

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

**OS SIGNIFICADOS DA AMAMENTAÇÃO NA  
PERSPECTIVA DAS MÃES**

**CHRISTINE RANIER GUSMAN**

**RIBEIRÃO PRETO**

**2005**

**CHRISTINE RANIER GUSMAN**

***OS SIGNIFICADOS DA AMAMENTAÇÃO NA  
PERSPECTIVA DAS MÃES***

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, na linha de pesquisa: Assistência à saúde da mulher no ciclo vital, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem em Saúde Pública.

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria José Bistafa Pereira**

***Ribeirão Preto***

***2005***

Autorizo a reprodução total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

## FICHA CATALOGRÁFICA

Gusman, Christine Ranier

Os significados da amamentação na perspectiva das mães.  
Ribeirão Preto, 2005.

103 f. : il.; 30cm

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública .

Orientadora: Pereira, Maria José Bistafa.

1. amamentação. 2. cultura. 3. significados.

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Christine Ranier Gusman

Os significativos da amamentação na perspectiva das mães.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem em Saúde Pública

Aprovado em:

### Banca Examinadora

Profa. Dra. Maria José Bistafa Pereira

Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Orientadora

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Profa. Dra.

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Profa. Dra.

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

## **DEDICATÓRIA**

*Para **Márcio**, meu companheiro e meu porto seguro.  
Conviver com você tem me ajudado a crescer e tornado as dificuldades  
e lutas menos árduas.*

*Para meus filhos, **Lívia e Armando**,  
que iluminam minha vida e tornaram realidade o meu maior sonho –  
o de ser mãe.*

## **UM AGRADECIMENTO ESPECIAL**

*À **minha mãe** querida,  
pelo exemplo de ser humano, fazendo das maiores  
tempestades da vida, uma garoa fina; deixando um rastro de  
amor e ingenuidade por onde passa. **Mãe**, seu apoio foi  
essencial para a concretização deste estudo, sua força é a  
minha grande inspiração.  
Obrigada.*

## **AGRADECIMENTOS**

*À minha orientadora, **Zezé Bistafa**, por ter compreendido meus diferentes momentos no decorrer do trabalho e acima de tudo ter confiado e acreditado em mim. Obrigada por tudo.*

*Às mães que se dispuseram a participar deste estudo, por terem dado alma à ele.*

*Aos meus irmãos, **Giulian, Tom e Audrey**, pelo companheirismo e pela torcida.*

*À minha tia/mãe, **Elizabeth**, pelo apoio e incentivo incondicional. Sua vida me serve de exemplo, devo muito à você.*

*À enfermeira, **Maria Aparecida Aragonez Maia**, por ter me introduzido no local de estudo e estar sempre disposta a me ajudar.*

*À amiga e enfermeira, **Solange Miranda**, pelo incentivo e apoio durante essa caminhada.*

À minha prima/amiga, **Juliana**, por seu desprendimento em ouvir meus desabaços e pela sua amizade.

Aos meus cunhados, **Márcia e Renato**, pelo carinho e atenção com minha família.

Aos meus queridos sobrinhos, **Nicolas e Nathan**, que me dão muita alegria.

À **Zezé Clapis** por ter ajudado a elaborar o projeto que resultou neste trabalho e pela amizade durante esse percurso.

À Secretaria de Saúde de Porto Nacional – TO, por autorizarem o desenvolvimento do trabalho.

À, **Ana Márcia Nakano e Maria Cristina Silva Costa**, pela contribuição ao estudo.

Ao amigo e antropólogo **Odair Giralдин**, pela disposição em ajudar no desenvolvimento do trabalho.



