO E SUAS NUANCES NO BRASIL: DA COLÔNIA AO SÉCULO XXI

Para alguns povos, tidos como primitivos como os africanos, a amamentação ocorria naturalmente, diferente do que acontecia na Europa. No Brasil, antes do descobrimento, as índias Tupinambás, amamentavam por períodos de dois a três anos normalmente, ou até oito anos. A amamentação tinha grande relevância social para essa cultura, refletindo nas baixas taxas de mortalidade infantil. A duração da amamentação não era exata, as mulheres dessa tribo realizavam esse ato em paralelo com suas atividades diárias (SOUZA, 1996). O fato de permanecerem mais tempo com seus filhos e a possibilidade de associarem atividades cotidianas às de nutrizes ajudou às mães índias a retardar o desmame – contudo, a cultura

indígena foi imprescindível. Esses costumes e valores possuem um simbolismo relacionado à amamentação que transcendem nessa época, ao corpo físico, exaltando a mulher/mãe/nutriz.

Del Priore (2004) informa que as índias incentivaram mulheres brancas portuguesas a realizarem a amamentação de seus filhos. Ao mencionar hábitos e práticas de uma sociedade, a unanimidade de alguma ação deve ser dita com muita cautela. Obviamente que uma sociedade é formada por grupo de pessoas e por mais que uma cultura influencie suas condutas, essas estão sujeitas a alterações. Entretanto, no que se refere às mulheres europeias praticarem a amamentação, pode se inferir que um número limitado já realizava a amamentação como as selvagens, talvez por medo de que seus filhos morressem, ou porque as próprias índias se recusavam a servirem de ama de leite, ou porque bem poucas queriam amamentar. Logo essa prática não se disseminou, a negação da amamentação está intrínseca nessa sociedade, e assim que foi possível houve outras formas de alimentar essas crianças (papas, engrossantes...) bem como o surgimento de uma nova figura que ocupasse o lugar de ama de leite (as negras escravas).

O Brasil foi construído sobre três raças que tiveram importância igualitária nessa formação. Brancos, negros e índios acrescentaram nuances de suas culturas e as transformaram numa cultura própria brasileira. Contudo, os historiadores que resolveram descrever esta miscigenação cultural, colocando o poder histórico dos brancos dominadores, designando como papel principal, e os coadjuvantes quando conseguiram alcançar os dominados, secundários. De certo houve sim umas trocas culturais, uma tentativa de adaptar-se ao outro, porém “isto nada deveu a uma suposta propensão lusa à miscibilidade com outras raças, mas a um projeto português de ocupação e exploração territorial até certo ponto definidos” (VAINFAS, 1999, p.6).

Após a descoberta pelos portugueses e, posteriormente, durante o processo de colonização, o Brasil foi habitado por homens e mulheres que traziam seus costumes e sua cultura (FREYRE, 2000). As mulheres brancas europeias tinham o hábito de não amamentar seus filhos, esta era há muitos anos uma atividade delegada a outras mulheres, como o número de habitantes vindo de Portugal era insatisfatório, tentou-se aculturar as índias para essa atividade. Os índios mostraram resistência a esta dominação, criando obstáculos ao tornarem-se amas. A resistência indígena à dominação portuguesa era generalizada a todas as atividades e principalmente à submissão.

A necessidade de mão de obra fez com que os portugueses vissem, nos negros, pessoas que atendiam às suas demandas, dentre essas a substituição das mães na amamentação, sendo assim escravizados e traficados da África para o Brasil. De acordo com Mattoso (2003), todas

as atividades consideradas “vil pelas brancas eram realizadas pelas negras” (grifo meu). A amamentação por ser uma atividade animalésca, para as mulheres nobres, deveria ser realizada por seres selvagens fazendo, pois, uma analogia desses indivíduos aos animais que praticavam esse ato de forma instintiva e repugnante aos olhos dessa sociedade.

As amas de leite negras, no Brasil, também tinham elevação da sua condição social, e eram levadas para dentro das casas, tinham mais conforto e melhor alimentação, construíam uma relação um pouco melhor com os brancos, porém bastante afetivas com as crianças que além de amamentar prestavam os primeiros cuidados (FREYRE, 2000). Essa situação geraria uma troca de favores, as senhoras brancas ganhavam, transferindo a abominação pelo ato de amamentar para as negras e as negras conseguiam uma condição de vida melhor, pois saíam das senzalas, garantindo melhores condições de sobrevivência e respeito, em comparação aos demais negros.

A adaptação dos negros ao Brasil ocorreu de maneira conflituosa, com choques de culturas, visto que eles tinham uma identidade e uma cultura sólida na África e a aceitação a nova cultura numa condição de submissão e escravidão aconteceu com resistência deles e violência dos brancos. No Nordeste, onde as atividades agrícolas transformavam essa região do país em polos econômicos, houve maior necessidade de mão de obra e conseqüentemente um número significativo de escravos. Na fazenda havia uma divisão entre as acomodações de negros e brancos, a casa grande como moradia da família branca. O senhor de engenho praticava violência psicológica oferecendo paternidade em troca de proteção aos negros. “Dá-me a tua lealdade e eu te darei a proteção e a identidade de minha família” (MATTOSO, 2003, p. 203).

A relação das negras com seus próprios filhos foi descrita, por fontes escassas, demonstrando que elas eram excelentes mães, amorosas, cuidadosas e atenciosas, realizando de maneira unânime a amamentação. Essas negras, quando amas, desenvolviam uma afeição às crianças brancas, essa relação era muito carinhosa e amorosa, já as mães brancas mantinham-se frias e distantes (MOTT, 1979).

Da mesma forma que ocorriam na Europa as grandes taxas de mortalidade infantil aconteciam também no Brasil com o mesmo descaso, devido à presença do bebê ser insignificante e o seu falecimento ter como justificativa a santidade ou vontade de Deus. As mortes das crianças pequenas estavam relacionadas com a desnutrição infantil, e com os péssimos hábitos de higiene para com o clima tropical, falta de banhos regulares e uso de faixas rígidas, importados pelos brancos do seu país de origem, tais costumes eram estimulados a serem também feitos pelas negras com as crianças brancas. Devido a tantas

mortes, a Igreja Católica insistia para que os pais batizassem seus filhos o mais rápido possível, após os batizados estas crianças podiam assim morrer e ir direto para o céu, sem escala no purgatório (DEL PRIORE, 2004).

No período colonial, um grande número de crianças era abandonado. Para a sociedade luso-brasileira, católica, esta era uma situação delicada que precisava ser resolvida. Foram criadas as Santas Casas de Misericórdia, que recebiam cerca de 25% dos bebês nascidos nos centros urbanos, ao serem abandonados, de 70-80% morriam (TORRES, 2006). Em 1726, em Salvador, foi criada a primeira Roda dos Expostos, sendo construídas outras nas demais cidades brasileiras, para cuidar e proteger essas crianças – dados revelam que a maioria dessas crianças eram brancas, sendo que um dos objetivos dessas rodas era a proteção das mulheres brancas e redução da mortalidade infantil. A construção da família brasileira foi fundada no patriarcado velado onde a moral e os bons costumes da mulher deveriam ser preservados, e sendo assim, os filhos fora do casamento eram inadequados a mulheres distintas de família.

No Brasil, as negras foram muito usadas como amas de leite nos séculos XVII, XIX e início do século XX. Em 1841, chegavam a ser anunciadas em jornais locais. Após a abolição da escravidão, ainda havia amas de leite negras, porém remuneradas com baixos salários (MARTINS FILHO, 2006). Conforme Vainfas (1992), a raça negra foi silenciada. A ama de leite no Brasil merece análise aprofundada, para Stancik (2009) e Martins Filho (2006), pois as amas negras eram um agente imprescindível para a nutrição e criação das crianças, embora estivessem sujeitas à política e à estratificação da sociedade em raças, a amamentação apesar de necessária era feita por indivíduos/objetos descartáveis. Mesmo fazendo com que não se desejasse registrar sua presença e apagá-las da memória, havia algo que escapava ao controle da sociedade: o vínculo estabelecido entre ama e bebê, um relacionamento construído sob as adversidades de um tempo determinado pelo acaso e violentado pela desigualdade.

No século XIX, no Brasil, na cidade do Rio de Janeiro, o número de crianças negras era reduzido, havia poucas mulheres negras, essas negras tinham uma baixa taxa de fecundidade, e quando engravidavam seus filhos morriam por falta de cuidados, pois elas tinham que retornar três dias após o parto às atividades excessivas, para sua condição de puérpera. Para os senhores brancos, os negros eram considerados seres que estavam submissos pela sua cor e também pela sua infantilidade, e essa era a justificativa da sua escravidão e da forma como eram tratados (MOTT, 1979).

Posteriormente, com o desenvolvimento da teoria da medicina higienista no século XIX, há uma mudança de ideologia sobre as questões do aleitamento materno. O objetivo seria *a priori* mudar os paradigmas da sociedade através da família e fazer do aleitamento

materno uma atividade biológica inerente à natureza feminina. Para tal, veiculou-se na sociedade informações com o intuito de macular a imagem das negras (amas por indução). Justificando que elas não deveriam mais ser utilizadas como amas de leite devido ao risco para a criança adquirir doenças como a sífilis, e enfatizavam sobre as condições precárias e higiênicas dessas mulheres. Com todo esse discurso havia um objetivo maior, de fazer com que as mulheres brancas realizassem a amamentação, corroborando com a natureza e assumindo o seu papel de mulher (ALMEIDA, 1999).

No Brasil, a propaganda da estimulação ao retorno da natureza da fêmea humana a amamentar seus filhos, aconteceu um pouco atrasada em relação à Europa. O que alavancou esta situação foi à abolição da escravatura, com a Lei Áurea em 1888⁴, libertando também as amas de leite negras, que eram obrigadas a realizar o aleitamento. A sociedade sem alternativa eficaz que garantisse um resultado exitoso sobre a sobrevivência das crianças resolve desenvolver um plano para sensibilizar as mulheres pela falta de opção, sendo assim induzi-las a realizarem a amamentação e assumirem os cuidados no lar (SOUZA, 1996).

Os/as profissionais de saúde buscavam, com seus conhecimentos, construir uma imagem da mulher/mãe usando a amamentação fenômeno de ofertar o seio ao seu filho, como prova do amor materno. O intuito desse argumento está submerso no resgate da mulher/nutriz, pois para os pediatras que já sabiam da importância da mãe realizar o aleitamento materno, e assim diminuir as taxas de mortalidade. Isso atrelado ao objetivo maior de reposicionamento da mulher no espaço privado e ocupá-la com os cuidados da casa e das crianças. Essa campanha se inicia primeiro, nas classes econômicas superiores e, posteriormente, abrange as classes desprivilegiadas. À proporção que as mulheres de classe privilegiadas ficam sem as amas, necessitam de maior suporte da equipe de saúde para aprenderem a amamentação. Por outro lado, a influência dessas classes sobre as demais ajudaria na propagação da nova ideologia.

As vantagens e os benefícios sobre o aleitamento materno, assim como seus malefícios eram amplamente difundidos, porém foram disseminados em um terreno muito fechado, inconcebível a mulheres de classe econômica elevada, que há séculos não realizavam esse ato de amamentar e por um curto período tentava modificar uma estrutura sólida de negação.

⁴ Lei ÁUREA, Lei nº 3.353, de 13 de Maio de 1888. DECLARA EXTINTA A ESCRAVIDÃO NO BRASIL A PRINCESA IMPERIAL Regente em Nome de Sua Majestade o Imperador o Senhor D. Pedro II, Faz saber a todos os súditos do IMPÉRIO que a Assembléia Geral decretou e Ela sancionou a Lei seguinte: Art. 1º - É declarada extinta desde a data desta Lei a escravidão no Brasil. Art. 2º - Revogam-se as disposições em contrário.

Houve um interesse muito persistente do Estado nesse método (a favor da amamentação pelas mães) e, para tanto, utilizaram profissionais de saúde, como de costume, para pôr em prática ações verticalizadas e opressoras.

De acordo com Alves (2005, p.41), “a política de saúde no Brasil tem sido marcada pela verticalização destas ações.” Toda a política de saúde foi implementada por profissionais de saúde, que apresentavam como modelo de assistência a cura, o que reduzia e ainda reduz o outro a parte a ser curada e para a/o enfermeira(o) o cuidado fragmentado. Ao trabalhar com a educação, transpõem-se a barreira do saber poder, que diferencia o profissional de saúde ao do cliente, e objetiva-se compreender, como, onde e de que maneira a díade paciente e profissional constroem juntos uma forma de tratar, melhorar ou prevenir futuros problemas. Esta é a ideologia dos dias atuais que não se aplicava em épocas passadas.

Para esses profissionais que trabalham com educação em saúde, que simplesmente repassam um conhecimento ou informação de maneira antididática sem compreender, qual a locação desses indivíduos sobre o assunto, e por entenderem que o outro é um ser desprovido de qualquer conhecimento, ou tem noções completamente distorcidas do científico. Diversos entraves se somam na ineficácia da educação em saúde, inclusive a falta de preparo na formação dos profissionais, a demanda e a sobrecarga de trabalho. A cultura sobre a educação e formação de indivíduos profissionais está enraizada, o ranço de verticalização do conhecimento e a postura do saber poder, na prática, ocorrem em muitos casos na perpetuação dessa prática e na ineficácia das ações.

A criança passa a assumir um *status* importante para a sociedade brasileira, o Estado tem como meta proteger e cuidar das mesmas, há nas entrelinhas uma motivação para que as mulheres voltem para o espaço privado. Os profissionais de saúde divulgam as vantagens para a mulher sobre o aleitamento e também os riscos quando não o fazem. Há uma imposição sobre a responsabilidade da mulher pela sua prole, e uma forma de o Estado disponibilizar uma autonomia à boa mãe e visualizar nesta, uma porta de entrada e manipulação dos seus interesses no espaço privado (ALMEIDA, 1999).

Obviamente é interessante a sociedade apoiar e defender fervorosamente a amamentação e ter como mártir, a mulher, para o não cumprimento dessa prática. A criança ocupa o papel central no Estado que as visualiza como seres que necessitam de amparo e proteção, para as quais são desenvolvidas políticas com essa finalidade, como a do incentivo ao aleitamento materno. No espaço privado a criança também é colocada em papel de destaque principalmente as lactantes (de zero a dois anos).

Conforme Almeida (1999), o Brasil passa a absorver o desmame da Europa, tão logo chega a mamadeira a esse cenário e é incorporada na cultura da alimentação infantil. Ele descreve que poucas mulheres sofrem com a hipogalactia (uma diminuição da produção de leite, situação encontrada eventualmente em algumas mulheres). Entretanto, essa questão de baixa incidência tornou-se um problema comum em mulheres de classes mais elevadas, quando não ao menor obstáculo os médicos receitavam fórmulas lácteas com esse objetivo. As indústrias de produtos de alimentos infantis necessitavam seduzir os médicos para barganhar seus clientes e promover o desmame precoce.

3.3 SÉCULO XX, MOMENTO DE ARCABOUÇO LEGAL EM DEFESA SUPREMA DA AMAMENTAÇÃO

Quando eclodiu a primeira guerra mundial, no início do século XX, o Brasil importou grandes quantidades de leite condensado e esse alimento foi introduzido no país para ser usado em substituição ao aleitamento materno, sendo considerado o alimento ideal para os lactentes (MARTINS FILHO, 2006). Propagandas desestimulavam as mães sobre a amamentação e incentivavam o uso de leites artificiais. Essa nova concepção tornou-se mais sedimentada durante a Segunda Guerra Mundial, com a entrada em massa, de leite em pó e rede de frios, para o mercado nacional que naquele momento estava ávido por um substituto das antigas amas de leite.

O Brasil – por ter sido habitado por diversos grupos oriundos de lugares distintos – apresenta uma heterogeneidade de costumes e culturas, além de possuir em seu território colônias de países europeus, africanos, asiáticos, dentre outros e as suas dimensões territoriais serem generosas. Não existe um sentimento de patriotismo que defenda e se perpetue por gerações, ou seja, uma facilidade em importar costumes e ideias de outros lugares além de seus habitantes menosprezarem tudo que seja genuinamente nacional.

De acordo com Rea (2003), antes da década de 1970, os índices de amamentação eram baixíssimos, não havendo nenhum estudo amplo sobre esses dados. Apesar disso, há dois estudos pontuais: em Recife o tempo de amamentação das crianças era de 2,8 meses e em São Paulo de 2,4 meses. Conforme relata Silva (1997), nessa década, apenas 1/3 das crianças eram amamentadas durante 1 ou 3 meses. A figura central para o desmame

precoce eram os médicos pediatras que, envoltos nas manipulações não éticas das indústrias lácteas, incentivavam o não amamentar e a introdução do leite animal como melhor alimento para a criança.

De acordo com o Brasil(2009), houve um aumento em dias sobre a amamentação de maneira generalizada, passando de 296 (1999) para 342 dias (2008), sobre a amamentação exclusiva de 35,5 (1999) para 51,2 (2008). Fazendo uma análise a partir de informações sobre a amamentação verifica-se que a amamentação exclusiva ainda continua sendo um entrave, após nove anos de incentivo e após mais de três décadas de tentativas de aumento dessas taxas de amamentação o crescimento continua incipiente. Um estudo sobre o aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal revelou que em crianças que mamaram nas primeiras horas de vida, Salvador é a capital que demonstra pior índice 58,5% e São Luís, o melhor índice 83,5%, sobre aleitamento materno exclusivo. Apenas 36% das crianças nascidas em Salvador foram amamentadas nos primeiros 180 dias. Todas as capitais têm uma semelhança quanto aos índices de amamentação que ficam em torno de 10%.

Durante a década de 1970, os pediatras estiveram mais preocupados com as fórmulas lácteas e suas manipulações, eles não sabiam como incentivar, promover e ajudar as mulheres a realizarem a amamentação, e por qualquer empecilho era induzido por esses médicos ao uso da mamadeira. A taxa de mortalidade infantil elevada e vários casos de crianças apresentando quadro de desnutrição foram pontos fundamentais para a introdução de leite artificial logo após o parto. A descrença do leite materno era tamanha que havia um movimento dos profissionais de saúde, com todas as campanhas e discursos em favor do leite animal, quando os médicos, gerenciavam o aleitamento infantil, e receitavam medidas corretas para que esta alimentação estivesse sendo feita adequadamente “estávamos deixando de ser mamíferos para se tornar mamadeiríferos” (MARTINS FILHO, 2006, p.29).

Após dados irrefutáveis sobre os benefícios da amamentação, os malefícios das fórmulas lácteas prescritas por negação das mulheres em amamentar e por *lobby* pesado das indústrias sobre os médicos aconteceu uma mobilização internacional para reverter esse quadro. A OMS, percebendo a situação global do desmame precoce decidiu fazer uma assembleia para discutir o declínio geral dessa prática (SILVA, 1997). No Brasil, o Estado assume a paternalidade infantil e cria medidas para poder diminuir as taxas de mortalidade infantil e aproximar-se das metas desejadas pela OMS. Em 1976/77, foi criado no Brasil, o Comitê Nacional de Aleitamento Materno (MARTINS FILHO, 2006), formando profissionais de saúde que saíram do país para obter novos conhecimentos em países desenvolvidos e militantes a favor da amamentação, incorporando novas práticas e orientações sobre o leite

materno em detrimento de qualquer outro alimento, porém, essa nova concepção (não tão nova) quando chega ao país encontra um terreno semeado pela negação completa à amamentação e inflamado por concepções do Movimento Feminista⁵ (MF) que visualiza o retorno da mulher à amamentação como uma camuflagem do machismo, e uma forma de culpabilização da mulher pelas mortes das crianças.

No decorrer da história da humanidade existiram figuras femininas isoladas que questionaram a posição de submissão da mulher, mas eram manifestações incipientes. Durante a década de 1960, o contexto mundial apresentava um terreno propício como a guerra do Vietnã; o movimento Hippie; na Europa, Maio de 68, e a pílula anticoncepcional. Nesse contexto surge o MF questionando a relação de poder. O Brasil vivia um momento de Ditadura e repressão política, que não foi motivo para bloquear o movimento que acontecia tímido. Na década de 1980 aconteceu o auge do MF no Brasil, conseguindo que a constituição de 1988, protegesse a mulher. O MF reivindicava que a mulher recebesse o direito de cidadã, que não houvesse diferença entre os sexos, que ela não fosse submissa, que ela fosse autônoma de seu corpo. A origem desse movimento estava nas brasileiras de classe média, intelectualizadas e posteriormente dissipada para as demais classes, o que favoreceu para revelar todas as formas do exercício do poder encoberto por discursos românticos e ludibriadores.

“O feminismo aparece como um movimento libertário, que não quer só espaço para a mulher – no trabalho, na vida pública, na educação – mas que luta, sim, por uma nova forma de relacionamento entre homens e mulheres, em que esta última tenha liberdade e autonomia para decidir sobre sua vida e seu corpo” (PINTO, 2010, p.16).

Em 1979, juntamente com a UNICEF, a OMS realizou uma reunião para colocar em pauta a comercialização de leites de origem animal, a alimentação infantil, as propagandas comerciais e discutir como a disponibilização desses leites às mães/bebês estavam sendo incitadas desenfreadamente. A partir dessa reunião à qual o Brasil participou de modo incisivo, houve a gênese para o programa nacional estabelecido dois anos após (OMS, 1979).

⁵ O Movimento Feminista é definido como “O movimento resignificou o poder político e forma de entender a política ao colocar novos espaços no privado e no doméstico. Sua força está em recolocar a forma de entender a política e o poder, de questionar o conteúdo formal que se atribuiu ao poder a as formas em que é exercido. Distingue-se dos outros movimentos de mulheres por defender os interesses de gênero das mulheres, por questionar os sistemas culturais e políticos construídos a partir dos papéis de gênero historicamente atribuídos às mulheres, pela definição da sua autonomia em relação a outros movimentos, organizações e o Estado e pelo princípio organizativo da horizontalidade, isto é, da não existência de esferas de decisões hierarquizadas.” (COSTA, 2005, p. 7)

As campanhas nacionais e internacionais incentivaram o Brasil a construir um programa específico para a amamentação. Em 1980, o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAM), procurou a OMS e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), para realizar um projeto visual com pessoas que estivessem na mídia, que estimulassem e sensibilizassem a população quanto à amamentação (REA, 2003). Um ano após, é criado o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM). O interesse desse programa estava nas causas do desmame precoce, e no entendimento do porquê disso acontecer. Para alcançar seu objetivo, utilizou como ferramenta instruir a população e os profissionais de saúde quanto à importância do Aleitamento Materno, discutir as propagandas das fórmulas lácteas e seu poder de persuasão (SILVA, 1997).

Após a implantação do PNIAM, o governo incentivou pesquisas para conhecer como estava a realidade da amamentação. Esses estudos informaram que o tempo e a duração da amamentação dobraram, porém ainda estava muito aquém dos seis meses de amamentação exclusiva, mesmo contando com o apoio da Igreja Católica e de entidades beneficentes (REA, 2003). A justificativa de Silva (1997), para esses dados, está na fragilidade de todos os componentes indispensáveis à eficácia do programa, a saber: uma explicação ampla sobre como, onde e de que maneira o aleitamento materno deveria acontecer (logo, as mulheres não aderiam); os profissionais de saúde (continuaram despreparados para fazer, incentivar e orientar as mulheres sobre a amamentação); o treinamento completo sobre todas as propostas do programa. Assim como muitos programas de saúde formulados pelo MS, verifica-se que possuem abordagem ampla, mas que não englobam as especificidades de cada região.

Em 1983, 90% das mulheres realizavam a amamentação e o problema estava em manter essa prática, pois o desmame continuava a perseguir as brasileiras, e em 2008 resultados de estudos demonstraram a introdução precoce de água, chá e outros leites no primeiro mês de vida da criança (BRASIL, 2012). O cenário internacional das medidas de incentivo à amamentação chegou ao Brasil, ratificando algumas estratégias para melhorar e elevar o tempo e a duração da amamentação implementadas. Contudo, as propagandas de incentivo a essas mulheres não poderiam ser similares às que aconteciam em outros países, porque cada governo tinha uma política e um perfil da população – nos Estados Unidos, por exemplo, apenas 50% das mulheres amamentavam. De 1984 a 1986 ocorre um declínio da amamentação no Brasil (REA, 2003). As taxas conseguiram aumentar devido aos trabalhos e esforços do governo, de profissionais de saúde e da mídia, entretanto, elas não se mantêm elevadas e oscilam, o que se pode inferir que as estratégias devem ser pensadas também na

continuidade para além das propagandas, para o dia a dia dessa mulher e de sua dinâmica social, familiar e econômica.

Nesse período no Brasil, grandes foram os obstáculos existentes para que as mulheres exercessem a amamentação. Havia uma separação que isolava o bebê das mães, principalmente quando esses precisavam ficar em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou berçários de alto risco, justificando-se pelo risco em adquirir infecções. A amamentação nas primeiras horas de vida era outro fator desconhecido e evitado pelo mesmo problema supracitado e a solução estava nas mamadeiras prontas com leite artificial ou soluções de glicose hipertônicas já prescritas previamente. A equipe de saúde mostrava muito receio das crianças apresentarem hipoglicemia pela fome, por isso alguns médicos já prescreviam na alta dos bebês o leite animal industrializado, medidas e doses diárias.

Ao analisar esse panorama, de influências políticas e ambientais, pode-se definir a sua compreensão do desmame:

Se alguém não é ou não era culpada pela não amamentação, essa pessoa era a mulher. Era o sistema que desmamava ou impedia um bom início da lactação. Eram os profissionais de saúde que, infelizmente, conheciam muito pouco de amamentação e que praticamente não conseguiam de forma adequada ajudar as jovens mães a lactar. (MARTINS FILHO, 2006, p.33).

No ano de 1989, a OMS lança um programa sobre 10 ações relacionadas à amamentação, sendo as maternidades as instituições que deveriam modificar-se e aderir ao internamento do binômio (mãe/filho) em alojamento conjunto. Naquele momento ainda havia no Brasil poucos trabalhos em língua portuguesa que descrevessem e orientassem os profissionais de saúde sobre a amamentação. Efetivamente essas ações começam a ser realizadas no Brasil em 1992, com a IHAC (Incentiva Hospital Amigo da Criança), que adotaram as seguintes 10 ações propostas pela OMS: 1. Ter uma política de aleitamento materno, escrita, que seja rotineiramente transmitida a toda a equipe de cuidados de saúde; 2. Capacitar toda a equipe de cuidados de saúde nas práticas necessárias para executar essa política; 3. Informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno; 4. Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento; 5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas dos seus filhos; 6. Não oferecer aos recém-nascidos, bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica; 7. Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e bebês permaneçam juntos – 24 horas por dia. 8. Incentivar o aleitamento materno sob livre demanda; 9. Não oferecer bicos artificiais ou chupetas a

crianças amamentadas; 10. Promover a formação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos na alta da maternidade. (BRASIL, 2010).

Após anos de práticas empíricas sobre a amamentação, os profissionais de saúde trabalhavam arduamente numa tentativa sufocante e opressora para aumentar o tempo e a duração da amamentação e, conseqüentemente, diminuir as taxas de mortalidade infantil, aliás esforços pouco expressivos no que se refere aos propósitos, para ele empregado. Apenas em 1997, foram realizados cursos específicos sobre a amamentação para os profissionais de saúde e distribuição de matérias na língua oficial do Brasil. O crescimento do número de bancos de leite humano chega a 150 em todo o país. Ocorreu também um aumento importante no tempo de amamentação que teve sua média em sete meses e, em 1999, chegou a 10 meses (REA, 2003).

O aumento do tempo de amamentação foi atingido, quando os profissionais de saúde foram preparados e qualificados sobre a amamentação, e como ensinar e promover segurança a mulheres na prática eficaz da amamentação. Não adiantam ações verticalizadas se os serviços de ponta que operacionalizam os programas não estiverem capacitados. Então se pode inferir que após esse treinamento o Brasil continua num gráfico progressivo aumentando seu tempo de amamentação? Não, a amamentação tratada como um fenômeno, que apresenta multicausas e diversas interferências (biológica, social, política e econômica), ainda não consegue atingir as taxas esperadas. O núcleo do fenômeno está na mulher, e a ela devem ser direcionadas todas as propostas que circundam a amamentação, assim como suporte e rede de apoio social e familiar.

Em 2000, a ONU realizou uma reunião com 189 países dentre esses o Brasil, para estipular oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), cujas metas foram estipuladas com prazo de alcance até 2015. De acordo com os dados oferecidos pelo Brasil (2013), o país já conseguiu alcançar quatro desses objetivos. Entre os que ainda não conseguiu atingir está o de Reduzir a Mortalidade Infantil e um dos pré-requisitos para alcançar as metas estabelecidas de mortalidade Infantil, seria aumentar os índices de amamentação exclusiva, que continuam muito baixos.

De acordo com Almeida (1999), “a mulher contemporânea tende a amamentar cada vez menos”. Tal fato é justificado a partir da nova composição da família brasileira e seu número crescente de famílias chefiadas por mulheres e sua saída expressiva para o mercado de trabalho. A gravidez antecede a amamentação e dados revelam que as taxas de fecundidade diminuíram. Exemplo disso é o estudo de Alves (2005), que descreve um levantamento dessa redução iniciada há dois séculos, e intensificando nas últimas três

décadas, atingindo países desenvolvidos e subdesenvolvidos. Dentre as explicações sobre os achados, verifica-se que a entrada da mulher no mercado de trabalho e os métodos contraceptivos favorecem a ascensão da mulher quando ela passa de dona de casa para receber um salário que ajude na renda familiar. Isso é de vital importância para que ela ganhe voz nas decisões familiares. A gravidez e a amamentação deixam de ser uma prioridade devido às novas responsabilidades associadas ao gênero, seguindo em vias opostas com a ascensão da mulher no mercado de trabalho.

De acordo com Carvalho e Malagrís (2007), os profissionais da área de saúde apresentam maior estresse devido à responsabilidade sobre suas profissões apresentando sofrimento mental, o que em muitos momentos influenciam de maneira negativa em seu desempenho. É salutar que a carga horária, associada às múltiplas jornadas de trabalho bem como às tarefas restritas ao gênero feminino em casa, crie um ciclo de problemas que interfiram na prática de suas atribuições, de forma generalizada e esse impacto seja também acompanhado em seu desempenho quanto à amamentação, fazendo com isso que desencadeie o desmame precoce.

Estudo realizado por Almeida (1999), sobre as mães profissionais de saúde revelou que a amamentação ocorreu exclusivamente por um período médio de 98 dias. Informa ainda que 71,4% das mães introduzem leite animal antes dos seis meses de amamentação exclusiva – algumas dessas mães relataram falta de segurança para tal ato. No trabalho de Caminha e col. (2011), verificou-se que entre as profissionais de saúde que atuavam no Programa de Saúde da Família⁶ (PSF), o tempo médio de amamentação exclusiva foi de quatro meses, com a amostra de 35 profissionais. Sendo as profissionais de saúde que explicam e orientam a amamentação para as mães no momento de fragilidade que é a gravidez, e se essas não se sentem seguras para realizarem tal prática, como esses conhecimentos serão repassados a essas mulheres que não são da área de saúde e que trazem consigo uma cultura do desmame precoce? De que modo a educação continuada referente à amamentação é modificada quando a mulher/profissional tem a experiência da amamentação?

A lacuna a ser respondida está no abismo entre natureza e cultura. Do compreender os benefícios, mas não conseguir executar essa tarefa pelo tempo determinado, de resistir à

⁶ O Programa Saúde da Família (PSF) visa a reversão do modelo assistencial vigente. Por isso, nesse, sua compreensão só é possível através da mudança do objeto de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços, reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios. Essa perspectiva faz com que a família passe a ser o objeto precípua de atenção. Mais que uma delimitação geográfica, é nesse espaço que se constroem as relações intra e extrafamiliares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida (BRASIL, 1997, p.07).

tentação de não administrar nenhum complemento artificial, mesmo tendo uma carga de trabalho domiciliar exaustiva associada aos cuidados com o bebê, de cultivar o corpo e saber que ele pode não ser mais o mesmo após a amamentação, de não querer amamentar, mas ser cobrada pela sociedade por ser mulher/enfermeira. A amamentação não pode ser analisada de forma pontual, ela está intrinsecamente ligada à gravidez e a todo o contexto histórico, econômico e cultural dessa mulher. Logo, a amamentação está sim envolta por diversos mitos e simbolismos, cultura e história, embora seja a sociedade do espetáculo que dita as normas dos acontecimentos e determina suas prioridades – assim, a amamentação se faz num corpo cultuado e aprisionado por ela, sendo um campo semântico de idealizações e transformações.

Nos últimos anos foi criada no Brasil a Rede Cegonha. “É uma rede de cuidados que assegura às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, a atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério e na qual as crianças têm o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis” (Brasil, 2010). Essa campanha pretende reforçar as diretrizes sobre a amamentação, oferecendo suporte à mulher. Esse é um tema importante para o Brasil, onde hoje ainda há uma taxa significativa de mortes de crianças com menos de um ano e se acredita que a prática de amamentar diminua ou sane esses valores (BRASIL, 2009). Na tentativa de incentivar a amamentação, o governo delega a tarefa aos profissionais de saúde que atuam em momentos pontuais no cuidado ao binômio mãe/filho (antes, durante, e após esse momento). Não há um treinamento específico, apenas uma reprodução de conhecimentos que nem sempre os próprios profissionais de saúde acreditam em sua completa eficácia e, portanto, não realizam as práticas de acordo com o que se preconiza pelo MS; ou acreditam, mas entendem que há várias barreiras a serem superadas e que eles não sabem localizar o ponto inicial. Assim, são obrigados a passarem adiante informações frágeis, sem confiança, sabendo que os usuários do sistema não irão conseguir realizá-las, porque existem múltiplos fatores para o êxito na amamentação.

Estudos científicos não param de pesquisar sobre o leite materno, seus componentes e sua interação com o lactente. Após exaustivas investigações foram encontrados dados, a respeito do aleitamento exclusivo por um tempo de seis meses, contradizendo o que é pregado pela OMS. Os achados mostram que as crianças devem ser amamentadas, apenas por quatro meses exclusivos, quando esse tempo é estendido para seis meses, podem ocorrer riscos de: anemia, problemas motores, mentais e psicossociais, além de haver correlação com a doença celíaca. A orientação seria introduzir no quarto mês, alimentos sólidos associados à amamentação (GILBERT, 2011).

As opiniões são divergentes sobre o tempo da amamentação exclusiva, contudo o que se percebe é que a ciência a cada momento altera suas verdades absolutas, reformulando hábitos e práticas já estabelecidas. Assim como no caso da amamentação, novas pesquisas estão sendo contrárias ao uso do leite animal, descrevendo que há mais malefícios no seu uso, do que benefícios (COLLETTA, s.d.). Contudo, ainda não houve um consenso sobre todas as teorias contrárias à utilização do leite. Enfim, agora faz-se necessário aguardar dados substanciais sobre os achados, e acompanhar como será vivenciada pela sociedade as novas evidências.

4.0 A FAMÍLIA E A AMAMENTAÇÃO: CONTINUIDADES E DESCONTINUIDADES

A sociedade pertence ao reino da cultura, enquanto a família é a emanção, no nível social, daqueles requisitos naturais sem os quais não poderia haver sociedade nem certamente, humanidade.

LEVI- STRAUSS, 1982, p.379.

Durante o transcorrer do tempo, o indivíduo foi agregando diversas e inusitadas formas de viver em sociedade e de construir vínculos afetivos, econômicos e sociais, estabelecendo a convivência em família e o parentesco. A família foi perdendo algumas funções básicas transpondo essas atividades ao Estado e em outros momentos reassumindo-as. Hoje, ao conceituá-la, verifica-se qual o papel dela para a determinada sociedade e para o bem-estar do indivíduo. Contudo, a família “é considerada um valor ideal que a maioria da população cultiva... sendo reconhecida como uma estrutura básica permanente da experiência humana e social” (PETRINI, 2003, p.60-61). A família seria um bem sublime para o indivíduo, seus benefícios seriam incalculáveis através de uma gama de funções, imprescindíveis para sua formação psíquica e social equilibrada. Sendo assim, a família estaria longe de acabar ou ser destruída, ela seria tão necessária à experiência humana que seu fim estaria em paralelo com a destruição da raça humana.

Realizar uma definição de família única seria extremamente difícil, visto que para fazê-la precisaria correlacionar qual família se está querendo estudar. Portanto, é necessário localizá-la no ponto geográfico, sociopolítico e econômico, desconstruir conceitos pré-estabelecidos, baseados em culturas e vivências compreendendo a família como produto não isolado, mas amalgamado com a cultura, sendo entendida como um mecanismo de autocomplemento, em prol do ser humano.

A relação entre natureza e cultura não pode ser de competição, de disputa excludente. É necessária a cooperação, a convergência, para que a existência humana tenha chance de continuar sendo humana num contexto dinâmico que busca a plena realização (PETRINI, s/d , p.17).

A justificativa para esta amplitude de diversidades de famílias, também se embasa na própria constituição de família que apresenta um significativo poliformismo, que retorna ao ponto da cultura. É notório que a família nuclear seja a construção idealizada pela sociedade

ocidental; ela, porém, não se constitui na única estrutura familiar conhecida nas sociedades (MELO, 2000). Esse poliformismo, as regras de convívio e as inter-relações são peculiares e complexas, para entendê-la verificam-se na literatura corrente textos⁷ que descrevem suas funções, talvez na tentativa de facilitar sua compreensão didática. Contudo, para Donati (2011), à proporção que se descrever e segregar a função dessa família se estará ao mesmo tempo reduzindo ou limitando-a à sua verdadeira grandeza, pois a família é suprafuncional, plena, completa – ela é a única razão da existência humana.

A família proporciona ao indivíduo elementos para seu desenvolvimento e proteção. Pelo fato de a família ser complexa em sua existência, o autor supracitado desenvolve a Teoria Relacional para preencher lacunas como a representação dessa magnitude da família na experiência pessoal. Compreende-se que a família deve ser analisada de forma relacional e que os problemas familiares emergem das relações dos indivíduos. De acordo com Sarti (1994), ao pensar na constituição de uma família, a casa seria o espaço físico de desenvolvimento e relacionamentos; nesses espaços, essas relações se tornariam divididas por elementos estigmatizados, pela sociedade que seria o corpo físico e a diferença sexual, o homem seria o chefe da família e a mulher a chefe da casa, as autoridades se dividiriam, contudo, a casa estaria contida na família e o homem acabaria sendo a autoridade maior, angariando o *status* de autoridade moral da família, o mediador entre o mundo privado e o público.

As famílias contemporâneas vivenciam um momento de turbulência, desconstruções do modelo até então atual e reconfiguração de outros modelos de famílias vigentes que caracterizam a pluralidade com que se encontram as relações. As formas com que as famílias vêm se apresentando seria também um reflexo da sociedade e uma maneira de sobrevivência em um mundo de preservação do humano no homem. Conforme Petrini (2003), a família seria a essência da condição humana atual e, portanto, estudar os fenômenos tendo como base a situação familiar seria o modo de compreensão e entendimento eficaz. Entretanto, a família se adapta às mudanças, resignificando a cada obstáculo, a sua própria essência na vida do indivíduo, suprimindo suas necessidades humanas básicas, reafirmando a sua imprescindibilidade de se fazer presente.

De acordo com Lévi-Strauss (1982) a vida familiar está presente em todas as sociedades, como um fenômeno universal. Para o estabelecimento da vida familiar existem formas variadas de viver que se baseiam em diferentes culturas, assim como na diferença de

⁷ Família e proteção Social – Carvalho e Almeida (2003), Teoria Crítica da Família Bruschini (2000), Família: perspectiva teórica e observação factual Melo (2000), A Família, Lévi-Strauss (1982), Pós –modernidade e Família Petrini (2003).

evolução em que se encontram os povos. Entretanto, o casamento é a legalização da união que atesta a relação de um homem e uma mulher independente desta multiplicidade de formas de vida familiar. É por meio da exogamia que acontece o encontro de pessoas de diferentes famílias para a construção de uma nova família. Desse fato, o ser humano se eleva a outro patamar no reino animal:

“o que realmente diferencia o homem dos animais irracionais é o fato de que, na humanidade uma família não poderia existir se não houvesse sociedade, isto é, uma pluralidade de famílias prontas a reconhecer que existem outros laços que não só os consanguíneos, e que o processo natural de filiação somente pode ocorrer através do processo social da afinidade” (LEVI-STRAUSS, 1982, p. 372).

O casamento acontece com o aumento e o entrelaçamento de famílias. Mesmo com esse casamento sendo legal, segundo as normas sociais, ele só está legitimado após o nascimento de um filho, posicionando o casal no patamar de genitores e responsáveis pelo outro, que nessa situação é uma criança (SARTI, 1994). O nascimento de um filho é a continuação do legado geracional, torna a situação uma dádiva, transformando todos da família em corresponsáveis por esse novo ser. A relevância das redes de parentesco na vida do casal proporciona a essa nova família, apoio e segurança à nova situação que é a chegada desse integrante.

4.1 RELAÇÃO MÃE/FILHO: A AMAMENTAÇÃO COMO CONSTRUÇÃO DO VÍNCULO

No momento em que a mulher descobre que está esperando um filho, inúmeros são os sentimentos e emoções que tomam conta dela quando se depara com a maternidade. A chegada de uma criança faz com que a mulher tenda a crescer e amadurecer enquanto pessoa, preparando-se para ser mãe.

A relação mãe e filho inicia-se na gravidez, em que a mulher já começa a estabelecer um vínculo com o seu filho, criando um ambiente de conforto e segurança, nesse momento a criança sente-se desejada ou rejeitada pela mãe, impactando no estabelecimento do vínculo mãe e filho (FALCONE *et al.*, 2005). Acredita-se que os sentimentos negativos da criança assim como os problemas mentais têm sua origem na relação mãe e filho na vida intrauterina. Quando a negação da vontade de ser mãe é transmitida ao feto por meios de suas atitudes e pela falta de diálogo.