## RESUMO

Gusman, C. R. **Os significados da amamentação na perspectiva das mães.** 2004. 103f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

Este é um estudo qualitativo, que se apoiou no referencial cultural para compreender o fenômeno da amamentação. Tem por objetivo a compreensão dos aspectos culturais sobre amamentação, na visão de um grupo de mulheres, identificando seus significados e analisando como os mesmos se manifestam na prática. O estudo realizou-se em um bairro da cidade de Porto Nacional, Tocantins, e teve como sujeitos cinco mães que estavam com seus bebês na faixa etária de um a seis meses. Os dados foram coletados através de entrevista semi-estruturada e da observação, foi construído um diário de campo que auxiliou na interpretação dos dados. Após transcrevermos as entrevistas, utilizamos o que Bogdan & Biklen (1994) denominam de categorias de codificação, ou seja, frases ou palavras que dão uma noção do sentido acerca das informações contidas nos dados empíricos. Os códigos principais que emergiram a partir da análise foram três: insegurança/culpa, alimentação: o saber popular e o científico e cuidado pela família e pelo profissional. A amamentação revelou-se uma experiência única e particular para cada mulher, e envolveu diferentes significados em diferentes momentos da amamentação. Assim, toda experiência tem valor e merece crédito, não nos cabendo julgamentos de qualquer natureza. Aspectos relativos a momentos negativos e desagradáveis vivenciados pelas mulheres durante a amamentação foram ressaltados por elas em suas falas, além de uma valorização do saber popular muitas vezes em detrimento do científico; evidenciando uma visão diferente do que vem se apregoando nos discursos em prol da amamentação. Enquanto profissionais de saúde, precisamos re-aprender a ouvir nossas mulheres e entender que sua lógica está baseada não somente em suas experiências, como também nas compreensões e práticas que comunidade em que está inserida tem a respeito de um assunto. Talvez assim, sejamos capazes de contribuir para o êxito desse processo.

Palavras-chaves: amamentação, cultura, significados.

## ABSTRACT

Gusman, C. R. **Os significados da amamentação na perspectiva das mães.** 2004. 103f. Thesis (Master) - College of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

This is a qualitative study, that if supported in the culture to understand the phenomenon of breast-feeding. It has for objective the understanding of the cultural aspects on breast-feeding, in the vision of a group of women, identifying its meanings and analyzing as the same ones if they reveal in the practical one. The study it was become fulfilled in a quarter of the city of Porto Nacional, Tocantins, and had as citizens five mothers who were with its babies in the band of one to six months. The data had been collected through half-structuralized interview and of the comment, a daily one of field was constructed that assisted in the interpretation of the data. After to transcribe the interviews, we use what Bogdan & Biklen (1994) call of categories of codification, or either, phrases or words that give a notion of the direction concerning the information contained in the empirical data. The main codes that had emerged from the analysis had been three: unreliability and guilt, feeding: scientific Knowing and popular knowing, the well-taken care of one for the family and the professional. Breast-feeding showed a particular experience only e for each woman, and involved different meanings at different moments of breast-feeding. Thus, all experience has value and deserves credit, in not fitting the judgments of any nature. Relative aspects the negative and awkward moments lived deeply by the women during breast-feeding had been salient for them in its speak, beyond a valuation of popular knowing many times in detriment of the scientific one; evidencing a different vision of that it comes if proclaiming in the speeches in favor of breast-feeding. While professional health, we need re-to learn to hear our women and to understand that its logical one is based not only on its experiences, as also in the practical understandings and that community where is inserted has regarding a subject. Perhaps thus, let us be capable to contribute for the success of this process.

Keywords: Breast-feeding, Culture, Meanings.



## RESUMEN

Gusman, C. R. **Os significados da amamentação na perspectiva das mães.** 2004. 103f. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