De acordo com Winnicott (1999), no momento da gravidez a mulher tem nove meses para conviver com um novo ser dentro dela, ela se prepara para a maternidade. Para isso, as mulheres necessitam realizar uma regressão materna que as possibilitem uma comunicação identificando as necessidades básicas dos bebês, seu choro e até conseguem diferenciá-lo. Esta situação é denominada por esse mesmo autor, como “preocupação materna primária”. Nos momentos iniciais tanto a mãe quanto o bebê já vivenciam experiências ímpares fundamentais no desenvolvimento futuro desse bebê, o binômio mãe e filho em harmonia. A maternidade e a amamentação seriam assim uma situação natural que não precisaria de orientação e ajuda, a mãe aprendendo a ser mãe naturalmente “a riqueza do conhecimento intuitivo é o fato dele ser natural e não conspurcado pelo aprendido” (WINNICOTT, 1999, p.14). Para esse desenvolvimento, que acontece intrinsecamente, a mulher não precisa de cursos ou palestras. Após a maternidade, a mãe é capaz de prestar um excelente cuidado ao seu bebê.

Quando este bebê não é programado, ou desejado, e esta harmonia não é alcançada, as mães apresentam dificuldades em cuidar deles. No momento em que as mães não conseguem desempenhar bem suas atividades com o bebê, essa situação pode refletir-se em um problema enraizado no passado que no momento da maternidade eclodem com certa rejeição ao bebê. A sociedade cobra das mulheres a maternidade sem deslizes, qualquer problema que não condiz com a normatização da boa mãe, a culpa recai na mulher. A cobrança de níveis elevados de assistência ao recém-nascido, por apresentarem a condição de ser indefeso e susceptível a infecção ou desnutrição, situação que pode levá-lo à morte iminente. Estas mães devem cuidar para que nada aconteça ao bebê e, se os bebês se mantêm saudáveis em paralelo é uma prova de boa conduta materna. As mulheres podem apresentar aversão ao bebê, fazendo com que qualquer forma de contato do bebê para ela cause repulsa e afastamento. Bowlby (1990, p.258) assinala que “tais comportamentos podem interferir seriamente nos cuidados com seu filho”.

A amamentação é uma prática que proporciona à criança uma alimentação ideal e por outro lado estimula o vínculo mãe/bebê. Contudo, quando se refere à alimentação infantil, já há alimentos lácteos capazes de proporcionar boa nutrição sem danos nem alterações ao desenvolvimento infantil (BADINTER, 2011, WINNICOTT, 1999). A amamentação como ordem natural estaria além de nutrir o bebê, permitindo à criança uma riqueza de experiências, sensações, favorecendo sua saúde mental, criando fundamentos do caráter e da personalidade (WINNICOTT, 1999). Contudo, não é só o ato de amamentar que permite à criança o desenvolvimento emocional e psíquico. A relação mãe e filho com um vínculo afetivo sólido é fundamental para esse desenvolvimento. Para Bowlby (1990), existem quatro teorias que

podem desencadear a origem do vínculo, dentre elas “a Teoria de Sucção do Objeto Primário”, que seria o fato deste bebê está ligado ao seio materno para se alimentar ou acalentar, suprimindo suas necessidades de alimentação e de contato com a mãe.

À medida que a amamentação é imposta à mulher, através dos profissionais de saúde essa intromissão desequilibra a relação mãe/filho, podendo ocasionar o desmame precoce. Os profissionais de saúde não são especialistas em estabelecer intimidade entre o binômio, e uma tentativa de ajudar a mulher a amamentar que não seja delicada pode ser perniciosa. A depender da forma como os profissionais assistem a essa mulher além do desmame, a culpa materna por não atingir os padrões de excelência, interfere no estabelecimento do vínculo. Quando o vínculo é fragilizado e esses bebês são criados sem afeto e carinho, podem apresentar um quadro de depressão, levando à morte, lembrando que esse contato é realizado pela pele, órgão sensitivo primário do bebê, e não sendo estimulado devidamente podem desencadear distúrbios emocionais graves (PAMPLONA, 2005).

A relação entre mãe e filho está subsidiada através da troca, desencadeando o estabelecimento do vínculo afetivo, que em nada tem a ver com um sentimento natural, ele é construído por momentos prazerosos em que ambos estão juntos (BADINTER 2011, NASCIMENTO *et al.*, 2005). O bebê para se relacionar com a mãe precisa de um ambiente facilitador, podendo criá-lo com sua sensibilidade e amor (WINNICOTT, 1999). Mesmo sendo o vínculo uma relação dual, não se pode esquecer que a mulher tem um passado que lhe deixou marcas e traumas, tem a gravidez que nem sempre acontece tranquilamente, a relação com o pai da criança, família e profissionais de saúde, intervêm de modo positivo ou negativo na consolidação do vínculo.

A atuação do profissional de saúde – enfermeiras(os) na assistência à mulher que amamenta não é descrita por Winnicott. Há uma descrição do que o profissional não pode fazer, porém não é detalhada como fazer o certo ou que instrumentos usarem nessa assistência. Entretanto, o autor explana que a experiência de amamentar é única e rica. Sendo assim, a socialização dessa experiência entre enfermeiros que vivenciaram ou não essa etapa da vida pode contribuir tanto para auxiliar as mães em suas decisões sobre a amamentação quanto ajudar na solidificação do vínculo mãe/filho, auxiliando as mães na construção do ambiente facilitador. A ideia é que nesse espaço de troca possa haver a presença de outros profissionais de enfermagem que não passaram pela experiência da amamentação, como os enfermeiros do sexo masculino, que embora assistam essas mulheres, conhecendo profundamente a vivência de uma categoria que conhece a amamentação detalhadamente.

4.2 AMAMENTAÇÃO E OS CONFLITOS GERACIONAIS

A família acompanha a versatilidade da sociedade e através dessas mudanças as famílias se estruturam para poder discutir e reorganizar sua dinâmica (BENINCA E GOMES, 1998). Os impactos sofridos por tais mudanças promovem ao meio intrafamiliar alguns conflitos geracionais entre permanência e rupturas de valores, crenças e culturas, como é o caso da amamentação. “Quanto maior a proximidade entre as pessoas, quanto maior a liberdade com que se relacionam tanto maiores serão as probabilidades que elas entrem em conflito” (PETRINI, 2003, p.70).

A prática da amamentação é uma decisão exclusivamente da mulher, porém permeada por todo o seu contexto social, econômico e cultural. A situação remete ao que Primo e Caetano (1999) caracterizam como a história de vida e o significado que essa mulher atribui ao ato de amamentar, sendo fatores imprescindíveis na sua decisão. Embora a família seja a instituição que apoia e cuida dos seus membros, dois componentes seriam fundamentais para proporcionar apoio à mulher em sua decisão de amamentar ou incentivá-la à prática do desmame precoce – a mulher-avó e o pai do bebê.

Durante todo o momento, o indivíduo está recebendo da sua família orientações e direcionamentos. As heranças geracionais acompanham os indivíduos em diversos setores pelos quais se fazem presentes, ou dentro de sua própria família ou em seu ambiente de trabalho. Contudo, há momentos especiais como o nascimento, que tais informações adquirem um valor simbólico, modelando a memória familiar (CARRETEIRO & FREIRE, 2006). É também após o nascimento e o processo de amamentação que a mulher torna-se vulnerável e necessita de apoio. Essa vulnerabilidade pode facilitar sua adesão a conselhos de outras mulheres sobre a amamentação independente de orientações ou conhecimento sobre essa temática.

A identidade da família, sua marca registrada, seus costumes, crenças, valores, prioridades e suas regras de comportamento interno são passadas de gerações para gerações através de ensinamentos e orientações. Consoante com a afirmação supracitada, Borges e Magalhães (2011), salientam que a transmissão de conhecimento de uma geração para outra é uma transmissão da realidade, de um mundo de hábitos e significados individuais, as gerações são caracterizadas por tais autores como pessoas que viveram em determinada época histórica e experimentaram as mesmas experiências e que reproduzem para os demais membros da família acerca de suas impressões. A partir desse momento, mesclam-se um emaranhado de

significados pessoais sobre assuntos que tangenciam os fenômenos, podendo transformar a experiência em positiva ou negativa. Contudo, as experiências subjetivas definem as trajetórias passadas e orientam as futuras.

O ato de amamentar coloca a mulher em situação de vulnerabilidade e incertezas, a insegurança de uma situação nova que envolve simbolismo, responsabilidade e cobrança social, faz com que a mulher busque o apoio da família para enfrentar a nova situação. De acordo com Teixeira, Nitschke & Silva (2005), o porto seguro para as mulheres estaria personificado na figura da mulher – avó. Obviamente tal segurança estaria respaldada nas experiências dessas mulheres sobre a amamentação e também por elas acumularem ao longo da vida conhecimentos diversos que a colocam em posição de respeito perante os demais membros da família.

As mulheres-avós auxiliam as mães no cuidado direto ao bebê, contato esse íntimo que remete em influências exercidas por elas sobre todos os momentos delicados e decisivos para o cuidar, principalmente na amamentação, incentivando-as a introduzirem alimentos artificiais como chás, sucos, mingau, antes do tempo estabelecido da amamentação exclusiva (SUSIN, GIUGLIANI & KUMMER, 2005, TEIXEIRA, NITSCHKE & SILVA, 2005). As orientações das mulheres-avós podem refletir suas experiências negativas à amamentação ou orientações recebidas por outras mulheres. Conforme estudos de Teixeira *et al.*, (2001), as mulheres-avós não realizaram a amamentação exclusiva durante seis meses por diversos problemas dentre eles a experiência de viver em uma época que as mulheres eram desestimuladas a amamentar, logo introduzindo alimentos artificiais.

O papel das mulheres mais velhas dentro das famílias torna imponente sua autoridade moral e social, transformando-as em referência no cuidar e na proteção dos demais. A divisão sexual de papéis no ambiente privado estabelece que as filhas mulheres sejam educadas e orientadas pelas mães e, desde a infância, as mulheres são conduzidas e estigmatizadas no papel principal de cuidadores por natureza. Para Primo e Caetano (1999), as mulheres por permanecerem próximas a suas mães vivenciam e apreendem a forma como devem cuidar do seu grupo de pertença. Através do comportamento como cuidadoras, incorporando a arte do cuidar como qualidade inerente a sua natureza, construindo assim seu próprio cuidar, baseado num modelo prévio de sua mãe. A partir dessa imagem e dessa experiência, as mulheres dão andamento à maternidade e ao simbolismo arraigado por ela. De acordo com Abás e col. (2001) e Primo e Caetano (1999), a falta de contato de mulheres com a amamentação seria o fator desencadeante do desmame precoce. O fato de as mulheres não compartilharem com sua família a prática da amamentação convergiria num ciclo vicioso ocasionando quase sempre

num desmame precoce. Portanto, a transmissão dos ensinamentos estariam também baseados no ver fazer e à medida que as crianças vissem e acompanhassem outras mulheres de sua família realizando a amamentação, isso ficaria marcado em seu inconsciente como uma prática cotidiana e natural, sendo repetida com seus filhos e orientando suas filhas ou noras.

O nascimento de uma criança é para a família o momento de continuidade do seu legado e para a mulher uma experiência de realização misturada com medo de não corresponder a expectativas de boa mãe. As mulheres, independentes da profissão ou nível sociocultural necessitam do apoio dos companheiros, da família e de profissionais de saúde. Em casa, porém, são as mulheres-avós as pessoas que além de transmitirem parte de seus conhecimentos, proporcionam ao binômio segurança e conforto. Essas mulheres influenciam no tempo e no tipo de aleitamento, devendo essas mulheres ser o foco de atenção do enfermeiro na assistência à mulher no que se refere à amamentação.

As opiniões de familiares, amigos e vizinhos, sobre a amamentação refletem em sua grande maioria no desmame precoce, pois tais influências seriam mais importantes do que outros fatores que também ocasionam no desmame, como: as mudanças vividas por mulheres desde a década de 1960, as divisões sexuais de trabalho em casa, mitos e crenças sobre este fenômeno dentre outros (BARREIRAS & MACHADO, 2004). O amparo ao binômio (mãe/filho) é uma prática inerente da família, como instituição que cuida e protege seu grupo de pertença e dando subsídios ideais para seu desenvolver. Cabe ao enfermeiro incluí-la como agente catalisador dessa prática eficaz, através de um olhar desnudo para o grupo familiar.

Os conflitos geracionais, através do choque de conhecimentos, vão acontecendo. Se de um lado há ensinamentos científicos sobre o melhor e o ideal para as crianças. de outro lado, existem mitos e crenças trazidos por mulheres-avós que estão embasados em experiências vividas e de certa forma sustentada pela boa saúde dos filhos vivos. Nesse momento, acontecem trocas de experiências, uma congruência de saberes na perspectiva do bem-estar para o binômio.

4.3 MULHER, ENFERMEIRA, ESPOSA, E MÃE

“O corpo como um idioma, é submetido às grades culturais de cada país, grupo social, segundo um código secreto e complicado, escrito em nenhum lugar, não conhecido por ninguém, mas seguido por todos” (SAPIR, 1967 *apud* DÉTRZ, 2003, p. 2)

A amamentação é um fenômeno “situado entre a natureza e a cultura, definido como híbrido”, parafraseando Almeida (1999), pois é naturalmente determinado e socialmente construído e moldado conforme já discutido. Também está amalgamado em diferentes vertentes, porém indissociado do corpo feminino.

O corpo feminino e o processo de amamentação caminham juntos haja vista que o processo de amamentar ocorre através e na presença desse corpo, que foi caracterizado ao longo da história como um obstáculo para que essa prática não fosse efetuada, o que se reflete intrinsecamente, nos dias atuais. Manter o corpo físico belo e evitar o seu desgaste foi um dos motivos que levou à procura por alternativas que substituíssem essa prática, pois a manutenção do corpo ideal para cada época sempre esteve no ápice do desejo feminino revelando interesses da sociedade. A bússola que guisa o comportamento dos corpos é a cultura, por intermédio de pensamentos estruturados em pilares, pelos quais se baseiam na diferença sexual e inferiorização da mulher para assim enclausurá-la em teorias, normas e ideologias com o intuito de fisicamente colocá-las no espaço privado.

Diversos foram os momentos em que se constatou a relação de poder, indivíduos que se impõem sobre os outros sob a égide da dominação, impérios construídos, laços firmados, alianças desfeitas. Enfim, sempre houve os oprimidos e os opressores. O que se averigua com toda essa dominação é que interesses egoístas de poucos, exercem tal influência no todo, portanto, a natureza sucumbe à cultura.

O ser humano apresenta como característica a busca pelo saber, visando absorvê-lo e utilizá-lo em seu benefício, portanto, faz-se necessário compreender a origem do indivíduo e qual seja o objetivo de sua existência. Algumas teorias tentaram explicar tal prerrogativa, e é exatamente nesse ponto inicial que decorre a grande dominação do homem sobre as demais criaturas e, mormente, é aqui que é construído o papel da mulher na sociedade.

A mulher, apesar de estar classificada igualmente ao homem no reino animal, apresenta em sua estrutura física algo diferente: um ar de fragilidade, que a direciona na divisão sexual de trabalho e na posição dela, no espaço privado, pelo menos até a algumas décadas atrás. Em tons de complexidade o que realmente distingue essas posições assumidas pela mulher e proporciona em alguns momentos uma dicotomia é que este ser é o único da espécie humana responsável pela promoção e perpetuação da espécie. Por outro lado, ser a causa de todos os males na terra. O ato de amamentar é uma prática exclusiva feminina, após os processos fisiológicos da gestação e parto. Entretanto, para o desencadeamento dessa ação é condição *sine qua non* o uso das mamas, sendo a parte do corpo feminino que se traduz em sexualidade, nutrição, prazer e fetiche.

A desigualdade existente entre homens e mulheres baseia-se na natureza biológica. Teorias infundadas foram desenvolvidas para justificar essas diferenças. Aristóteles classificava a mulher como um ser secundário, através do qual deveria ser germinada pelo homem, e sua relação com esse ser completo era de submissão e obediência (BADINTER, 1985). Ainda seguindo os conselhos de Aristóteles, Felipe (2003), relata que as mulheres eram frias, fracas e úmidas, por isso não conseguiam purificar a alma... A justificativa corpórea de inferioridade e submissão das mulheres era estabelecida pelo físico e atinge um patamar metafísico, associado a seres supremos como Deuses. A purificação da alma seguiria o caminho que só estaria ao alcance de seres perfeitos e completos, sendo inacessíveis na condição já estabelecida para a mulher.

A Teoria Cristã é que Eva foi criada pela costela de Adão, conforme descrito na Bíblia (1955). Para o cristianismo, tido como a segunda religião mais seguida do mundo, não existe uma significância da mulher enquanto indivíduo público. Ela foi doutrinada a ser uma boa esposa, e excelente mãe (pelo menos, seguir o que a sociedade definia como padrão). No momento que a mulher foi considerada como culpada pelo fim do paraíso, ela adquire também a responsabilidade por tudo que estava fora do ideal e ganha a qualidade de maligna.

O discurso teológico, baseado na fonte inquestionável que é a Bíblia, endossava a representação desse indivíduo na sociedade, como uma personificação do mal, fonte de prazer e sobrevivência do homem pela procriação e amamentação. “O homem procurava uma responsável pelo sofrimento, o fracasso, o desaparecimento do paraíso terrestre e encontrou a mulher. Como não desconfiar de um ser cujo maior perigo consistia num sorriso?” (DEL PRIORE, 1999). A Igreja se utilizava de um discurso dicotômico entre alma/corpo, sendo o corpo capaz de guiar o homem ao pecado, sendo, portanto, a mulher a feiticeira que o fazia cair em tentação e, ao controlar as almas, indiretamente se controlavam os corpos.

De acordo com Schienbinger (2001), o corpo feminino era tratado por parteiras, as personagens que realizavam a saúde da mulher, haja vista que médicos não tinham interesse em estudar e discutir sobre seus corpos. Somente a partir dos séculos XVIII e XIX, quando os homens se interessaram pelo corpo feminino e pela sua capacidade de gestar, essas parteiras foram retiradas de suas práticas, por serem consideradas incapazes de fazerem ciência e em consequência o parto. Nesse momento, ocorreu a hospitalização desse parto que antes era feito em casa. Houve um aumento no desmame precoce, pois na época não era preconizado o internamento no mesmo espaço entre mães e filhos. Desencadeou-se assim, uma série de eventos e as mulheres perderam sua rede de apoio à presença da família – confiança já estabelecida com as parteiras que faziam parte da vida cotidiana dessas mulheres.

O papel da mulher situa-se numa relação triangular, onde ela é relativizada, pois apenas concebida em relação ao marido e ao filho. Porém, além de ser mãe e esposa, ela é um ser dotado de vontade e ideias que poderia ser autônoma da sua própria vida, embora seja submissa na maior parte da história, por ser inferiorizada. (Badinter, 1985). A ascensão da mulher em relação à sociedade está atrelada à valoração da criança nessa cultura e sobre a prioridade que se deva seguir. A transformação do papel da mulher ocorre na década de 1970 com o MF, quando a mulher ganha visibilidade enquanto indivíduo capaz de modificar a sua condição sócio, político e econômica. A partir da mudança interna inicia uma jornada em busca de conquistas públicas que viabilizem seu acesso a patamares diferentes, embora o impacto desses prêmios tenham ocasionado reestruturações nos espaços privados (CAVALCANTI, 2005).

A preparação da mulher para ser uma boa esposa estava subjugada pelo patriarcado e poder marital. Em todo o contexto histórico, a sociedade impõe que a mulher deveria ser obediente e atender aos seus caprichos como escrava. Após as palavras de Cristo sobre as mulheres, extrai-se uma tentativa de colocá-las numa posição melhor na família, alertando ao marido o modo de tratá-las. Mas a Igreja Católica, logo em seguida, foi uma exímia contribuidora para o detrimento da posição da mulher e culpabilizando-a pela atitude de Eva sobre a fruta proibida, a mulher torna-se sinônimo de demônio. Essa instituição estava expandindo-se e agregando muitos fiéis, realizando alianças com os monarcas, conquistando muitas almas e, sobretudo, tornando-se muito influente para os cidadãos. Havia uma propagação a respeito das crianças, como a personificação do pecado devendo ser repelida no seio familiar e maternal.

A construção da identidade da mulher apresenta muitas nuances negativas, porque em diversos momentos as famílias não desejavam ter filhas, pelos dotes que tinham que ofertar, por elas terem uma condição social desfavorecida comparada ao prestígio do filho homem. Após tudo isso, elas eram submetidas a casamentos arranjados que tinham como escolha do cônjuge o valor do dote que estivessem dispostos a pagar. As mulheres passam a construir uma identidade de esposa de alguém desconhecido, ou que em muitos casos nunca se encontraram, em seguida engravida e passa a ser mãe.

As mulheres, para cumprir suas atividades tinham relações sexuais com um marido totalmente desconhecido, engravidavam rapidamente, pois não havia métodos contraceptivos e essas gestações evoluíam para o parto natural. Após o nascimento da criança, a Igreja Católica, vinculava-a ao pecado original. Havia em paralelo a essa situação, outra, de

proibição dos médicos, em aleitar e manter relações sexuais ao mesmo tempo, o que ajudava a repelir ainda mais a relação mãe/filho e endossava mães e pais a não quererem amamentar.

Afirmar os determinantes do comportamento feminino perante a amamentação não será uma tarefa muito fácil, principalmente em se tratando do Brasil, um país extenso, de costumes e de diversas tradições. Porém, a relação da mulher com a prática de amamentar é entusiasmada ou não por experiências pré e pós-gravidez. A situação homogeneiza a gravidez e o puerpério no que se refere ao aleitamento materno. Entender a situação da mulher antes, durante e depois da gravidez ajudará a compreender sua ação quanto à amamentação.

De acordo com Silva (1997), a mulher ao perceber-se grávida reformula sua identidade de mulher devido aos papéis que estão por ser desempenhados por ela em sua nova condição. Ao analisar o conceito de Identidade proposto por Goffman, (1983), verificamos que o ser humano apresenta diferentes identidades de acordo com os papéis que a sociedade requisita que ele cumpra. No caso da mulher, ela não perde nem transforma sua identidade de maneira total. A gravidez é um momento de transição no qual torna-se uma adulta completa, eleva sua posição social enquanto cidadã, e traz a responsabilidade para com o outro. Ao tornar-se mãe com o filho nos braços, concretizando esse ato, há uma nova construção de outra identidade, que é vivenciada de forma relativizada com o filho e a família.

A mulher não deixa de ser mulher, esposa e mãe, ela assume as três posições ao mesmo tempo a depender da demanda da sociedade, ou do momento em que ela está vivendo. Em algumas situações pode emergir uma dessas identidades em detrimento de outra, contudo, na grande parte de sua vida, a mulher assume as identidades sobrepondo uma à outra.

A vontade em amamentar por um tempo maior de seis meses está veiculada pela mídia como uma obrigação da mulher e repassada pelos profissionais de saúde. Antes de amamentar um bebê, é necessário compreender qual o contexto vivido por essa mulher, como está a relação emocional e conjugal, com que esse filho foi gerado, desejado ou não, quais as pessoas que realmente apoiam essa mulher. A proteção e o sustento do filho estão impregnados na nova identidade feminina, não havendo como negar que amparar uma criança é bastante oneroso, sendo por isso outro ponto definitivo para dela desejar, ou manter a gravidez, a sua situação socioeconômica (SILVA, 1997).

5 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: CONSTRUINDO PAPÉIS, NATURALIZANDO RELAÇÕES

O que me interessa não é uma síntese, mas um pensamento transdisciplinar, um pensamento que não se quebre nas fronteiras entre as disciplinas. O que me interessa é o fenômeno multidimensional, e não a disciplina que recorta a dimensão deste fenômeno. Tudo o que é humano é ao mesmo tempo psíquico, sociológico, econômico, histórico, demográfico. É importante que esses aspectos não sejam separados, mas sim concorram para uma visão poliocular. O que me interessa é a preocupação de ocultar o menos possível a complexidade do real.

Edgar Morin, 1984 p. 35.

No decorrer desta dissertação foi necessário realizar um arredondamento da temática, com o objeto de pesquisa, englobando os objetivos específicos e a pergunta de investigação; entretanto, ao dar forma a este projeto tornou-se imprescindível escolher um método que respondesse, ou melhor, que ajudasse e ancorasse as interrogações angustiantes.

A amamentação, temática escolhida, e há muito já estudada e esmiuçada, ainda é um assunto carregado de questionamentos situados em zonas mudas sem respostas, deixando assim algumas lacunas sem respostas. De acordo com Morin (1981, p.08), a humanidade está atolada em interrogações, dentre elas, a citar: “concebemos realmente a relação entre a nossa cultura e a nossa natureza?” O que está se questionando com esse levantamento de dúvidas que paradoxalmente deveriam estar com perguntas respondidas e compreendidas, é justamente o oposto, as mulheres estão a cada momento mais superficial e frágil.

O mesmo autor pontua suas dúvidas e incita, quando realiza um paralelo entre a comunicação globalizada e o aumento de incertezas vividas pelas mulheres. Se com a facilidade de obter informações e compartilhá-las, por que a falta de profundidade as tornam inseguras e incertas de temáticas cotidianas? Todas as evoluções tecnológicas e sociais fizeram com que se tornassem permissivas, quando a mídia e a sociedade divulgam informações a seu modo, e elas como uma boa sociedade consumidora, digerem tais informações sem realizar uma análise dos contextos e/ou uma averiguação da fonte, e do autor dessas notícias. Em consonância, Morin (1981) afirma que as mulheres precisam realizar reflexões críticas, resgatar ou construir pensamento refinado e seletivo.

A amamentação é um desses temas cotidianos, está envolto por questões a princípio simples, por ser natural; e paralelo a isso, complexo por influenciar e ser influenciada pela cultura, ciência e senso comum. Sobre estes aspectos torna-se para a pesquisadora, que pleiteia realizar esta pesquisa, andar com áreas que fogem da sua formação original, porém

decisivas e fundamentais para encontrar respostas no social. Este, o primeiro obstáculo epistemológico.

A dicotomia trazida pelo tema amamentação impossibilita embolar a primeira ruptura da ciência com o senso comum, visto que a ciência neste sentido deve desconstruir conceitos, ideologias, entendimentos vindos da cultura, transpassados por gerações (SANTOS, 2001). Neste caso, em se tratando deste tema, a dupla ruptura epistemológica, seria uma lapidação entre a ciência e o senso comum onde ambos seriam mutuamente dependentes e acarretaria em transformação para ambos, portanto, uma possibilidade de compreender a representação social deste fenômeno.

Acreditando na completa inserção e envolvimento com a saúde da mulher sobre a amamentação, além da descrição de sua experiência como nutriz, a pesquisadora coloca o rigor científico através da redobrada vigilância epistemológica. Santos (2001), parafraseando Bourdieu, afirma que imprimem ao pesquisador um rigor tão militar que até repreende sobre os fenômenos a serem investigados e à sua origem. Seria talvez uma tentativa de evitar deslizes e falhas no caminhar da pesquisa.

Seguindo os caminhos de Velho (2004), a maneira de não obscurecer a pesquisa, corrompendo-a, seria manter uma distância mínima entre o pesquisador e o objeto. A vigilância do pesquisador o manteria sempre em estado de alerta. Este autor entra em conflito com Bourdieu, os questionamentos do estudo são em sua maioria suscitados por um interesse do pesquisador, e este deve mergulhar neste universo para poder abstrair todas as minúcias possíveis, trazendo o estranho para o familiar, e este estudo possibilitaria um enriquecimento para o meio acadêmico com debates dos resultados.

Para se entender a relação conflitiva da amamentação, através da qual transita em campos dicotômicos, “não podemos alhear-nos da dimensão política se queremos compreender o nosso mundo” (MORIN, 1981, p.9). A política seria a porta de entrada para a realização de tal compreensão, ela está intrinsecamente em todas as periferias que circundam esta temática central guiando suas decisões e minando seus atos, portanto, regendo a vida dos indivíduos.

O pesquisador social deve estar atento ao caminho que será percorrido até alcançar seus objetivos, é válido salientar sobre “a forma de escrever constituía unicamente o meio pelo qual o autor tornava acessível ao leitor uma correta observação e uma correta teorização” (COLOMBO, 2005, p.265). Acreditando que toda pesquisa precisa de uma teoria que respalde a descrição do pesquisador, e que esta escolha é crucial para o avanço e encontro dos objetivos, a opção foi a de utilizar a Teoria das Representações Sociais.

A TRS foi escolhida para ancorar esta pesquisa, porque de acordo com Moscovici (2007), ela busca compreender fatos e fenômenos sociais. As representações sociais constituem formas de conhecimento socialmente elaboradas por grupos de indivíduos para comunicar-se e tentar entender aquilo que lhe é estranho e não familiar.

Apesar das Representações Sociais serem estudadas através dos fenômenos sociais e parafraseando Sá (1998), a maneira de estudar e compreender tais fenômenos, seria transformando-os em objeto de Representações Sociais. O objeto desta pesquisa será a representação da amamentação. O processo da amamentação é complexo, exibe uma ampla conexão entre a cultura e a natureza, apresentando diversas informações advindas de conhecimentos populares, ensinadas pelas gerações que são confrontadas pelo saber científico. Desse confronto de conhecimento surge a ação personificada na imagem da mulher/enfermeira.

Desde a instauração do método científico, a ciência positivista estabeleceu um rompimento com tudo aquilo que não acompanhava sua rigidez metodológica e neutralidade científica e, de acordo com Santos (2001), esta seria a primeira ruptura, pela qual a ciência se afirma, negando a existência de um senso comum, tentando construir um saber erudito baseado em evidências. Contudo, a TRS resgata o conhecimento popular elaborado socialmente através das experiências das pessoas, inseridas numa cultura, ou seja, o senso comum.

Antes do advento da teoria das representações sociais, o pensamento das massas, corretamente denominado “o senso comum”, era considerado como um *corpus* de conhecimento confuso, inconsciente, desarticulado e fragmentado. Em relação ao conhecimento científico, o senso comum era situado num pólo extremo e oposto: como uma espécie de saber selvagem, profano e ingênuo e até mesmo, de mentalidade pré-lógica, conforme classificava a sociologia, psicologia, antropologia. (NÓBREGA, 2001, p.62)

O termo representações coletivas surgiu com Durkheim ao enfatizar que as representações coletivas, advindas do estudo da Sociologia não poderiam ser reduzidas a representações individuais limitadas ao objeto da Psicologia. Ele dicotomiza o pensamento individual: pessoa e instabilidade, do pensamento coletivo: social e estável. É através da representação coletiva que uma sociedade consegue perpetuar sua cultura e manter seus laços (MOSCOVICI, 2007).

Foi através dos estudos de Durkheim, que Moscovici (2007), encontrou subsídios para a criação de uma nova teoria, onde a separação dos pensamentos sociais e individuais tornou-se uma falha, ao modo que coloca o aspecto coletivo como estática em um mundo dinâmico

através do qual o indivíduo modifica, cria e destrói as representações a partir de uma visão da realidade. Obviamente esses conceitos são advindos de pessoas que pertencem a grupos com afinidades, e por isso compartilham de semelhanças, porém, essas representações não são estáticas, elas estão inseridas em contextos sociais mutáveis.

Haveria uma lacuna, na teoria de Durkheim, e foi através desse achado que Moscovici, criou a área da Psicologia Social (FARR, 1995). Esse novo campo de estudo seria a intersecção entre a Sociologia e a Psicologia. As Representações Sociais eram mutáveis, estando em um mundo dinâmico sofriam interferências da comunicação, de novos saberes, mas a essência da teoria era o mecanismo de modificação deste pensamento social por intermédio destes fatores externos.

Por representações sociais designamos um conjunto de conceitos, enunciados e explicações originados na vida cotidiana. Elas são o equivalente, em nossa sociedade, aos mitos e aos sistemas de crença das sociedades tradicionais; poder-se-ia mesmo considerá-las como a versão contemporânea do senso comum (MOSCOVICI, 1978, p.26).

A TRS, embora originária das Ciências Sociais, haja vista que Moscovici tem como formação de base a Psicologia foi se inserindo em outras áreas como saúde e educação.

As representações sociais constituem um campo fértil para o estudo do processo saúde – doença porque permite explorar a interface entre o senso comum e o pensamento científico, seja este concebido como corpo de conhecimento ou como relações sociais com um grupo definido comparativamente como detentor do saber (SPINK, 1989, p.10).

A TRS, portanto, é pertinente na elaboração de estudos referentes à área da saúde, pois possibilita ao pesquisador aprofundar sua pesquisa na interconexão entre o senso comum e o pensamento científico. De acordo com Ferreira e Brum (2000, p. 13), “estudos de representação social na área de saúde têm como o escopo ajudar os profissionais de saúde na compreensão dos aspectos que moldam e influenciam o agir dos sujeitos e se expressam em suas vivências subjetivas”. Sendo assim, este estudo busca captar como os indivíduos representam e significam aspectos diversos do processo de amamentar sendo mulher, enfermeira e mãe, e como esta experiência pode interferir em sua prática assistencial com outras mulheres.

A partir dessas considerações é que este estudo se propõe a investigar a representação das enfermeiras acerca da amamentação, pois as relações que elas estabelecem e o contexto que as rodeiam são constituídos por processos sociocognitivos que têm influência na vida

cotidiana, determinando a comunicação e os comportamentos, ao mesmo tempo também sendo determinado por estes.

As representações sociais podem ser entendidas como um sistema de apreensão da realidade, organizando as relações dos indivíduos com o mundo e orientando suas condutas e comportamento no meio social. Essa teoria não está interessada em saber se essa apreensão da realidade obteve sucessos ou erros, ou se na dinâmica dos acontecimentos ocorreram mudanças, pelas quais os conhecimentos não obtiveram acertos. Ela está empenhada em abstrair como ocorre a representação da realidade, entendendo a função deste conhecimento na vida do indivíduo e do grupo. Para Spink (1993, p. 303): “É o desvelamento da teia de significados que sustenta nosso cotidiano e sem o qual nenhuma sociedade pode existir.”

A representação é um conjunto organizado de opiniões, de atitudes, de crenças e de informações e de informações referentes a um objeto ao a uma situação. É determinada ao mesmo tempo pelo próprio sujeito (sua historia, sua vivência), pelo sistema social e ideológico no qual ele está inserido e pela natureza dos vínculos que ele mantém com esse sistema social (ABRIC, 2001, p. 156).

Para compreender melhor a conduta humana e o modo como os atores sociais se agrupam, devem-se considerar afetos, condutas, organização, crenças, atitudes, valores que permeiam as experiências sociais.

Representações obviamente não são criadas por um individuo isoladamente. Uma vez criada, contudo, elas adquirem uma vida própria, circulam, se encontram, se atraem e se repelem e dão oportunidade ao nascimento de novas representações, enquanto velhas representações morrem. Como consequência disso, para se compreender e explicar uma representação, é necessário começar com aquela ou aquelas, das quais ela nasceu (MOSCOVICI, 2007, p. 41).

Com efeito, as Representações Sociais proporcionam o surgimento de uma identidade do grupo a partir das experiências vivenciadas por ele. Os fatores culturais e as diferentes formas de viver influenciam muito na escolha dos elementos que aparecem como estruturadores da representação. Desse modo, as Representações Sociais de mulheres enfermeiras sobre a amamentação incorporam significados à interação entre o senso comum e o conhecimento científico numa diversidade de significados de caráter dinâmico, influenciados pela natureza e cultura.

No que se refere à dinamicidade das Representações Sociais, Duveen (2007, p. 22) assinala que: “a mudança dos interesses humanos pode gerar novas formas de comunicação resultando na inovação e na emergência de novas representações”. As Representações Sociais são elaboradas, através de experiências e inter-relações sociais de determinados grupos sociais

por meio de processos cognitivos e sociais que se modificam ao longo do tempo e nos grupos de pertencas.

O indivíduo é construído por representações, para isto são necessários dois elementos fundamentais: a objetivação e a ancoragem, estes são responsáveis pela interpretação e atribuição de significados ao objeto social. Objetivar e ancorar são fundamentais para o social transformar um conhecimento em representação e a maneira como esta transforma o social, indicando a interdependência entre a concepção/ percepção e o social (MOSCOVICI, 2007).

Objetivar, segundo Moscovici (2007, p. 71), “é descobrir a qualidade icônica de uma ideia ou ser imprecisos, reproduzir um conceito em uma imagem” A objetivação constitui, portanto, em uma transformação de uma abstração, em algo concreto, é responsável pela aproximação do que é estranho em familiar. É por meio desta que os elementos adquirem materialidade. Através deste processo que as apresentações são fixadas e transformadas em ideias reais, neste momento, ocorre a transferência do estado subjetivo amórfico para uma estrutura corporeificada (SPINK, 1993). Para alcançar este estado concreto da Representação Social, será necessário passar por três etapas: 1. Descontextualização da informação através de critérios normativos e culturais; 2. Formação de um núcleo figurativo, reproduzindo de maneira figurativa uma estrutura conceitual; 3. Naturalização que é a transformação da imagem em elementos da realidade.

Para Moscovici (2007, p. 61), “ancorar é classificar e dar nome a alguma coisa: coisas que não são classificadas nem denominadas são estranhas, não existem e ao mesmo tempo são ameaçadoras”. A ancoragem é o processo da inserção de um conhecimento em categorias socialmente definidas, a partir de experiências e esquemas de pensamentos pré-estabelecidos sobre o objeto do estudo. No momento em que algo novo, estranho, chega a nossa realidade, para fazer a aproximação do sujeito a este novo, utilizamos de representações já existentes para realizar esta aproximação.

Considerando que os pilares das Representações Sociais estão pautados nas experiências socioculturais, serão abordados a seguir, pela natureza do estudo, aspectos sobre o processo de amamentação em mulheres e enfermeiras.

6 QUANDO AS ENFERMEIRAS OBSTETRAS FALAM... RESULTADOS E DISCUSSÕES

Enquanto eu tiver perguntas e não houver respostas... continuarei a escrever.

Clarice Lispector

Este estudo se limitou como já mencionado antes, a estudar a representação social de enfermeiras obstetras sobre a amamentação, para isto foi necessário entender como aconteceu o processo de amamentação destas enfermeiras que trabalham numa maternidade pública de Salvador, no Estado da Bahia. A mulher, enfermeira e mãe ao ser abordada sobre a amamentação traz a tona sua herança cultural, experiências com outras mulheres vivenciada ao longo de sua existência e conhecimentos científicos adquiridos durante a sua graduação. Este arcabouço de conhecimento, tanto do senso comum quanto o conhecimento erudito, entram em ebulição misturam-se e repelem-se quando chega o momento único da sua experiência pessoal. Cada uma das entrevistadas relatou sua vivência íntima, com um arsenal de detalhes: desejos, vitórias e frustrações. Tais discursos, diferentes e complexos, proporcionaram a compreensão da amamentação para estas enfermeiras.

A amamentação é uma prática cotidiana supostamente simplória a mulher. Entender a representação desse grupo específico sobre o fenômeno justifica a escolha desse método porque é:

uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. Igualmente designada como saber do senso comum ou ainda saber ingênuo, natural, esta forma de conhecimento é diferenciada, entre outras do conhecimento científico. Entretanto, é tida como um objeto de estudo tão legítimo quanto este devido à sua importância na sua vida social e à elucidação possibilitadora dos processos cognitivos e das interações sociais (JODELET, 2001, p.22).

Para escolha do método, fiz paralelo com a pesquisa, cuja intenção é o de utilizar o método que se encaixe de forma precisa aos objetivos da pesquisa, buscando assim fundamenta-la através do arcabouço teórico, para que se possa “chegar à formação de um bom sistema de hábitos intelectuais: objetivo do método” (BOURDIEU, CHAMBOREDON & PASSERON, 2002, p. 9). Durante as entrevistas no momento das escutas, foi necessário um olhar que transcendesse a entrevista a uma enfermeira, e sim a uma mulher, absorvida por uma gama de emoções, vulnerável pela própria condição de puerpera, atenuada ou não pelo

contexto e pela rede de apoio. Esta possibilidade de postura foi ancorada no que Santos (2001 p.39) denominou de “ruptura da ruptura epistemológica”, seria uma modificação, o senso comum passaria de conhecimento vulgar e sem fundamento, para se tornar um alicerce na construção da ciência, o objetivo é diminuir as divergências entre esses saberes produzindo assim uma interseção de conhecimento, em busca do equilíbrio entre ambos.

No intuito de alcançar os objetivos desta pesquisa foi aplicado com as entrevistadas um questionário semiestruturado – conforme roteiro de entrevista, Apêndice B – questionando sobre: *Fale-me um pouco sobre a sua trajetória até a sua vida profissional, como você chegou a ser enfermeira? Quando e como aconteceu a gravidez, e como a sua família esteve envolvida com a gravidez? Como era o relacionamento com o pai do seu filho, durante a gravidez e no período da amamentação? Formação e capacitação profissional também auxiliaram na vida e na prática pós-parto e no momento da amamentação? Como ocorreu a amamentação? A amamentação exclusiva foi possível, e atendendo às recomendações da OMS e da legislação brasileira (4 a 6 meses)? Houve educação, preparo e influência de outras mulheres de sua família e redes de apoio para a amamentação? Sua família/pai do seu filho apoiava a amamentação? Quais os motivos desencadearam o desmame, e se teve outros filhos o desmame aconteceu da mesma forma?*

Após a entrevista e a análise dos discursos, os resultados foram distribuídos em três categorias: Enfermeiras: entre teoria e prática; Amamentação: o discurso de uma herança familiar; Representação Social da amamentação: trajetórias, vivências e contradições.

6.1 DANDO VIDA ÀS PERSONAGENS: QUEM SÃO AS ENTREVISTADAS

As integrantes desta pesquisa são mulheres, que por diferentes caminhos, escolheram a enfermagem como profissão, e desta escolha decidiram atuar na assistência a outras mulheres. Durante suas caminhadas e trajetórias de vidas foram agregando conhecimentos comuns e divergentes sobre a prática da amamentação. Este embasamento esteve em paralelo com a sua experiência pessoal. Com a finalidade de manter o anonimato conforme escrito e garantido no TCLE (Termo de consentimento Livre e Esclarecido), utilizou-se nomes fictícios, conforme já citado anteriormente neste estudo.