Esto es un estudio cualitativo, de que si está apoyada en la cultura para entender el fenómeno del amamentación. Tiene para el objetivo la comprensión de los aspectos culturales en la amamentación, en la visión de un grupo de mujeres, identificando sus significados y analizándolos como los mismos si revelan en el práctico. El estudio que fue convertido satisfizo en un cuarto de la ciudad de Porto Nacional, Tocantins, y tenía como ciudadanos cinco madres que estaban con sus bebés en la venda de un a seis meses. Los datos habían sido recogidos con entrevista de la mitad-structuralized y observaciones, diario del campo fue construido que asistió a la interpretación de los datos. Para transcribir después las entrevistas, utilizamos qué llamadas de Bogdan y de Biklen (1994) de categorías de la codificación, o, de las frases o de las palabras que dan una noción de la dirección referente a la información contenida en los datos empíricos. Los códigos de la cañería que habían emergido del análisis habían sido tres: falta de fiabilidad y culpabilidad, alimentando: el saber científico y el saber popular, el cuidado bien-tomado de uno para la familia y el profesional. La amamentación demostró una experiencia particular solamente e para cada mujer, e implicó diversos significados en diversos momentos del amamantamiento. Así, toda la experiencia tiene valor y merece crédito, en no caber los juicios de cualquier naturaleza. Los aspectos relativos los momentos de la negativa vivieron por las mujeres durante la amamentación habían sido profundamente salientes para ellas en su hablan, más allá de una valuación de popular sabiendo muchas veces en el detrimento de el científico; evidenciando una diversa visión de eso viene si proclama en los discursos en el favor del amamantamiento. Mientras que son profesionales salud, necesitamos re- aprendemos oír a nuestras mujeres y entender que su basan lógica no solamente en sus experiencias, como también compriensón en las prácticos y que la comunidad donde se inserta tiene con respecto a un tema. Quizás así, déjenos sea capaz contribuir para el éxito de este proceso.

Términos Clave: Amamentación, Cultura, Significados.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>22</b>
<b>3 O PERCURSO TEÓRICO-METODOLÓGICO.....</b>	<b>24</b>
3.1 Um Resgate histórico-social da amamentação no Brasil.....	25
3.2 Aspectos culturais da amamentação.....	31
<b>4 TAJETÓRIA METODOLÓGICA: DELINEANDO O CONTEXTO DA PESQUISA.....</b>	<b>36</b>
4.1 O Cenário.....	37
4.1.1 Imigrantes.....	38
4.1.2 População atual de porto nacional.....	39
4.2 Os sujeitos de estudo.....	41
4.3 Aspectos éticos.....	42
4.4 A inserção no campo.....	42
4.5 Coleta de Dados.....	45
4.5.1 A observação e o diário de campo.....	45
4.5.2 As entrevistas.....	46
4.6 Análise dos dados.....	47
<b>5. RESULTADOS.....</b>	<b>50</b>
5.1 Os sujeitos do estudo.....	51
5.1.1 Breve perfil.....	51
5.1.2 As mulheres.....	51
5.2 Sobre as vivências da amamentação .....	60
5.2.1 Tema 1: INSEGURANÇA/CULPA.....	61
5.2.2 Tema 2: Alimentação: o saber científico e o saber popular.....	74
5.2.3 Tema 3: Cuidado pela família e pelo profissional.....	85
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>89</b>
<b>REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO.....</b>	<b>95</b>
<b>APÊNDICE .....</b>	<b>100</b>

## *1 INTRODUÇÃO*

---

Desde a época em que cursava a graduação em enfermagem, as temáticas que envolviam a mulher no ciclo gravídico-puerperal e o bebê me fascinavam. Formei-me, como bacharel em enfermagem, em 1998 e, no ano seguinte, ingressei em um curso de aprimoramento em obstetrícia e neonatologia. O curso teve a duração de um ano, e todo ele se deu sob a forma de estágios práticos em uma maternidade na cidade de Ribeirão Preto – SP. Durante o aprimoramento, tive a oportunidade de prestar assistência à mulheres que estavam vivenciando, muitas pela primeira vez, o aleitamento materno. Posso dizer que esse foi um primeiro contato com as questões relativas ao tema. Nesse momento, a abordagem da amamentação tinha ênfase nos conhecimentos técnico-científicos, ou seja, saber prevenir e tratar as intercorrências mamárias, assim como, orientações gerais para uma amamentação “tranqüila”.