Através de um questionário semiestruturado as mulheres relataram suas experiências com a maternidade enfocando a amamentação. Das oito entrevistadas o tempo em que o fenômeno aconteceu, transcorreu de dois a 16 anos, fazendo com que elas tivessem que emergir num passado recente ou não, resgatando momentos de vitórias e frustrações.

- Hera, 45 anos, divorciada, evangélica, mãe de filho único, com graduação pela Universidade Católica do Salvador, tem atualmente vinte anos de formada. A sua única gravidez aconteceu aos 29 anos. O casamento aconteceu seis meses após o nascimento do filho. Durante a vida profissional realizou uma pós-graduação em obstetrícia, e vários cursos sobre capacitação no aleitamento materno. Atuou em hospitais privados nesta mesma área. Hoje, envereda também para a área de docência.

- Iemanjá, 46 anos, católica, casada, mãe de dois filhos (de nove e treze anos). Atua em outro hospital particular na área de clínica médica. Realiza outras atividades (artesanato e culinária) para complementar a renda. Realiza a divisão de todas as despesas com o cônjuge. Indica estar muito cansada e desestimulada com a profissão escolhida.

- Parvati, 36 anos, casada, mãe de duas filhas (dois e cinco anos), evangélica. Durante sua vida profissional trabalhou com pediatria, e posteriormente migrou para área da SM, neste período fez uma especialização em Obstetrícia. Está atuando no momento exclusivamente no berçário de alto risco.

- Ísis, 49 anos, divorciada há dois anos, católica, tem um filho de seis anos. Agora possui apenas um emprego, com objetivo de dar mais atenção ao filho já que sempre teve outros vínculos e não conseguia estar tão presente quanto gostaria. Assume o papel de Chefe da família. Recebe apoio e ajuda emocional de sua família para criar o filho.

- Gwen, 52 anos, casada, católica, tem um filho de dezesseis anos. Seu marido tem outros filhos mais velhos de outra relação. É enfermeira obstetra, sendo sua especialização proporcionada pelo MS. Atua também em um grande hospital particular com clínica médica. As despesas da casa são divididas.

- Akna, 36 anos, união estável, católica, tem uma filha de quatro anos. No momento da entrevista possuía três vínculos empregatícios. É especialista em Saúde Pública e Enfermagem do Trabalho. Não possui parentes próximos e compartilha os cuidados domésticos e da filha com o cônjuge.

- Afrodite, 37 anos, casada, evangélica, formada pela Universidade Estadual de Santa Cruz. Tem uma filha de quatro anos e está grávida. No momento, está apenas com um vínculo empregatício e ajuda ao marido a administrar uma empresa.

- Hathor, 41 anos, casada, católica, tem um filho de dez anos. Possui dois vínculos na mesma área SM. Refere ter um casamento de cumplicidade, amizade e companheirismo, o que foi importante para superar as dificuldades da vida e principalmente com a gravidez e o internamento do filho prematuro.

6.2 ENFERMEIRAS: ENTRE TEORIA E PRÁTICA

Escolher uma profissão, sem preparação ou conhecimento amplo sobre mercado de trabalho e financeiro, com tão pouca idade, e esta decisão ser desempenhada ao logo da vida, é uma árdua decisão. O bacharelado em Enfermagem é um curso da área de saúde de curta duração (média de quatro anos e meio), que tem como finalidade assistir pessoas que necessitam de ajuda nos três níveis de complexidade: primária, secundária e terciária. Fatores como interiorização da equipe de saúde, crescimento da população, expectativa de vida e aumento das doenças crônicas degenerativas dentre outros ocasionaram uma demanda de profissionais enfermeiras (os). Acompanhando a estas necessidades, há alguns anos houve uma expansão de faculdades particulares, ofertando uma infinidade de cursos, e acessibilidade a estudantes de cursarem tais faculdades como o caso da graduação em enfermagem.

A profissão de enfermeira(o) é secular e iniciada exclusivamente pelo sexo feminino. As mulheres aprendem com suas mães a cuidar de membros da família e posteriormente a cuidar de suas famílias. Esta profissão é uma extensão do cuidado do espaço privado para o público. Devido a esta característica, atualmente as mulheres ainda são maioria nesta ocupação, embora o curso tenha deixado de ser generalista. O mercado de trabalho exige pessoas com alto nível de qualificações através de pós-graduação *stricto sensu* e *lato sensu*, dependendo da atividade a ser desempenhada. Entretanto, “as características marcantes de gênero em uma profissão quase que exclusivamente feminina contribuíram com essa imagem de desobediência e submissão” (NAUDERER E LIMA, 2005, p.75). Os médicos detentores do conhecimento e com histórico de uma profissão masculina construíram uma imagem da enfermeira de tecnicista e limitada, ideologia que permanece hodiernamente.

O bacharelado em Enfermagem não foi a primeira opção de escolha entre as entrevistadas. O que demonstra que das oito entrevistadas, apenas três queriam realmente ser enfermeiras. Este resultado evidencia que no momento da escolha projeta-se o futuro distante,

a posição social e remuneração. A perspectiva de estar alocada como inferior no grupo assistencial para a sociedade faz da Enfermagem uma profissão pouco atrativa. Contudo, pode-se inferir que é uma profissão que tem mercado de trabalho em determinadas áreas e a remuneração é imediata, mesmo os salários não sendo condizentes com o *stress* e o excesso de atividades abrangidas por esta profissão.

“Minha mãe é técnica de enfermagem e eu praticamente ficava muito tempo no hospital, em Ilhéus, esperando minha mãe. Como era a filha mais velha saía da escola e ficava no hospital esperando o horário de minha mãe sair do trabalho. Meu pai foi transferido e fomos todos para Salvador. Eu estudei no Colégio Adventista de Salvador e disse que quando me formasse como enfermeira tinha um sonho de trabalhar no Hospital Santa Isabel” (Afrodite).

“Eu fiz o curso técnico e trabalhei durante três anos como técnica de enfermagem, e vi a necessidade e o que eu queria mesmo era trabalhar como enfermeira, e atuar um pouco mais além do curso técnico, fiz vestibular e passei” (Ísis).

“Eu tenho conhecidos na família que são enfermeiros, então isso teve uma influência, eu já conhecia mais sobre enfermagem e essa questão de também ter uma facilidade de concluir o curso, de trabalhar logo já deu um empurrãozinho” (Gwen).

As enfermeiras obstetras Afrodite e Gwen que escolheram a profissão de enfermeiras, tiveram apoio da família, influências de outras mulheres que já atuavam na área, e acompanhavam cotidianamente estas experiências. Visualizar e vivenciar a ascensão econômica de outra mulher da família de algum modo torna esta profissão uma opção segura, no qual este campo não mostrará tantas surpresas. Para Ísis sua prática diária na área de saúde e optou em aprimorar o curso de Técnico de Enfermagem. Em escala hierárquica a saída de um patamar técnico para o com o nível superior é uma elevação de conhecimento, financeiro e status. Uma grande gama dos profissionais de nível médio almeja tornarem-se enfermeiros, deslumbra nesta ascensão um sonho não alcançado por dificuldades financeiras, por exemplo.

As outras cinco entrevistadas que não quiseram ser enfermeiras como primeira opção, pois desejaram prestar vestibular para Engenharia Química e Direito, tinham profissões que destoavam da área de saúde. As demais optaram por Medicina, Medicina Veterinária e Farmácia. Estas profissões possuem uma grande relevância social, destacando-se a medicina e o direito. Atuar num mundo em que as pessoas são valorizadas pelo que elas conseguem agregar como um título permite um viés no momento de decisão. Porém, por que mesmo não querendo exercer a enfermagem, estas mulheres optaram pelo curso? Acredito que a grande

concorrência dos demais cursos em faculdades públicas, os valores exorbitantes cobrados por faculdades particulares e por fim a certeza do retorno financeiro.

“No início eu queria ser veterinária, fiz o vestibular e passei em veterinária, na católica eu optei por Biologia e Enfermagem e passei e fiquei, não sabia direito o que estava fazendo, eu só sabia que eu queria cuidar, a única coisa que eu queria era cuidar, pensei que eu ia cuidar de bicho mas fui cuidar de gente” (Iemanjá).

“Oh primeiramente eu até então não ia ser enfermeira tinha feito vestibular para Medicina, achava que queria fazer Medicina de segunda mão, eu fiz para várias coisas, dentre elas tinha Enfermagem” (Parvati).

“Quando chegou o momento de escolher a profissão na verdade não pensava em fazer enfermagem eu queria fazer advocacia, e eu acredito que ainda vou fazer” (Hathor).

O curso de bacharelado em Enfermagem apresenta disciplinas específicas que se subdividem em práticas (no hospital ou laboratório) e teóricas. Dentre as disciplinas existem a Enfermagem Aplicada a Saúde da Mulher e Enfermagem em Saúde da Criança. Em ambas são oferecidas disciplinas sobre a amamentação e cuidados com o recém-nascido. O enfoque é diferente para cada uma dessas matérias. Há um cuidado para que na formação destes enfermeiros eles possam compreender o mecanismo de produção e estimulação fisiológica do leite materno, processos envolvidos na prática da amamentação, cuidados que evitam os surgimentos de lesões, fissuras e ingurgitamento mamário. Objetiva-se que após estas disciplinas, o profissional enfermeiro possa vir a prestar uma assistência de qualidade ao binômio na amamentação.

Após o Movimento Higienista (já visto em capítulo anterior), o Brasil colocou a amamentação como prioridade na assistência adequada para a criança. A mulher torna-se obrigada moralmente a amamentar seu filho, e culpabilizada de qualquer problema que este possa desenvolver durante a fase de lactente. Para o retorno da mulher às atividades tidas como naturais, os profissionais de saúde – dentre estes um destaque para a equipe de enfermagem – foram e são atores que contribuem significativamente para orientação e educação continuada dessas mães e famílias. Suprindo as necessidades do mercado e as ideologias da sociedade, a enfermagem busca um arcabouço teórico para atender a esta solicitação, iniciando nos conteúdos administrados na graduação, visto que duas disciplinas abordam o tema mesmo com nuances diferenciadas.

A academia aspira ofertar subsídios para que a prática da (o) enfermeira (a) no auxílio a amamentação aconteça de maneira segura e coerente. Após atuarem na área de obstetrícia,

realizando cursos oferecidos pelo Ministério da Saúde ou Secretaria de Saúde do Estado e trabalhando rotineiramente com este tema presumi que estas profissionais sigam todas as orientações que elas mesmas dão às puérperas. Partindo desse pressuposto, as enfermeiras obstetras foram questionadas se conhecimentos científicos e práticas fornecidos pela academia e ampliadas com o seu cotidiano, auxiliaram as suas experiências em amamentar seus filhos.

“Todos os ensinamentos que aprendi na faculdade, me ajudou muito. No primeiro momento você parece perdida, com o tempo agente se situa, porque você sabe dos benefícios e quais os riscos de não amamentar. Você traz não só pela parte biológica, mas emocional. Também há um vínculo mãe/filho e quanto ele se fortalece com a amamentação” (Hathor).

“Com certeza. E como eu, enfermeira especialista, sou consultora em amamentação, não consegui amamentar. Para mim estava sendo um desafio muito grande, no início foi difícil” (Ísis).

As enfermeiras que responderam que a formação profissional ajudou em sua vida pessoal, ambas as respostas mostram que conhecimento e prática profissional não foram capazes de sanar as dificuldades encontradas pelo binômio nos primeiros momentos da amamentação. Deduzo que o peso da profissão e o medo de não conseguir amamentar foram primordiais, havia uma autculpa por serem mulheres, mães e enfermeiras obstetras, o que de certa maneira é perceptível nas entrelinhas desse discurso, e posterior como dizer que não conseguiram se orientar e ajudar mulheres faz parte da sua rotina diária. A adaptação inicial de dois seres e o estabelecimento do vínculo foram reflexos da trajetória da gravidez até o momento do parto (WINNICOTT, 1999). Tudo que é novo precisa de um momento de adaptação, esse estranhamento, deve ser resignificado para torna-se familiar, e para criação de laços e estabelecimento do vínculo.

As outras enfermeiras obstetras responderam que a formação profissional não ajudou tanto a sua prática de cuidar e amamentar. Nestes discursos, torna-se evidente que essas enfermeiras obstetras são mães primíparas que vivenciaram a experiência nova e significante na vida da mulher, que é gerar e parir um filho. A presença da insegurança não foi suprida por conhecerem cientificamente mais ou menos sobre cuidados com o recém-nascido e práticas da amamentação. As dúvidas e os receios permaneceram presentes no inconsciente destas mulheres, principalmente pela preocupação de errar e se sentirem culpadas. A sociedade define como boa mãe aquelas mulheres que conseguem amamentar e cuidar dos seus filhos (BADINTER, 2011). Estas mulheres conseguem assumir a discordância existente entre teoria

e prática realizando uma reflexão a partir de suas trajetórias, tendo experimentado as dificuldades de desempenharem bem o “papel de mulher”.

“A minha formação profissional..., parecia que na hora que vi meu filho nos braços desaprendi tudo que estudei. Com paciência e tranquilidade o desespero melhorou. Mas não foi um mar de rosas, não”. (Afrodite)

“As pessoas sempre falam tudo vai ser mais fácil, você vai se acalmar, adquirir tranquilidade. Na verdade, não é assim, é claro que você tem todo um conhecimento sobre a importância do aleitamento, sobre o aleitamento exclusivo até os seis meses, a pega da criança, o posicionamento, intervalos entre as mamadas. Tudo isso é muito importante. É claro que o conhecimento ajuda, mas não foi suficiente para eu realizar o aleitamento exclusivo nos primeiros seis meses, tive muita dificuldade em amamentar, eu chorava o tempo todo (olhos encheram-se de lágrimas, momento de tensão), minha filha não pega direito no seio e a dor era insuportável” (Akna).

“Mais ou menos, em alguns momentos ter conhecimento e ajuda, em outros ele não ajuda, atrapalha (risos), às vezes por a gente achar que conhece demais, acaba agente sentindo muitas dificuldades em algumas coisas. Agente não quer recorrer ao médico porque quando agente vai, como no meu caso a médica de minha filha já sabia que eu era enfermeira aí eu fiquei com receio de perguntar algumas coisas e ela pensar que era uma bobagem. Esse medo de não poder assumir minhas dúvidas, devido os questionamentos dos demais profissionais, atrapalhava tudo” (Parvati).

Estas mães especificamente mulheres e enfermeiras são obstetras de formação. Esse fator aumenta a expectativa social e pessoal com o cuidado deste filho, estas cobranças sobrepostas transformam o momento em tenso e crítico. Para Rezende (2000), a busca da mulher enfermeira na excelência suprema da amamentação para seus filhos deixa a angústia dominar a situação. É como um economista não saber investir suas economias, um advogado não conseguir persuadir um indivíduo simples ou uma professora de redação a apresentar dificuldades com a interpretação de um texto. O que torna a experiência para a enfermeira obstetra diferenciada, o objeto de atuação, são os indivíduos inocentes e frágeis e seus filhos. Não se pode comparar a enxurrada de emoções e questionamentos que abordam a chegada do primeiro filho.

Na área de saúde, os profissionais prestam cuidado ao indivíduo numa fase de vulnerabilidade da vida. Estar doente ou precisando de orientação, evidencia para este que procura ajuda, a presença de fragilidade e impotência. O encontro entre dois desconhecidos, paciente e enfermeira(o), não pode ser comparada a uma equação matemática em que a resposta é exata, por ser uma relação dual com diferentes culturas, graus de conhecimento e instabilidades emocionais que fazem desse encontro um momento pontual.

Durante a trajetória de vida de indivíduos que trabalham na área da saúde são agregadas experiências e práticas que auxiliam na sua vida profissional e na assistência direta ao paciente. As matérias da grade curricular da graduação de Enfermagem sinalizam ou guiam o profissional em sua entrevista segmentada. A academia não aprofunda em disciplinas que expliquem detalhadamente o diálogo cliente profissional. As(os) enfermeiras(os) atendem a diferentes públicos desde o analfabeto ao pós-graduado, contudo não há ensinamentos para esta situação. É a prática que proporciona a base para uma comunicação eficaz por intermédio de uma inspeção criteriosa do perfil deste cliente e de qual será a linguagem a ser abordada pela enfermeira. As experiências de alguma maneira fazem este profissional refletir, sobre sua atuação construindo, desconstruindo ou mantendo paradigmas.

“Eu procuro orientar as pacientes, na maternidade também ensino meus alunos sobre o método canguru, aleitamento materno, aleitamento exclusivo, ordenha. Quanto a amamentação eu passo muito da minha vivência para minhas alunas minhas pacientes e consigo mostrar para elas que eu já pari, já amamentei e digo a todas elas que amamentar não é fácil não, mas que é necessário duas coisas: você tem que querer e bota na sua cabeça eu vou conseguir, porque é difícil você se adaptar a uma nova situação, vai doer vai, mas se agente quer agente consegue” (Isis).

“Na verdade eu me coloco para as mulheres, eu sei o sofrimento de amamentar, eu sei o sofrimento de ter seu filho internado, eu sei essa questão da adaptação inicial da criança e da mulher, que toda mulher passa por essa adaptação na amamentação, porque são raras as crianças que chegam ao peito e começam a sugar como se fosse natural. Eu posso colocar determinadas coisas e posso também compreender o outro lado “(Hathor).

“Ajudo as mulheres sobre a amamentação, pega, posição, ordenha, faço aquilo que queriam que tivesse feito por mim quando eu tive minha filha. “(Afrodite)

“Nós ficamos mais sensíveis quando vai dar esse tipo de orientação, com o tema aleitamento materno, agente passa a olhar a mulher e se colocar no lugar dela, vê as dificuldades que você já passou, aí você tentar mostrar o outro lado para ela, você coloca pra mulher que você também já engravidou, que você já amamentou, que você teve dificuldades e que você conseguiu superar e amamentar “(Akna).

No decorrer da vida, fases e fenômenos são inerentes à condição humana. A mudança está em como este fenômeno aconteceu, ou melhor, quais os contextos envolvidos nessa fase. A experiência da gravidez, parto e amamentação coloca as mulheres que as vivenciam em mesmo patamar de igualdade de fenômenos. De acordo com Winnicott (1999), cada mulher vivencia suas experiências de maternidade com diferenças de contextos socioeconômico e

emocional peculiares. Entretanto, os sentimentos e suas oscilações são comuns pela sensibilização da situação.

A partir do momento que enfermeiras obstetras reportam-se as suas experiências para compreender o momento da outra mulher puérpera, encontra-se um nexo de similaridade com o novo – a amamentação, a cumplicidade emerge. Algumas mulheres invertem a situação, por apresentarem extrema dificuldade ou por decidirem a não amamentar, exigem do outro por não poderem cobrar de si mesma, o tempo passou. Contudo, compreender as dificuldades iniciais deste primeiro contato possibilita a enfermeira encontrar novas estratégias para ajudar o binômio a transpor a fase inicial de adaptação e desmistificação entre simples e complexo.

As puérperas ao ouvirem nos discursos de enfermeiras obstetras que a amamentação é um fenômeno delicado e sofrível dissolvem a culpa de se sentirem uma péssima mãe, trazendo uma calma e conforto a estas que vivem uma nova situação de fragilidade pela falta de uma rede de apoio e de um conhecimento mais amplo sobre esta temática que em sua maioria destoa da teoria e prática. Ao compasso que trazem ao mundo dos mortais profissionais que em diversas ocasiões colocam-se como superiores quando impõem seus conhecimentos sobre mulheres ignorantes, desamparadas e leigas sobre o assunto. Há uma desconstrução a autoridade e imponência que existe na relação de poder de enfermeiras (os) e clientes afirmando que dificuldades são comuns na experiência do novo.

6.3 AMAMENTAÇÃO: O DISCURSO DE UMA HERANÇA FAMILIAR

A família é o bem supremo para o indivíduo (PETRINI, 2003), é a unidade que constrói a base das primeiras experiências no sentido relacional, através do qual no convívio íntimo e intenso inicia o processo de aprendizagem e troca de novos conhecimentos. O indivíduo está próximo de familiares de outras gerações, e é neste conviver que a essência da família é transmitida. A amamentação sendo uma atividade realizada no ambiente doméstico faz da família o suporte fundamental da mulher para que esta prática possa acontecer de maneira plena evitando ou estimulando o desmame (LIMA *et al.*, 20120).

De acordo com a frase revolucionária de Simone de Beauvoir (1980, p.9) “não se nasce mulher, torna-se mulher”, a partir do nascimento do ser humano ocorre a divisão dos indivíduos pelo sexo. Na família há secção de papéis. As meninas permanecem com as mães

para apreender a se comportarem como mulheres assumindo o legado de cuidadoras. Ao compasso que mães e filhas permanecem próximas, junto ao convívio com outras mulheres, valores e modos de comportamento vão moldando a nova mulher incorporando-se a maneira de como essas irão exercer a sua feminilidade. A amamentação efetiva-se no ambiente familiar, proporciona um espaço de transmissão de conhecimentos, mitos e tabus pelas gerações, que ficam no inconsciente da criança até o momento de tornarem-se mães.