Após o término do aprimoramento eu engravidei, e então pude experimentar esse ato, tão prazeroso e conflitivo que é a amamentação. Apesar de lembrar com muito carinho e saudade da época em que amamentei minha filha, confesso que, em várias ocasiões, surpreendi-me, angustiada e confusa como muitas das mães que eu orientava na maternidade. E foi refletindo sobre aquela situação em que me encontrava, na qual todas as informações técnicas e científicas acabavam entrando em conflito com que sentia e com os “conselhos” e relatos de parentes e amigas, que eu percebi como tudo era muito mais amplo e complexo do que imaginava. Sem dúvida, era preciso transcender o enfoque biológico.

No entanto, a temática do aleitamento materno ficou, para mim, por um tempo adormecida, pois trabalhei por dois anos num Hospital Geral (que não incluía maternidade) e, em outra experiência profissional, como professora substituta numa Universidade Federal, ministrei disciplinas para o curso de graduação em enfermagem que não abrangiam essa temática.

Há aproximadamente um ano, a temática do aleitamento materno veio novamente à tona, quando passei a residir em Porto Nacional – TO. A idéia deste estudo surgiu em conversas informais com mães desta comunidade, onde pude constatar que a maioria delas havia interrompido o aleitamento e outras complementavam a alimentação de seus bebês menores de seis meses. Estes contatos deram-se na vizinhança e outras ocasiões informais que me permitiram especular sobre o assunto. O caso que pude vivenciar mais de perto foi de uma mãe, de baixo nível sócio-econômico, que dizia amamentar seu bebê, então com três meses de idade, algumas vezes no dia, devido à diminuição da quantidade de leite materno e que, devido a este motivo, complementava com “massa”<sup>1</sup>.

Após várias conversas e orientações, a mãe voltou a oferecer mais vezes o peito e retirou o amido da mamadeira; porém o restante da família foi contra, culpando a lactante por futuros problemas com o bebê.

Assim, nestes diversos contatos informais, que me possibilitavam conhecer diferentes experiências, percebi que os conflitos eram muitos e em todas as direções. Era da mãe com o bebê, quando ela dizia que o bebê não aceitava tão bem o peito como sua primeira filha; era da mãe com a família quando expressava que estava seguindo a orientação da cunhada (profissional da saúde) ao optar pela massa e não sua própria vontade; da família com a mãe quando ameaçaram culpá-

---

<sup>1</sup> Tipo de mingau no qual se acrescenta amido de milho ao leite em pó ou *in natura*. Essa mistura é diluída em água, engrossada no fogo e oferecida em mamadeira.



la por futuros problemas com o bebê ao optar pela retirada da massa; e provavelmente muitos outros conflitos que me passaram despercebidos.

Então voltei a refletir sobre o ato de amamentar. Como algo que, “à primeira vista”, parece tão simples e natural, pode se revelar tão complexo e trazer tantos conflitos? Posso dizer que essa vivência foi bastante marcante e, de certa forma, acabou reacendendo a vontade de querer estudar e entender melhor o aleitamento materno. O que era vontade de entender acabou tornando-se um desafio, me levando a várias leituras e a ousar a elaborar um projeto de mestrado, que hoje resulta nesta dissertação.

Analisando o aleitamento materno pela ótica biologicista, podemos dizer que a lactação é a maneira mais eficiente de atender aos aspectos nutricionais, imunológicos e psicológicos do bebê recém-chegado ao mundo. Caetano (1992); Carvalho (2002 – on-line) e Woiski (1994) colocam que nos primeiros meses de vida do ser humano, ocorrem grandes mudanças fisiológicas, imunológicas e psicológicas na tentativa de adaptação à vida extra-uterina, e é, também, nos primeiros meses de vida da criança que se percebe a fragilidade e vulnerabilidade desta através dos altos índices de morbidade, letalidade e mortalidade. No entanto, reforçam os autores, a natureza coloca à disposição destes seres, um “escudo protetor” como garantia de desenvolvimento ideal, o leite materno. Pode-se, inclusive, entender o leite materno como a primeira vacina.