A gravidez é, na sua grande maioria, uma notícia agradável, para a família que visualiza nesse novo ser um integrante do grupo de pertença, esperado e desejado em algumas ocasiões. A criança faz parte deste grupo enquanto indivíduo indefeso que precisa ser amparado e cuidado. O nascimento aproxima as famílias para cuidar do binômio e protegê-los. Contudo algumas famílias respondem a notícia da gravidez com algumas ressalvas, os valores sociais, associados a situação marital e financeira do casal, pode fazer com que o nascimento de uma criança e em paralelo todos os encargos e responsabilidades de um filho construa uma atmosfera de preocupação. As enfermeiras obstetras ao serem inquiridas sobre o envolvimento da família em sua gravidez relataram:

“Meus pais, meus sogros foram ótimos, meu pai e minha mãe maravilhosos, o primeiro neto de minha família criou toda uma expectativa, uma novidade. É como se todos estivessem grávidos junto comigo, pra mim foi ótimo, tranquilo apoio dos dois lados” (Akna).

“A minha família estava muito feliz com a gravidez, tanto a minha quanto a dele, nosso filho foi uma criança muito esperada, muito amada” (Hathor)

“A minha família também tinha esse sonho, se todo mundo sabia que agente queria e teve essa coisa dos dois passarem por uma cirurgia, e ter esse problema de talvez não ter. Quando veio foi uma felicidade” (Iemanjá).

As enfermeiras obstetras Akna, Iemanjá e Hathor, durante a gravidez, estiveram vivenciando diferentes situações: a gravidez não planejada, uma suposta infertilidade e desistência de um sonho e a ansiedade por não conseguir engravidar, respectivamente. Para Iemanjá e Hathos que já estavam casadas, havia uma expectativa com a chegada do herdeiro. Na situação de Akna, apesar de não serem casados, tinham um relacionamento estável há mais de nove anos e moravam juntos há três anos. A família já os visualizavam como um casal. Para elas, a gravidez era uma etapa secundária. Suas famílias apoiaram a gravidez absorvendo a notícia e vivenciado esta situação como se todos estivessem grávidos.

No início da gravidez a notícia não foi bem aceita, para a família de outras enfermeiras obstetras entrevistadas, abordadas nesta dissertação. Não havia uma resistência com relação à criança e sim com a situação em que o casal se encontrava no momento da gestação.

“Apesar de já estar adulta e com dois empregos, eu podia tocar a minha vida, houve inicialmente um atrito, pois eu não era casada, e meu namorado não tinha uma estabilidade econômica, mas em nenhum momento houve um abandono” (Gwen).

“Minha família ficou louca com a notícia, pois eu deveria casar e depois ter filhos, mas com o andamento da gravidez, ela me apoiou, foi uma preocupação que só” (Hera).

O obstáculo estava no estado civil das enfermeiras obstetras, pois pelo fato de não estarem casadas legalmente, a sociedade poderia condená-las. A preocupação da família não era a saúde mental da mulher grávida, seu estado emocional ou se precisavam de apoio. O que estava penalizando era a relação marginal do casal para a sociedade. A família desempenha o papel de manter a integridade moral da mulher. Posso inferir que a independência e a estabilidade econômica desta mulher era apenas um detalhe, o homem como provedor do lar tem a obrigação moral de prover a casa ideia desmistificada após a revolução do MF. Hoje é uma realidade, mulheres chefes de família, embora o ônus social de assumir as despesas da casa ainda recaia exclusivamente sobre o homem, Cavalcanti (2005) descreveu que 25% das despesas dos lares são assumidos exclusivamente por mulheres. De acordo com IPEA (Instituto de Pesquisa econômica Aplicada), (2010), em 2009 esses dados já representam 35%, tal justificativa para esse aumento significativo, esta escolarização e na segurança legal dos empregos femininos comparado aos dos homens. O trabalho feminino era antes descrito como complementar a renda da família, contudo à proporção que a estruturar a família se distancia do nuclear, a forma de compreender o seu funcionalismo foi se ampliando. Após o MF, as mulheres adquiriram independência financeira de prover o lar sem criar expectativas com seu conjugue, isto se baseia na fragilidade que se encontra atualmente os casamentos devido ao número exorbitante de divórcios.

Para Sarti (2004), no momento em que a mulher assume o papel de chefe de família, ocorre um reordenamento das relações e definições da autoridade. A figura do pai está atrelada ao papel de provedor, enfatizando sua função na família como protetor, o sustento da casa atribui ao homem uma autoridade. A partir do momento que o homem/ pai, perde essa função outros homens da família tomam para si esta responsabilidade, o que acontece é que a mulher ao torna-se provedora designa esta função a um parente consanguíneo na tentativa de

manter o respeito da família perante a sociedade. Os avanços das mulheres encontram barreiras sociais que definem limites de espaço e proteção e quem deve ser o agente que faz a intersecção entre o público e o privado.

Há um retrocesso de conceitos e paradigmas sobre a posição da mulher na sociedade, parece que o MF não aconteceu. O que pensar de uma mulher grávida do namorado? As ideologias impostas pelas famílias ocorreram porque estas são tradicionais ou é um reflexo do pensamento da sociedade? A sociedade ainda segrega as mulheres que servem para o casamento ou não? Realizando a proteção e cuidado com seu grupo de pertença – a família reproduz o pensamento clássico de proteção a mulher, mesmo estando no século XXI, necessitando de amparo da figura masculina.

Durante as mudanças fisiológicas e emocionais que a gravidez ocasiona nestas mulheres também estão inseridas em outros contextos profissionais e familiares de tensão. O indivíduo possui vidas em paralelos com apropriações de papéis diferentes em cada instância de ocupação. A fase da gestação, durante o processo de gerar, a mulher encontra-se sensível, susceptíveis as influências psicológicas sobre a amamentar e ao cuidar do seu filho (NASCIMENTO, *et al.*, 2005). Nesse momento somam-se as atribuições da vida familiar, profissional com o momento gestacional, as mulheres mesmo tendo conhecimento vivenciam um processo de vulnerabilidade, que as tornam passíveis a influências que determinam sua prática no transcorrer da maternidade, conseqüentemente na amamentação.

A enfermagem é considerada a quarta profissão mais estressante, de acordo com *Health Education Authority*, e esta classificação tem como embasamento, principalmente nos serviços públicos, em que o número de profissionais são reduzidos comparado com a demanda, excesso de atividades, falta de reconhecimento público, salários baixos incentivando ao profissional ter vários empregos (MUROFUSE, ABRANCHES, NAPOLEÃO, 2005). Sendo assim buscou entender como aconteceu a gravidez para as enfermeiras obstetras.

“A minha gravidez não foi planejada, foi um momento de interrupção de um contraceptivo para outro. Eu iria mudar de contraceptivo, acho que atrasei o início do outro, aí neste período engravidei. Quando descobri que estava grávida estava com sete semanas” (Akna).

“Tinha um namorado desde o último ano de faculdade, após minha formatura e ter passado no concurso, nos descuidamos e eu engravidei” (Hera)

“A gravidez aconteceu depois de oito anos de formada, inicialmente eu tinha 35 anos quando engravidei, a família queria que eu casasse – o casamento

tudo formalizado, aí eu engravidei, não estava sendo esperada pela família” (Gwen).

Para as entrevistadas acima a gravidez aconteceu sem planejamento do casal. Mesmo não havendo desejo eminente de engravidar, havia sim planos longínquos de ter um filho, que foram antecipados. Todas as enfermeiras já tinham um relacionamento estável, mas não estavam casadas formalmente, estavam economicamente estáveis, porém seus parceiros não se encontravam na mesma situação, eles ainda estavam se estruturando na vida.

Após diversas transformações ocorridas desde a eclosão do MF, saímos das amarras morais e das paredes da casa, para nos tornarmos profissionais autossustentáveis e independente. Atualmente, o pró-labore feminino quando não divide as contas da família, assumem todas as despesas, tornando-se chefes de famílias. Entretanto, tais amarras morais não foram completamente libertas, ainda há nós difíceis de serem desfeitos, principalmente quando se toca na possibilidade de uma maculação da mulher representada pela gravidez fora de um matrimônio.

A gravidez para algumas mulheres é um desejo, ou uma necessidade de autoafirmação, como uma prova inconsciente de fertilidade. Como todas as entrevistadas engravidaram após estarem economicamente ativas no mercado de trabalho e já possuírem um nível superior, compreendem que a chegada de um filho envolve custos e que não está diretamente associado ao financeiro. Responsabilidades, mudanças de objetivos temporários os permanentes, solidificações de relações. Entretanto um filho traz também uma elevação das despesas da família, fazendo com que essa mulher mesmo independente financeiramente, torne-se preocupada com os gastos e não tenha como dividi-los já que seu parceiro não está equilibrado economicamente.

“Minha gravidez foi uma gravidez esperada, aconteceu no início de 2002, eu já tinha dois anos de casada, curtimos muito o casamento, nós estávamos querendo muito, e eu não consegui engravidar, fiquei muito preocupada, depois de vários exames, descobrir que estava com endometriose, tinha feito o tratamento e minha ginecologista tinha dito para mim que havia uma probabilidade de eu não engravidar, quanto mais tempo eu demorasse de engravidar menor seriam as chances de conseguir” (Hathor).

“A gravidez aconteceu aos quarenta e três anos, estava ansiosa devido a idade e o medo de não poder mais. Após um ano de tratamento, não, mas de intensiva investigação porque eu nunca engravidei. Os exames nunca davam, nada, eu fiz todos os exames e descobri -se que a causa era uma endometriose, tratei a endometriose e seis meses depois eu engravidei” (Ísis).

“A minha gravidez foi um sonho que eu realizei, porque eu não podia engravidar. Estava com um mioma numa região de difícil retirada, tanto que alguns médicos queriam retirar logo meu útero. Me desesperei. Até que um dos médicos me prometeu que não ia retirar o meu útero, e fez a cirurgia que foi um sucesso. Depois disso meu marido descobriu que não podia ter filho, estava com varicocele bilateral extensa. Teve que fazer cirurgia tanto que quando eu, engravidei eu nem sabia que estava gestante. Eu só sentia fome, aí que eu fiz o exame de laboratório e deu positivo. Ele (marido) nem acreditou, pediu para eu fazer a USG para ver se era verdade, mas eu sonhava ser mãe. Foi, o sonho da minha vida, eu tive dois filhos e tirei o útero” (Iemanjá).

De acordo com as enfermeiras supracitadas, a gravidez aconteceu seguindo o protocolo não escrito, pouco seguido e muito divulgado. A gravidez como uma etapa da vida do casal que precede ao casamento. Após um determinado tempo de casados emerge a necessidade de se tornarem pais. Este desejo não se realizou de maneira imediata, empecilhos como endometriose, miomas e varicoceles ofuscavam a consumação deste sonho. Estas doenças têm como complicação o risco de infertilidade se não tratadas devidamente. Destaca-se que tais enfermeiras engravidaram com uma faixa etária acima de trinta anos. As entrevistadas situavam-se no grupo de mulheres estáveis economicamente e emocionalmente, a gravidez era um desejo do casal.

À proporção que o tempo passava e que o desejo não era realizado a ansiedade aumentava. Após determinado tempo de casado a sociedade inicia cobranças sobre quanto a chegada do herdeiro. A presença de uma criança na vida de um casal é a afirmação de fertilidade do casal, a projeção dos pais na vida deste ser e um rito de passagem social ganhando o status de família completa (LÉVI STRAUSS, 1982).

A gravidez natural acontece a partir de um encontro íntimo entre um casal heterossexual. O filho programado ou não, perpetua um elo entre os pais, que deveria conter responsabilidade e vínculo, desde o início da gravidez. O apoio do pai da criança é fundamental à mulher neste estado gravídico em que emoções e transformações evidentes vão desestabilizando seu equilíbrio psíquico. O pai é a figura principal na tomada de decisão da mulher sobre a amamentação, portanto conhecer o papel do pai nesta relação impacta no mecanismo que desencadearão a amamentação.

“Ele sempre foi tranquilo, interiormente não deixava manifestar nunca nenhuma insatisfação, ele sempre foi cabeça-feita, ele sempre foi tranqüilo com as coisas dele, sempre se manteve em equilíbrio. Eu sempre fui muito agitada e qualquer confusão era gerada por mim. Ele nunca foi de provocar atrito, briga, nada disso. Eu é que sempre estava agitando, pela própria tranquilidade dele, muito paciente e aquilo me estressava. E depois

começou: eu com dois empregos comecei a cobrar dele, eu tinha dois empregos, ele saía para tomar a cervejinha dele e não se importava se eu ia trabalhar ou não, era sempre com minha mãe que meu filho ficava” (Gwen).

“O relacionamento com o pai do meu filho foi difícil (fragilidade, lágrimas nos olhos), eu tive um marido ausente, não participava comigo no crescimento e descobertas, eu fui sozinha, se não fosse o apoio e o incentivo da família não ia conseguir não. Do marido não tive apoio nenhum” (Ísis).

“Com ele, foi normal, mas eu acho que o casal fica com um relacionamento um pouco dificultoso. A relação íntima do casal por conta da nossa privacidade, entrega pro filho, a prática da amamentação, de ficar um maior tempo possível com a criança, nós deixamos o marido de lado” (Parvati).

“Meu marido é uma pessoa espetacular, mas no primeiro instante nós tivemos dificuldade, essa coisa da adaptação do homem, do casal no primeiro filho é complicada. Eu achei, porque nós somos muito afinados e mesmo assim tínhamos dificuldades e ele me parecia não entender o que estava acontecendo comigo” (Iemanjá).

Os relatos revelaram que mesmo os casais que tinham uma boa relação antes da chegada da criança, passaram por momentos de fragilidades. Novos ajustes foram necessários para restabelecer a harmonia do casal com o novo integrante, exigente e solicitante. A mudança de comportamento e os pequenos atritos causados pelo pai no puerpério fazem parte do processo de adaptação ao novo e de insegurança com a paternidade. Passar a dividir a atenção e os cuidados com uma criança é um fator que corrobora para a mudança comportamental do pai. De acordo com Jager e Battoli (2011), em seus estudos também foi encontrado relatos de pais sobre o distanciamento afetivo do casal. Este afastamento é descrito como um processo importante para a mulher se aproximar do bebê e reconhecer suas necessidades (WINNICOTT, 1999).

Nos cuidados com o recém-nascido e com a amamentação, os homens – historicamente por conta da divisão sexual de papéis – não realizavam nem estavam presentes nestes momentos. Mesmo após paulatinas mudanças e inserção do pai no espaço privado, no contato intrafamiliar, em alguns momentos eles ainda são excluídos. A amamentação, por acontecer no corpo feminino, em decorrência da nutrição desta criança faz com que este fenômeno se restrinja ao binômio, o que pode ter como consequência a exclusão do pai.

Dados similares sobre a relação do pai da criança no processo de amamentação foram achados nos estudos de Silva, Santiago e Lamonier (2012), Pontes, Alexandrino e Osório (2011). Os pais de modo geral apóiam a amamentação por entender como benefício que a mãe proporciona ao filho. O estranhamento e possíveis conflitos na relação do casal também foram referidos por outras mulheres dos estudos supracitados. Este seria um período de transição

podendo perdurar até o desmame. É compreensível esta limitação de tempo, porque na fase de lactente a criança demanda atenção e utiliza o seio materno como forma de nutrição e afago. O seio materno é um órgão de sexualidade e feminilidade. Na amamentação torna-se de uso restrito da criança, o que pode influenciar na relação sexual do casal.

O corpo feminino sendo objeto de posse está subjugado às imposições sociais que faz do homem dono deste corpo. Fetiche e desejos permeiam este corpo. “Assim, paradoxalmente, o corpo, muitas vezes visto como o lócus por excelência do íntimo e do pessoal pode ser considerado como laço de interação entre o indivíduo e grupo, natureza e cultura coerção e a liberdade” (DÉSTREZ, 2003 p. 04).

A família na amamentação é a rede de apoio primária indispensável à mulher. No retorno ao domicílio a sobrecarga de trabalho para a mãe amplia-se com o cuidado e a amamentação. A mulher, mesmo sendo amparada legalmente com a licença maternidade, que possibilita ausentar-se de suas atividades e dedicar-se 120 dias ao recém-nascido. No entanto, apenas este benefício não é suficiente para a mulher conseguir dar conta da demanda de atividades relegada a ela. Este amparo não supriu a real necessidade da mulher em seu espaço privado. Esta é uma lacuna que nenhum órgão do governo consegue completar, e a família preenche como cuidadora do seu grupo de pertença (PETRINI, 2003).

A amamentação é fisiológica, porém deve ser ensinada e orientada desmistificando seu caráter instintivo (TEIXEIRA, NITSCHKE 2008). Para essa educação, a figura das avós é eleita como a primeira escolha das mulheres, porque passaram pela experiência de amamentar e foram exitosas, já presenciaram e conduziram outras mulheres com dificuldades ou não, no processo do aleitamento. A presença das avós no apoio à amamentação é analisada cautelosamente. Elas viveram numa época que não havia exaltação a amamentação, recebiam orientação de complementar o leite materno antes dos seis meses. Por conta desse passado, as avós podem influenciar negativamente suas filhas e noras, ocasionando um desmame precoce.

“Apoiavam, eles achavam que eu devia dar outra coisa para o menino parar de chorar, mas como me negavam eles entendiam, eles tinham que apoiar não é? Se eu fosse por eles eu dava logo uma mamadeira para o bebê calar a boca” (Iemanjá).

“Minha mãe falava que na época dela era até aconselhado dar água e chá principalmente quando a criança estava com cólica” (Afrodite).

“Tanto minha mãe quanto minha sogra estimulou a oferecer chá, água e minha avó disse dá logo mingau, como eu não amamentei por muito tempo eu dei água, chá e leite. Engraçado que eu sabia que o leite materno era o

ideal, mas eu sentia tanta dor, e aquele menino chorando, que dar a mamadeira parecia o certo” (Hera).

Estes dados comungam com estudos de Susin, Giugliani & Kummer, (2005), Teixeira, Nitschke & Silva, (2005) que descrevem a influência das avós no processo de amamentação. A descrença no poder do leite materno foi introduzida nos discursos sociais que desaprovavam a amamentação. A humanidade sempre encontrou subterfúgios para a substituição do leite materno. A amamentação exclusiva não foi uma regra social exercida. A presença das amas de leite, de papas, engrossantes e fórmulas lácteas foram usadas no lugar do leite materno. A amamentação, sendo a interseção entre a natureza e a cultura, tornou-se vulnerável aos valores que a mulher, a criança ou o binômio tinham para determinada época em diferentes sociedades.

6.4 REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA AMAMENTAÇÃO: TRAJETÓRIAS, VIVÊNCIAS E CONTRADIÇÕES

No século XIX, foram consolidadas mudanças de valores e significados sobre a amamentação. No passado viveram-se períodos de trevas, onde a mulher que amamentava, era considerada selvagem, animalesca, uma prática repudiada pela sociedade, incapaz de ser realizada por mulheres da aristocracia. Hodiernamente, a amamentação é um ato de amor, e entrega, o qual toda a mulher deve realizar em benefício do seu filho, portanto, as campanhas da mídia incentivam a todo o momento o aleitamento, colocando como participantes dessas ações, mulheres que possuem boa popularidade, para que o poder de influência seja elevado. A mudança radical sobre o enfoque da amamentação não aconteceu a esmo, houve uma diferença de conotação social da criança para a sociedade.

A mulher com o apoio da sociedade no passado compreendia a amamentação, como uma temática pública consoante com as normas vigentes da época. Bruscamente ela foi obrigada a amamentar, retornando a natureza e instinto do ser humano sexo feminino (mulher, fêmea, mamífero). Durante a história da alimentação do lactente, a amamentação foi transformada em um ato complexo e inalcançado, este conceito foi repassado por gerações e reafirmado a cada nova experiência. Em poucos anos, essa prática distante e evitada por grande parte das mulheres. Esse paradigma instituído ainda continua presente nas mulheres

seguido pela culpa de estar fazendo o errado, nitidamente entre o discurso e a prática ocorreram movimentos de resistência. Como, no século XXI, se sucedeu a amamentação para as mulheres obstetras?

“A dificuldade que eu apresentei não foi em oferecer o seio, era coisa da minha cabeça. Eu tinha medo de não conseguir amamentar. Eu estava me achando incapaz. O início é difícil, para todo mundo. Não tem essa que é enfermeira, graduada, não. Amamentar é a coisa mais maravilhosa do mundo, da vida. Mas até você se acostumar os primeiros 15 dias de amamentação foi muito difícil, doloroso. Eu tinha o mamilo adequado, tive leite, mas tinha medo de não conseguir levar a diante” (Ísis).

“Não tive problemas com a amamentação. Eu fui amamentando, mas tinha a questão da dor, das pontadas, começaram as lesões mamárias. Não tinha leite em quantidade suficiente” (Gwen).

“A amamentação aconteceu com muita dificuldade Não houve lesões, ou físsuras mamárias, ou mastite. O problema era a pega, o momento que minha filha iniciava a amamentação. E mesmo com auxílios dos profissionais, a criança fica um momento mamando, depois solta, a aflição dela de ter que retornar a amamentação e você não consegue colocá-la ao seio. Inicialmente a amamentação foi exaustiva, logo na maternidade ela teve hipoglicemia e introduziram o NAN” (AKNA).

As enfermeiras obstetras revelaram que o início da amamentação é um tempo delicado e doloroso. Para Giugliani (2000), o sofrimento e a dor dos mamilos, esta associada na maioria das vezes com técnicas erradas da mulher em amamentar seu filho, posicionamento incorreto, a lesão pode ser uma das causas importante desmame. Por que enfermeiros especialistas que orientam mães a amamentar apresentam problemas similares a mulheres sem conhecimentos? É uma situação dicotômica, porém compreensiva. As enfermeiras obstetras no primeiro contato com seu filho esquivam-se do jaleco que encapsula a profissão e são apenas mulheres vulneráveis e inseguras, com alto índice de cobrança e medo da culpa de não desempenharem bem o seu papel. O medo de serem julgadas pela comunidade médica por não seguirem o que é preconizado pelo MS, mesmo que os demais também não o façam, estrutura-se uma zona muda pela culpa de não fazer a amamentação, entretanto poder julgar quem não faz.

De acordo com os discursos acima se pode inferir que as enfermeiras compreendem que a amamentação não é só uma ação física realizada no corpo. Os fatores emocionais são emersos neste momento de fragilidade pós-parto, associados como os problemas pessoais vividos individualmente por cada uma das entrevistadas. A partir dessa esfera de relações e sentimentos gerados, a amamentação refletiu os impactos do momento peculiar.

As falas das entrevistadas revelaram uma mescla de sentimentos com a amamentação em que prevaleceram a dor, e o medo de não conseguir. Para algumas que realizaram a persistência, com o passar dos dias a situação foi moldando-se de maneira tranquila. Para outras, o desespero ganhou força e foram encontradas estratégias que suprissem logo a necessidade da criança.

Consoante à insegurança com a técnica e/ou eficácia desse método, as mães/enfermeiras não realizaram a amamentação exclusiva por seis meses, introduzindo outros alimentos precocemente a dieta do lactante. A licença-maternidade de 120 dias não abrange o tempo de aleitamento exclusivo, fator que também explica e reforça um dos pontos de desmame. Contudo, não se pode condenar apenas o tempo, visto que o funcionário público, no caso das entrevistadas gozam de outros subterfúgios, como licenças-prêmio, que ampliam seu tempo no domicílio. A técnica da ordenha também pode ser usada como aliada evitando assim o desmame. Dentre as entrevistadas, houve casos do desmame acontecer com quinze dias de vida ou que a amamentação tenha sido complementada artificialmente, desde sempre.

O retorno ao trabalho, antes dos seis meses de amamentação exclusiva, contribuiu para as mães-enfermeiras já providenciarem estratégias para alimentação do lactante. Nas entrevistas não houve menção à ordenha como forma de alimentar seus filhos, em caso de ausência, como o retorno ao trabalho. A ordenha é uma técnica de extração do leite materno (manual ou com auxílio de aparelhos), segundo recomendações do Brasil (2009), a mulher deve iniciar esta prática 15 dias antes do retorno às suas atividades. Para a sua realização é necessário, tempo, paciência e disponibilidade. Sendo a enfermagem uma profissão árdua e estressante, pode-se inferir que as funções sobrepostas das enfermeiras invalidam a ordenha como prática da manutenção da amamentação exclusiva, a sua não citação é justificada. A educação continuada realizada junto ao leito das puérperas, objetivando o incentivo e o apoio à amamentação conforme preconizado pelo MS, tem um público específico, a obtenção do conhecimento justifica-se só para persuadir o outro. Pós-graduação, cursos e seminários não foram capazes de fornecer segurança, sobre a prática individual?

“Foi tranquilo, o menino tomou suplemento assim que ele nasceu. Ele era gordão, chorava muito e eu não tinha uma quantidade de leite suficiente. Não conseguir ter essa produção láctea. Apesar do meu sonho ser amamentar exclusivamente, mas eu não conseguir infelizmente, desde o início” (Iemanjá).

“A amamentação exclusiva não foi seis meses. Porque na minha primeira filha eu voltei a trabalhar com cinco meses e na segunda com cinco meses e

15 dias. Alguns dias antes que antecederam meu retorno ao trabalho, fui introduzindo outros alimentos para o bebê não sentir muito com a ausência do seio” (Parvati).

“Como eu usei muito antibióticos fortes, devido a uma infecção de parede, do parto Cesário. Eu mesma fui suspendendo o aleitamento quando meu filho tinha quinze dias. Mesmo os médicos dizendo que não havia problema eu fiquei receosa. Comecei a tirar ele devagarzinho do seio” (Gwen).

“A amamentação não foi exclusiva, com 45 dias introduzir outro leite. A dor e o sofrimento me fizeram dar a meu filho uma amamentação complementada, com outros alimentos. O desmame aconteceu completamente quando retornei ao trabalho” (Hera).

As enfermeiras obstetras são muito capacitadas na sua área de atuação. Entretanto, os problemas vivenciados por elas durante a gravidez, com a família ou com o pai do seu filho contribuíram para o desmame precoce. Os problemas foram capazes de exacerbar mais do que sua vontade em aleitar, influenciando seu inconsciente. Com essas revelações verifica-se que a família tem um valor inestimável para o indivíduo (PETRINI, 2003). Mesmo com as evoluções da sociedade, mudanças de valores, a família consegue estar presente e auxiliar as tomadas de decisões e guiar o indivíduo. À medida que há uma rejeição da família ou uma desestruturação do casal, eventos desastrosos são elucidados.

A introdução de fórmulas lácteas para complementar a amamentação tornou-se um consenso entre mulheres que amamentam. A amamentação exclusiva exige da mulher dedicação integral, pois a demanda é livre. O bebê solicita várias vezes o seio materno para se alimentar. A mulher vive quase que integralmente para atender todas as necessidades do recém-nascido. Pensando que a figura da mulher que assume o papel de mãe, esposa e dona de casa, para algumas a dedicação exclusiva é inacessível à sua realidade, impossibilitando a algumas manterem a amamentação, e fomentando a complementação com outro alimento. Outras, retiram completamente a amamentação.

A amamentação caracteriza-se atualmente como uma obrigação moral da mulher para com seu filho. Discursos eloquentes convergem para que esse ato aconteça tranquilamente, justificando os benefícios e vantagens para o binômio, bem como estimulando a consolidação do vínculo mãe/filho. Na tentativa de compreender, após já ter vivenciado a amamentação, o que representa hoje para essas mães/enfermeiras a amamentação:

“Amamentar é para mim..., (até hoje se ele quisesse ele tava mamando), porque eu acho muito importante pro vínculo de mãe e filho. É importante pro crescimento do bebê. É a coisa mais gostosa da vida é o amor que nó esta dando pro filho., Ele esta recebendo o amor , a melhor coisa da vida é

“você esta amamentando uma criança, ele olhar para você com carinho. Hoje eu só tenho frutos que eu colhi e estou colhendo os frutos da minha amamentação, porque meu filho é muito apegado a mim. E até hoje ele vai fazer seis anos, ele acaricia o peito, pega, chama o peito de gagau” (Ísis).

“Amamentar representa ser mãe. Porque para conseguir nossa, tem que ter muito amor. É um momento delicado, você quer alimentar seu bebê, mas dói muito” (Hera).

“Amamentar representar o maior gesto de amor para seu filho. Estou grávida agora, e com a vida, menos agitada pretendo amamentar exclusivamente até os seis meses” (Afrodite).

“Sem ser piegas, um ato realmente de amor, uma ligação que transcende ao corpo é coisa de espírito alma. É como se vocês fossem realmente uma alma só” (Hathor).

“Amamentar é a saúde da criança é aproximação e ligação forte que a criança tem com a mãe. O aconchego, proteção. Inclusive quando eu comecei a tirar ele, ficava agoniadinho foi aí que eu entrei com o bico, porque ele procurava o peito. Introduzir o bico porque dava uma aliviada nele com relação a sucção” (Gwen).

“Amamentação é amor e carinho. É sentir seu filhinho pertinho de você. É você cuidar dele. É parte de você, é uma extensão sua ainda, mas porque estava ali na barriga guardadinho e saí. Ave Maria é uma renúncia” (Iemanjá).

A amamentação representa para estas mulheres, a essência da maternidade. O ser mãe esta associado à dualidade de dor e prazer, com renúncias. O *slogan* de quem ama, amamenta, está entranhado na ideologia, sendo parte constituinte do papel da mãe na sociedade. A representação do ato de amamentar está intrinsecamente ligado à maternidade. A caracterização da boa mãe do acolhimento, de fazer o que for preciso para preservar o bem-estar do bebê, superando limites e barreiras.

Para as entrevistadas que não realizaram a amamentação, de acordo com o que se preconiza pelo MS, em seus discursos referem-se aos remorsos e tristeza por não terem amamentado ou por não conseguirem levar essa prática durante o tempo ideal. Sentem-se culpadas por falharem com o seu papel, e nesse instante já se convergem à mãe e à enfermeira, com discursos que se trançam. Elas compreendem profundamente a importância da amamentação principalmente para a relação do aumento do vínculo para o binômio. Colocam atualmente a amamentação como indispensável à relação da criança com a mãe. A culpa por não terem seguido o que é recomendado fez com que reelaborassem a forma de representarem a amamentação, tornando-as militantes árdas no incentivo da amamentação.

“Adorava colocá-la para mamar, é como se eu começasse a entendê-la. Via seus olhinhos me olhando, sua mãozinha me acariciando, sentia que tínhamos uma ligação” (Parvati).

“Quanto mais perto eu ficava dele, mais vontade eu tinha de colocá-lo novamente dentro de mim protegido. A cada momento que eu amamentava, sentia uma energia boa, conversávamos só no olhar” (Ísis).

“A coisa mais mágica do mundo é está conectado ao meu filho amamentando. Não sei explicar em palavra era como se conversássemos, havia compreensão e cumplicidade. A cada vez que estava pertinho dele era como se passasse a entendê-lo muito melhor, como eu disse parecíamos um único espírito em conexão” (Hathor).

Na prática profissional, essas enfermeiras compreendem as nuances que são estabelecidas no momento exato da prática do amamentar. Conseguem desmistificar a facilidade com que os discursos pregados pelo MS, e por propagandas veiculadas por meios de comunicação: de que a amamentação por ser natural ocorra sem problemas. Estabelecem momentos críticos os primeiros 15 dias, e quais as estratégias podem ser usadas para transpor essa problemática.

As enfermeiras, sendo mulheres, foram educadas e orientadas sobre a estrutura do gênero feminino. Elas receberam todos os ensinamentos de seus antepassados sobre como deveriam amamentar com normas, mitos e tabus conforme a simbologia que envolve o processo de amamentar. Após tornarem-se enfermeiras e adquirirem conhecimentos específicos sobre a amamentação, tornam-se detentoras de dois saberes: o erudito e o senso comum.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Renda-se, como eu me rendi. Mergulhe no que você não conhece como eu mergulhei. Não se preocupe em entender, viver ultrapassa qualquer entendimento.

Clarice Lispector

No momento em que decidimos mergulhar no universo das enfermeiras e compreender as suas representações sobre amamentação, optamos por fazer um levantamento sobre as histórias, pontuando o início da gravidez, como essa transcorreu e sobre sua rede de apoio, para posteriormente entender como elas representam esse fenômeno.

Este mapeamento inicial possibilitou conhecer cada uma das entrevistadas, seus atos, suas relações, dificuldades e superações. A amamentação por ser um fenômeno complexo, vivenciada entre a natureza e cultura, sendo influenciada, por diferentes fatores estabelecidos ao longo da história, reforça e reproduz ideologias perseverantes, reproduzida por gerações.

Ao realizar uma análise da pesquisa, verificou-se que nas entrelinhas do discurso, o pai é a figura mais importante para a mulher, no momento da gravidez, da amamentação... As bases em que foi construído o relacionamento, e as divergências geradas ao longo do processo da gravidez tiveram impactos significativos para as entrevistadas.

Contudo, estes não foram determinantes para estabelecer o encerramento da amamentação ou sua continuação. Estudos como o de Silva, Santiago e Lamonier (2012), afirmam que a figura paterna atualmente está acompanhando e apoiando a mulher em todo o seu ciclo gravídico, e pós-gravídico, se revelando como a pessoa que tem maior poder de ajudar positivamente ou negativamente sobre a decisão e a continuidade da amamentação. Neste mundo globalizado através do qual a divisão sexual de papéis e tarefas esteve claramente seccionada entre homens e mulheres, abrangendo elas os encargos com os cuidados domésticos e com as crianças, principalmente os menores. Verifica-se em estudos (LIMA *et al.* 2012), que a figura paterna como um importante incentivador na prática da amamentação e como rede de apoio é fundamental para a mulher neste período de vulnerabilidade. O pai está se inserindo nas atividades familiares e nos cuidados dos filhos, ainda que este avanço não seja acompanhado por políticas públicas, a exemplo da licença-paternidade que dura apenas cinco dias corridos. Se houvesse um alargamento do período o pai poderia aumentar o vínculo com o binômio, ajudando a mulher a manter a amamentação.

Ainda para esta autora, sobre os resultados do seu estudo, a licença-maternidade é um fator relevante para a duração da amamentação.

O tempo de permanência com o filho na licença-maternidade foi revelado como insuficiente, para se preconizar o aleitamento materno exclusivo. As mães informaram que tiveram que desmamar para retornar aos empregos. Embora exista outro método para dar prosseguimento à exclusividade da amamentação, esta não foi citada. Acredito que a ordenha não foi realizada pela demanda de trabalho e a exaustividade da entrevistada ao retorno de suas atividades laborais.

No que se refere aos demais integrantes das famílias das enfermeiras obstetras, ocorre a formação de uma rede de suporte ao binômio mãe-filho. Inicialmente nos primeiros dias de puerpério a mulher, dependendo do tipo de parto, a mulher precisa de cuidados e a família a ampara. Sobre a amamentação, há um apoio e estímulo; contudo, as avós – por terem vivenciado uma época em que não havia a exaltação da amamentação, quando introduziam alimentos iniciais para complementar o leite materno – tentaram influenciar as entrevistadas para o início precoce da oferta de alimentos. De acordo com os discursos, cinco das entrevistadas complementaram o aleitamento e por consequência o desmame aconteceu. Estes dados comungam com os achados de Susin, Giugliani & Kummer (2005), em que as avós acabam influenciando negativamente as mulheres sobre a introdução de água, chá e leite animal, antes dos seis meses.

A Enfermagem como profissão é estressante pelas próprias condições de saúde precárias que o país está vivenciando (falta de recursos, medicamentos, número elevados de pacientes para pouquíssimos profissionais, etc...) isto reflete sobre as enfermeiras que precisam ter mais de um vínculo para suprir os baixos salários. Tal situação impacta no equilíbrio psíquico logo nos relacionamentos vivenciados pelas mesmas. A gravidez posiciona a mulher em uma situação de vulnerabilidade, o que pode fazer com que ela esteja mais suscetível a receber influências do que em outra ocasião. Talvez tenha sido por esta situação que os resultados das enfermeiras obstetras sejam próximos a estudos com outra população menos desprovida de conhecimento, mas que esteja na mesma situação emocional.

Para as enfermeiras, a representação da amamentação é o amor materno. Não é possível para elas separem a amamentação de carinho que elas podem proporcionar aos filhos. É como se houvesse uma simbiose entre amamentar e amar, o que na realidade são duas práticas que podem ser desempenhada mutuamente. Sendo assim elas reproduzem o mesmo discurso que é do senso comum. Elas acreditam que a maternidade só possa ser vivenciada plenamente quando é proporcionada a amamentação. Paradoxalmente, nem todas as

entrevistadas amamentaram, ou quando fizeram foram incipientes com o que se preconiza pelo MS e OMS. A incapacidade, a culpa e o remorso de não terem conseguido para algumas exercer o papel de mãe estipulado pela sociedade, fizeram as mulheres reelaborarem e acreditarem veementemente na amamentação como forma de proteção e amor.

A partir dessa riqueza de relatos que foram informados nas entrevistas e como foram relatadas as estratégias de enfrentamento com uma barreira imposta pela vida, possa vir a ser criado um momento de socialização de saberes entre as profissionais que passaram ou não pela experiência do amamentar, enfermeiros do sexo masculino, usuárias do serviço que estão no puerpério e as grávidas. A proposta seria criar um ambiente de aquisição de novos saberes, onde o erudito e o senso comum se encontrassem para que mulheres possam conhecer de fato a dificuldade que possam encontrar na amamentação e que não é algo tão instintivo como veiculado pela mídia. Assim como os profissionais possam através das histórias contadas sobre maneiras utilizadas para transpor obstáculos, frustrações e superações, eles possam desconstruir paradigmas e encontrar uma forma que se adeque a sua paciente, proporcionando o melhor e o possível ao binômio.

Este trabalho avança em uma forma de trazer as mulheres assistidas um amparo num momento de fragilidade e inexperiência quando da primeira gestação. Contudo, abre outras lacunas para serem supridas por demais trabalhos como: qual a melhor maneira do profissional abordar a família e fazer com que ela seja uma parceira na militância da amamentação, a relação profissional, mulher e pai como ela pode ser mais sólida estabelecendo confiança e credibilidade para que a amamentação possa acontecer, como este curso deve ser estruturado (acredito que o apoio do psicólogo seria primordial para mediar as conversas e dissolver os preconceitos).

Enfim, termino este trabalho com mais dúvidas e questionamentos que comecei, consigo ver na enfermeira uma mulher, descortinando sua profissão. Acredito que muito tenha ainda pra ser feito, a amamentação não se esgota enquanto fenômeno social – ampliam-se horizontes para novas pesquisas...

REFERÊNCIAS

- ABÁS, A.M.H. ; HUBRECHTA, A.S.; RODA, L.J.; ROIG, J.R.; GRATACÒS, J;M.; NIUBÓ, J.I.; CEDO, F.A.; HERRERA, T.C.; SÁNCHEZ, M.J.L.; GARCIA, C.M.; VIDALD, M.P.Q.; SUBERO, M.A.; ALCOLEAE, M.R. **Estudio de los factores socioculturales y sanitarios que influyen en su elección y mantenimiento**. Anales Españoles de Pediatría. VOL. 54, N.º 3, 2001. Disponível em: <http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=10021548&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=37&ty=93&accion=L&origen=zonadelectura&web=http://zl.elsevier.es&lan=es&fichero=37v54n03a10021548pdf001.pdf>. Acesso em: 20 de mar. 2013
- ABRIC, J.C. O estudo experimental das representações Sociais. In: JODELET, D.(org). **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2001.
- ALMEIDA J. A.G **Amamentação: um híbrido natureza-cultura**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.
- ALMEIDA J. A.G.; NOVAK. F.R. Aleitamento materno, amamentação, relação natureza-cultura. **Jornal Pediatr (Rio J)**. 2004; 80(5Supl).
- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Revista Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v. 9, n. 16, p. 39-52, set.2004/fev.2005, Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a04.pdf>>, Acesso em:8 de mar. 2013
- ARIÈS, P. **História Social da Criança e da Família**. Rio de Janeiro: Zabar Editores, 1978.
- BADINTER, E. **O conflito: a mulher e a mãe**. Rio de Janeiro: Record 2011
- BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**.Lisboa: Edições 70, 1979.
- BARREIRA, C. M. S.; MACHADO, S. A. F. M. Amamentação: compreendendo a influência do familiar. **Acta Scientiarum. Healf Sciences**, v. 26, n. 01, p. 11-20, 2004.
- BEAUVOIR, S. **O Segundo Sexo**. Rio de Janeiro. Nova Fronteira, [1949] 1980.
- BENINCÁ, C.R.S. GOMES, W.B.. Relatos de mães sobre transformações familiares em três gerações. **Estudos de Psicologia**, 3(2), 177-205. Campinas (SP), 1998.

BORGES, C.C. MAGALHÃE, A.S. Laços Intergeracionais no Contexto Contemporâneo. **Estudos de Psicologia**, 16(2), maio-agosto/2011, 171-177. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v16n2/v16n2a08.pdf>>. Acesso em: 20 de abr. 2013.

BOSI, M.L.M; MACHADO, M.T. Amamentação: um resgate histórico. **Cadernos ESP Escola de Saúde Pública do Ceará**, v.1, n.1, 2005.

BOURDIEU, P.; CHAMBOREDON, J.; PASSERON, J. **Ofício de Sociólogo**. Petrópolis: Vozes, 2002, p. 7-44

BOWLBY, J. **Apego: a natureza do vínculo**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1990, v. 1.