Goldenberg (1988) e Woiski (1994) entre outros afirmam que o aleitamento materno constitui a melhor opção do lactente menor de seis meses, seja pela suas vantagens bioquímicas, imunológicas e digestivas seja pelo vínculo mãe/filho que se inicia. A adequação espécie-específica do leite materno é indiscutivelmente superior a qualquer outra forma artificial de aleitar a criança; não

havendo tecnologia humana capaz de conceber tal perfeição. Estudos indicam que a amamentação protege o bebê de diabetes mellitus, doença celíaca, infecções respiratórias, otite, alergias, diarreia, infecções urinárias, e uma série de outras enfermidades (Euclides, 2000; Rabboni, 2001; Giugliane, 1996).

Essa superioridade nutricional do leite materno e o vínculo mãe/filho que o aleitamento materno proporciona têm sido apresentadas como indiscutíveis. Observa-se, no entanto, que mesmo diante de tantas vantagens oferecidas pelo aleitamento materno, essa prática apresenta hoje, as mesmas flutuações que tem apresentando ao longo da história, nas mais diversas sociedades (Silva, 1997).

No final da década de 70, o desmame precoce<sup>2</sup> chamou a atenção do governo brasileiro e instituições da área de saúde, quando o Ministério da Saúde em documento oficial fez a seguinte revelação:

*“a mortalidade infantil era de 88 por 1.000 no país, e de 124 por 1.000 no Nordeste; a desnutrição crônica vitimava 48% da população brasileira; o desmame no primeiro mês de vida atingia 54% dos lactentes na cidade de São Paulo e 80% em Recife; 50% dos pediatras prescreviam mamadeira e 90% aconselhavam o uso de água” (INAN apud Almeida, 1999, p.42).*

Contudo, foi na década de 80 que o aleitamento materno ganhou destaque em calorosas campanhas junto à comunidade científica, assim como conquistou adeptos em meio à sociedade, surgindo então a maior mobilização social pró-amamentação, promovendo o aleitamento materno no país (Almeida, 1999).

---

<sup>2</sup> A OMS (Organização Mundial da Saúde) e o UNICEF (Fundo das Nações Unidas para Infância) consideram que o aleitamento materno deve permanecer exclusivo nos primeiros seis meses de vida e continuado até os dois anos ou mais, após a introdução de novos alimentos. Oferecer líquidos ou alimentos antes dos seis meses, ainda que concomitantemente com o leite materno, é desmamar precocemente a criança. O Ministério da Saúde adotou os mesmos critérios para caracterizar “desmame precoce” (UNICEF, 1998; ANVISA, 2002 – on-line).

Desde então, as campanhas, de um modo geral, têm deixado transparecer “a preocupação da sociedade em beneficiar o recém-nascido, trazendo em seu bojo a obrigatoriedade da mãe amamentar” (Silva, 1997, p.25). Se por um lado temos que admitir e reconhecer os esforços e investimentos feitos no campo da amamentação, por outro devemos refletir o quão eficaz tem sido.

Pensar no aleitamento materno como um ato puramente biológico e que deveria ser praticado por todas as mães como dita o modelo biomédico, independente de sua própria vontade e suas convicções, é algo que não tem colaborado com o estabelecimento do processo efetivo da amamentação.

Freqüentemente vemos na literatura os assuntos relativos à amamentação ligados a termos como perfeição, instinto e natureza humana. No entanto, há muitas contradições em toda essa questão.

Como exemplo, podemos citar Campestrini (1992), quando coloca que

*“a amamentação é uma atividade básica, constituindo uma das primeiras intervenções nutricionais e de saúde infantil que a própria mãe pode empreender para assegurar a saúde do filho. É um modo natural e apropriado que assegura muitas das necessidades da criança em desenvolvimento e, na maioria dos lugares, é compatível com o ambiente ecológico, econômico e sanitário da mãe e do filho”. (Campestrini, 1992,p.285)*

De acordo com Ferreira (1986), temos a palavra “natural” significando “próprio do instinto; instintivo; lógico; que segue a ordem regular das coisas”. Então, sendo o aleitamento um “modo natural”, e o natural sendo lógico, como explicar atitudes tão diversas e desencontradas frente ao aleitamento materno?