BRASIL, **Lei Áurea, Lei nº 3.353, de 13 de Maio de 1888**. Código Civil Brasileiro. Legislação Federal. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Documentos-Hist%C3%B3ricos-Brasileiros/lei-aurea.html>>. Acesso em: 20 de fev. 2013

BRASIL. **Rede Amamenta Brasil**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde 2008, Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=30133>. Acesso em 22 de fev. 2012,

BRASIL. **Rede Cegonha**. Ministério da Saúde Brasília, 2011 Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=37472&janela=1 Acesso em: 16 Dez. 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/php/index.php> Acesso em: 29 de mar. 2013

BRASIL. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília. Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorioihacatualizado.pdf>. Acesso em: 22 de mai. 2013

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. 36p. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/php/index.php>>. Acesso em: 20 de mar. 2013

BRASIL. SAÚDE DA CRIANÇA: **Nutrição Infantil Aleitamento Materno e Alimentação Complementar** Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica – n.º 23 Brasília – DF 2009 Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/php/index.php>> Acesso em: 22 de mar. 2013

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Aleitamento materno, distribuição de fórmulas infantis em estabelecimentos de saúde e a legislação** /Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/php/index.php>>. Acesso em: 20 de mai. 2013

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf>. Acesso em 20 de mar. 2013.

BRUSCHINI, Cristina. Teoria crítica da família. In: AZEVEDO, Maria Amélia; GUERRA, Viviane, orgs. **Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento**. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2000.

CAMINHA, M.F.C. ; SERVA, V.B.; ANJOS, M.R.; BRITO, R.B.S.; LINS, M.M.; BATISTA FILHO, M., **Aleitamento materno exclusivo entre profissionais de um Programa Saúde da Família**, Ciênc. saúde coletiva vol.16 n.4 Rio de Janeiro Apr.2011

CARRETEIRO, T.C. FREIRE, L.L. . **De mãe para filha: a transmissão familiar em questão**. *Psicologia Clínica*, 18(1), 179-191. Rio de Janeiro (RJ), 2006.

CARVALHO A.M. A., FRANCO, A.L.S., COSTA, L.A.F., OIEA, N.N. Rede de cuidadores envolvidos no cuidado cotidiano de crianças pequenas. In CASTRO M .G. CARVALHO A.M. A., MOREIRA L.V.C. **Dinâmica familiar do cuidado: afetos, imaginário e envolvimento dos pais na atenção aos filhos**. 1ª Ed, EDUFBA, 2012

CARVALHO, L.; MALAGRIS, L.E.N. **Avaliação do nível de stress em profissionais de saúde, Estudos e Pesquisas em Psicologia** UERJ, RJ, v. 7, n. 3, p. 570-582, dez. 2007

CASTILHO, S.D.; BARROS FILHO, A.A. The history of infant nutrition. **J.Pediatria**, v. 86, n.3, 2010.

CAVALCANTI, V.R.S.; BARBOSA, C.F.; CALDEIRA, B.M. S. Ética do Cuidar e Relações de Gênero? Práticas Familiares e Representações da Divisão do Tempo. **Estudos de Sociologia**, São Paulo, v. 17, p. 189-204, 2012.

CAVALCANTI, V.R.S. A contramare da exclusão, pobreza e trabalho visibilidade da condição feminina no Brasil, In: PETRINI, J.C, CAVALCANTI, V. R. S. **Família, sociedade e subjetividade: uma perspectiva multidisciplinar**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005

CHEVALIER, J.; GHEERBRANT, A. **Dicionário de símbolos: mitos, sonhos, costumes, gestos, formas, figuras, cores, números**. 11. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 2003.

COLLETTA, D.D. Leite faz mal? **Revista Galileu**. Disponível em: <http://revistagalileu.globo.com/Revista/Common/0,,EMI204578-17933,00-LEITE+FAZ+MAL.html> Acesso em 31 de mai.2013

COLOMBO, E. Descrever o Social: A arte de escrever a pesquisa empírica. In.: MELUCCI, A. **Por uma Sociologia Reflexiva**. Petrópolis: Vozes, 2005. p. 265-288.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM COFEN, **Análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos Regionais, 2011**. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/sites/default/files/pesquisaprofissionais.pdf>. Acesso em: 13 de Jun. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA CFM, **Demografia Médica do Brasil, Volume I, Dados gerais e descrição de desigualdades, Relatório de Pesquisa 2011** Disponível em: http://www.cremesp.org.br/pdfs/demografia_2_dezembro.pdf, Acesso em: 13 de Jul. 2012.

CORNEL, T.J. The Beginnings of Rome, **New York, Routledge**, 1995, p. 61-63, Disponível em: <<http://www.fflch.usp.br/dh/heros/topicaheroica/cornell.html>>. Acesso em: 03 de set. 2012.

COSTA, A.A.A., O movimento feminista no Brasil: dinâmicas de uma intervenção política, **Revista Labrys, Estudos feministas**, n 7, janeiro / julho 200. Disponível em: <<http://www.tanianavarrosvain.com.br/labrys/labrys7/liberdade/anaalice.htm>>. Acesso em: 15 de Out. 2012

DEL PRIORE, M. Magia e Medicina na Colônia: o corpo feminino. In: _____. **História das crianças no Brasil**. 4. ed. São Paulo: Contexto, 2004

DEL PRIORE, M. Viagem pelo imaginário do interior feminino. **Revista Brasileira de História**, vol.19 nº.37 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-01881999000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 de mai. 2013

DETRÉZ, C. Santas ou feiticeiras: a construção social do corpo feminino. **Labrys- Estudos Feministas**, n. 4, ago./dez. 2003. Disponível em:< www.unb.br/ih/his/gefem>. Acesso em: 11 de mar. 2013.

DONATI, P. **Família no século XXI: abordagem relacional**. Tradução João Carlos Petrini. São Paulo: Paulinas, 2008.

DUVEEN, G. O poder das ideias. In: **Representações sociais: investigações em psicologia social**. 5 ed. Petrópoles, RJ: Vozes, 2007.p. 7-28

FALCONE, V.M., MADER, C.V.N., NASCIMENTO, C.F.L., NOBREGA, F.J. Vínculo Materno – Fetal. In: NOBREGA, F.J. **Vínculo mãe filho**. Rio de Janeiro: Revinter, 2005

FARR, R.M. Representações Sociais: a teoria e sua história. In: **Texto em representações Sociais**. P. Guareschi; S. Jovchelovitch, org. p. 31-59, 2ª ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1995.

FELIPE, J. Governando os corpos femininos. **Revista Labrys, Estudos feministas**, n 4, Agosto/Dezembro de 2003. Disponível em:

<<http://www.tanianavarroswain.com.br/labrys/labrys4/textos/janel.htm>>. Acesso em: 15 de Out. 2012

FERREIRA, S.R.S.; BRUM, J.L.R. **As representações sociais e suas contribuições no campo da saúde**. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v.21, n. esp., p.5-14, 2000.

FREYRE, Gilberto. **Casa Grande & Senzala**. 41ª edição, Rio de Janeiro, Record, 2000.

GALVÃO D. M. P. G. **Amamentação Bem Sucedida: Alguns Factores Determinantes**, Lusociência, 2006

GILBERT, N. O seio não é o melhor pra os bebês?: novos estudos questionam os benefícios exclusivos do leite. *Psiquê: ciência e vida*, São Paulo Escala Ano 6, n. 64 , p. 38-39, abr. 2011

GIUGLIANI, E.R.J., O aleitamento materno na prática clínica. **J. Pediatr (Rio J);76(Supl.3):p.238-252. 2000.**

GÓIS JUNIOR E. **Movimento higienista e o processo civilizador: apontamentos metodológicos**. Disponível em: <http://www.uel.br/grupo-estudo/processoscivilizadores/portugues/sitesanais/anais10/Artigos_PDF/Edivaldo_Gois_Jr.pdf>. Acesso em: 25 Nov. 2012

ICHISATO SMT, SHIMO AKK. Revisitando o desmame precoce através de recortes da história. **Revista Latino-Am Enfermagem nº10, p.578-85. 2002.**

IPEA- **Instituto de Pesquisa de Economia Aplicada**, Aumenta número de mulheres chefes de família. Comunicado nº 65 investiga causas do crescimento da proporção de famílias brasileiras com responsáveis do sexo feminino 2010. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=6055>.. Acesso em: 29 de mai. 2013.

JAGER,M.E., BOTTOLI.C. Paternidade: vivência do primeiro filho e mudanças familiares. **Psicologia: Teoria e Prática**, 13(1): 141-153. 2011.

JODELET, D. Representações do contágio e a AIDS. In: JODELET, D.; Madeira M. (orgs.) **Aids e representações sociais á busca de sentidos**. Natal: EDUFRN, 1998, p. 17-45.

JODELET, D. Representações Sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2001.

LÉVI-STRAUSS, C. A Família. In: Shapiro, H. **Homem, Cultura e Sociedade**. Portugal. Ed. Fundo de cultura, 1982.

LIMA, I.M.S.O.; ALCÂNTARA, M.A.R.; FRANCO, A.L.S.; LEÃO, T.M. Amamentação: direito da criança e proteção da família, In CASTRO M .G. CARVALHO A.M. A. MOREIRA

L.V.C. **Dinâmica familiar do cuidado: afetos, imaginário e envolvimento dos pais na atenção aos filhos**. 1ª Ed, EDUFBA, 2012

MARTINS FILHO, J. Evolução do aleitamento materno no Brasil. In: REGO, J. D. **Aleitamento Materno**. São Paulo: Editora Atheneu, 2006, p.25-39.

MARTINS, B.C.R. **Reconstruindo** a memória de um ofício: as amas-de-leite no mercado de trabalho urbano do rio de janeiro (1820-1880). **Revista de História Comparada**, Rio de Janeiro, v. 6 n.2: 2012.

MATTOSO, K. **Ser escravo no Brasil**. São Paulo: Editora Brasiliense, 3ª Ed. 2003.

MELLO, S. L. Família: perspectiva teórica e observação factual. In: CARVALHO, M. C. B (Org.). **A família contemporânea em debate**. 3 ed. São Paulo: EDUC, 2000

MINAYO, M.C.S. **O desafio do Conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 2 ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

MONTEIRO, R, Norma brasileira de comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância: histórico, limitações e perspectivas. **Rev. Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**,19(5), 2006.

MORIN, E. (1984). **Idéias Contemporâneas** - Entrevistas do Le Monde. São Paulo: Ática.

MORIN, E. As grandes questões do nosso tempo. Editorial Notícias, 1981 Disponível em :< http://chaosobral.org/literatura/morin_quest.htm>. Acesso em 01 de jan. 2013.

MOSCOVICI, S. O fenômeno das representações sociais. In: **Representações sociais: investigação em psicologia social**. 5 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007. cap. 1 p. 29-109.

MOSCOVICI, S. **A representação Social da Psicanálise**. Tradução pela Press Universitaires de France. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.

MOTT, M.L.B. **Criança escrava na literatura de viagens**. Cadernos de Pesquisa, Fundação Carlos Chagas, 1979, pp.57-68.

MUROFUSE N.T., ABRANCHES, S.S., NAPOLEÃO, A.A. **Reflexões sobre estresse e burnout e a relação com a enfermagem**. Rev Latino-am Enfermagem 2005 março-abril; 13(2): 255-61

NAKANO, A.M.S.; MAMEDE, M.V. **A prática do aleitamento materno em um grupo de mulheres brasileiras: movimento de acomodação e resistência**. Rev.latino-am. enfermagem, Ribeirão Preto, v. 7, n. 3, p. 69-76, julho 1999.

NASCIMENTO, C.F.L., MADER, C.V.N., FALCONE, V.M., NOBREGA, F.J. A natureza do vínculo mãe/filho – Onde tudo começa. In: NOBREGA, F.J. **Vínculo mãe filho**. Rio de Janeiro: Revinter, 2005

NAUDERER, T. M. e LIMA, M. A. D. S.. Imagem da enfermeira: revisão da literatura. **Rev. Bras. Enferm.** 2005, vol.58, n.1, pp. 74-77. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000100014&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 17 de abr. 2013

NÓBREGA, S.M. Sobre a Teoria das Representações Sociais. In MOREIRA, A.S.P.(org.). **Representações Sociais: Teoria e Prática**. João Pessoa: Editora Universitária, p. 55-87, 2001.

OIZ B. Reconstrucción mamaria y beneficio psicológico. **An. Sist. Sanit. Navar.** 2005; 28 (Supl. 2): 19-26.

PAMPLONA, V. Aspectos Psicológicos na Lactação, In: CARVALHO, M.R., TAMEZ, R.N. **Amamentação bases científicas**. -2 ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koonga, 2005.

PETRINI, J.C. **Pós –modernidade e Família**. Bauru, SP: EDUSC, 2003.

PINTO, C.R.J. Feminismo, história e poder. **Revista Sociol. Polít.**, Curitiba, v. 18, n. 36, p. 15-23, jun. 2010 Disponível em : <<http://www.scielo.br/pdf/rsocp/v18n36/03.pdf>>. Acesso em: 01 de Jun. 2013.

PONTES, C. M., ALEXANDRINO, A. C., OSÓRIO, M. M. O envolvimento paterno no processo da amamentação: propostas de incentivo. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Dez. 2009, vol. 9, n. 4, p. 399-408

PRIMO, C.C., CAETANO, C.L. **A decisão de amamentar da nutriz: percepção de sua mãe**. **Jornal de Pediatria** - Vol. 75, Nº6, 1999 Disponível em: <<http://www.jpmed.com.br/conteudo/99-75-06-449/port.pdf>>. Acesso em: 11 de mar. 2013.

RAMOS, F. P.. A história trágico-marítima das crianças nas embarcações portuguesas do século XV. In: Del PRIOR, M. **História das crianças no Brasil**. 4. ed. São Paulo: Contexto, 2004.

REA, M.F. Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. **Jornal de Pediatria (RJ)**, 2004; 80, 5 supl. 142-146.

REA, M.F. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, 19(Sup. 1): S37-S45, 2003.

REZENDE, M. A. Amamentação: uma necessidade de mudança de enfoque. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, 2000; v. 34, n. 2. p 226-229.

SÁ, C. P. de. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

SÁ, I. G. **A circulação de crianças na Europa do Sul: o caso dos expostos do Porto no século XVIII**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1995.

SANT'ANNA, D.B, A insustentável visibilidade do corpo. **Revista Labrys, Estudos feministas**, n 4, Agosto/Dezembro de 2003. Disponível em: <<http://www.tanianavarrosvain.com.br/labrys/labrys4/textos/denisept.htm>>. Acesso em: 20 de out. de 2012

SANTOS, B.S. Ruptura e Reencontro. In: **Introdução a uma ciência pós-moderna**. Lisboa: Afrontamento, 2001, p. 33-50

SANTOS, M.J.M., A ama de leite na sociedade tradicional- Uma leitura de folheto de cordel. **Revista da Faculdade de Letras**. Historia. 1987. Portugal. Disponível em: <http://www.researchgate.net/publication/37653972_A_ama_de_leite_na_sociedade_tradicional_uma_leitura_de_folhetos_de_cordel>. Acesso em: 13 de mar. 2013

SARTI, C.A.Família como ordem moral, **Cadernos de Pesquisa da Fundação Carlos Chagas: A Família em Destaque**.91. 46-53. 1994. Disponível em: <http://www.fcc.org.br/pesquisa/publicacoes/cp/arquivos/746.pdf>. Acesso em: 10 de Nov. 2012.

SARTI, C.A., Algumas questões sobre família e políticas sociais, In:**Família em mudança**. JACQUET, C. COSTA, L.F. São Paulo: Companhia Ilimitada, 2004

SCHIENBINGER, L. **O feminismo mudou a ciência ?** Bauru, Edusc, 2001

SCOTT, JW. Enfermagem e aleitamento materno: combinando práticas seculares. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.34, n.4, p. 362-9, dez. 2000

SCOTT, JW. “Gênero: uma categoria útil de análise histórica”. **Educação & Realidade**. Porto Alegre, vol. 20, nº 2, jul./dez. 1995, p. 71-99

SILVA, B.T., SANTIAGO, L.B., LAMONIER, J.A., Apoio paterno ao aleitamento materno: uma revisão integrativa. **Rev. Paul. Pediatr.**, v. 30, n. 1, p. 122-130. 2012.

SILVA, I.A. **Amamentar uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios**. São Paulo: Editora Robe, 1997.

SOUZA M.H.N., SOUZA I.E.O., TOCANTINS F.R. Abordagem da fenomenologia sociológica na investigação da mulher que amamenta. **Rev enferm UERJ**; 17:52-6. 2009.

SOUZA, L. M. B. M. **Promoção, Proteção e Apoio: Apoio? Representações sociais em aleitamento materno**. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, 1996

SPINK, M.J. (Org). **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. ed. Brasiliense, SP, 1993.

STANCIK, M.A. A ama de leite e o Bebê: Reflexo em torno do apagamento de uma face. **História (São Paulo)**, 28 núm.2, 2009 Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=221014800021>>. Acesso em: 12 de mar. 2013.

STEVENS, E.E.; PATRICK, T.E.; PICKLER, R. A History of Infant Feeding. **J. Perinat Educ.**:18(2): 32–39. 2009.

SUSIN, L.R.O, Giugliani, E.R.J., Kummer, S.C. Influência das avós na prática do aleitamento materno. **Rev. Saúde Pública**: Abr. v. 39, n. 2, p.141-147. 2005.

TEIXEIRA, M. A.; NITSCHKE, R. G. Modelo de cuidar em enfermagem junto às mulheres avós e sua família no cotidiano do processo de amamentação. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 1, jan/mar, 2008, p. 183-191.

TEIXEIRA, M. A.; SILVA, L. W. S. Influência das avós no desmame precoce: olhando a família. **Rev. Min . Enf.**, v. 9, n. 4, out/dez, 2005, p. 355-360.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez, 2002.

TORRES, L.H. A casa da roda dos expostos na cidade do Rio Grande, **Biblos, Rio Grande**, 20: 103-116, 2006. Disponível em: <www.seer.furg.br/biblos/article/download/724/218>. Acesso em: 20 de mar. 2013.

VAINFAS, R. Colonização, miscigenação e questão racial: notas sobre equívocos e tabús da historiografia brasileira. **Revista do Departamento de História da UFF**, N.8 AGO–1999

VELHO, G. Observando o familiar, In: _____. **Individualismo e cultura: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea**. 7ª Ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004

VENÂNCIO, R.P. Maternidade negada In Del PRIORE, M.D, BASSANESI, C. **Histórias das mulheres no Brasil**. 8ed, SP Contexto 2006

VINAGRE, R.D.; DINIZ, E.M.A.; VAZ, F.A.C. Leite humano: um pouco de sua história. **J.Pediatría**, São Paulo, n. 23, v. 4, 2001, p. 340-5.

WICKES, I.G. **A history of infant feeding. Part I. Primitive peoples**. Ancient works: Renaissance writers. *Archives of Disease in Childhood*. 1953a; 28:151–158.

WINNICOTT, DW. **Os bebês e suas mães**. Tradução Jefferson Luiz Camargo. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada Senhora.

Sr^a foi convidada para participar da pesquisa intitulada: Representações Sociais e Familiares de Profissionais Enfermeiras sobre Amamentação, que tem como objetivos: Analisar as experiências vivenciadas pelas mulheres no seu processo de amamentação através da construção temporal; Discutir o corpo feminino nas questões relacionadas à amamentação; Analisar a relação mulher/enfermeira/mãe sobre a ótica do gênero no fenômeno da amamentação; Identificar como saberes trazidos por gerações familiares de mulheres enfermeiras sobre a amamentação se confrontam a conhecimentos científicos, e como sucedeu a experiência desta amamentação a partir deste interlaços de saberes. Este é um estudo qualitativo, utilizando como método Teoria das Representações Sociais.

Suas respostas serão tratadas de forma *anônima e confidencial*, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os dados coletados serão utilizados apenas NESTA pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de Questionário de entrevista Semi - Estruturado. A entrevista será gravada em gravador portátil para posterior transcrição – esta será guardada por cinco (05) anos e incinerada após esse período.

Sr^a não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Não haverá riscos de qualquer natureza relacionada à sua participação. O benefício relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área de enfermagem.

Sr^a receberá uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

Participante

Orientadora – Vanessa Ribeiro Simon Cavalcanti

Universidade Católica do Salvador (UCSAL)

Orientanda- Andréia Severo Cesarino

Mestranda – UCSAL Cel: (71) 88048944
e-mail: deia_severo10@yahoo.com.br

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA

NOME:

IDADE:

ESTADO CIVIL:

NÚMERO DE FILHOS:

1. Fale-me um pouco sobre a sua trajetória até a sua vida profissional, como você chegou a ser enfermeira.
2. Quando e como aconteceu a gravidez, e como a sua família esteve envolvida com a gravidez?
3. Como era o relacionamento com o pai do seu filho durante a gravidez e no período da amamentação.
4. Formação e capacitação profissional também auxiliaram na vida e na prática pós-parto e no momento da amamentação?
5. Como ocorreu a amamentação?
6. A amamentação exclusiva foi possível, e atendendo às recomendações da OMS e da legislação brasileira para (4 a 6 meses).
7. Houve educação, preparo e influência de outras mulheres de sua família e redes de apoio para a amamentação?
8. Sua família/pai do seu filho apoiava a amamentação?
9. Quais os motivos desencadearam o desmame, e se teve outros filhos o desmame aconteceu da mesma forma?
10. Qual a representação da amamentação para você?
11. Como tem sido a sua atuação profissional nos últimos anos?