Silva (1990), num estudo histórico-social dos saberes e práticas sobre o aleitamento em nossa sociedade, afirma que não se pode explicar o aleitamento ou

a sua recusa como uma atitude livre e consciente dos seres humanos, a não ser em poucos casos. Traz ainda que

*“O aleitamento materno é um comportamento social, mutável conforme as épocas e os costumes. Hábito preso aos determinantes sociais, às idéias e manifestações da cultura. A prática da amamentação depende de valores assimilados no processo de socialização, além do equilíbrio biológico e perfeito funcionamento das funções hormonais. Se o aleitamento fosse um ato natural, ele permaneceria imutável nos sujeitos. Se ele se modifica, não se pode traduzir tal mudança como um erro ou uma imperfeição da natureza” (Silva, 1990, p.05).*

Assim, continuamos a concordar com o autor quando ele coloca que o aleitamento materno não deveria ser tratado como um assunto completo, hermético e sem relação com os demais saberes de uma sociedade. Ao contrário, as concepções sobre o aleitamento são parte de um corpo de conhecimento mais geral, que abrange uma infinidade de setores da vida humana.

As particularidades e diversidades das heranças culturais em nosso país trazem inúmeras variações de comportamentos que são adotados frente às questões de saúde e doença pelos diferentes segmentos de nossa sociedade. Cada comunidade tem características próprias de conhecimentos, atitudes, crenças, práticas, expectativas e valores relativos à gravidez, parto, lactação, cuidado com as crianças, alimentação, doenças; não sendo, portanto, possível ser assistida à semelhança de outras.

Vale salientar que, embora reduzida, a literatura nacional conta com alguns estudos que contemplam a amamentação sob o enfoque cultural. Utilizando-se da pesquisa etnográfica, Bitar (1995) e Van Der Sand (1999) buscaram a compreensão dos significados, das crenças e práticas acerca da amamentação, a primeira em uma comunidade de Belém (Itapuá) e a segunda na periferia de Ijuí – RS.

Há também outros estudos como Arantes (1991); Silva (1997); Nakano (2003) que preocuparam-se em conhecer o aleitamento materno pela ótica feminina, evidenciando os significados construídos socialmente e no cotidiano das famílias.

Assim, esperamos que o presente estudo venha, assim como os demais, contribuir com a construção do aleitamento materno como uma prática social e culturalmente condicionada.

Passamos a entender que, em se tratando de um profissional da saúde (seja qual for a categoria), tão importante quanto dominar as técnicas e o saber biológico dentro de sua profissão, é compreender a complexidade desta prática. Isso implica em explorar os sistemas de crenças, valores, práticas e regras sociais que conformam o comportamento das mulheres de diferentes culturas. Porque talvez dessa forma, quando uma mãe que amamenta procurar algum tipo de apoio dentro do sistema de saúde, poderá encontrar um pouco mais de acolhimento e segurança, já que nem sempre consegue ser bem interpretada e nem sempre encontra atitudes coerentes entre os profissionais de saúde no que diz respeito a como alimentar a criança pequena. Ao entender o ato de amamentar como uma prática social, o profissional de saúde estará muito mais próximo de poder realmente auxiliar as mães nesse processo.

Mais do que simplesmente “orientar” ou persuadir com explicações científicas a puérpera a aleitar, é preciso resgatar uma importante ferramenta de trabalho: o ouvido. Para apoiá-la é preciso ouvi-la. Ouvi-la e apoiá-la tornam-se uma necessidade. Quiroga (1994) nos apresenta a concepção de homem elaborada por Pichon-Riviere:

*“O homem é um ser de necessidades que só se satisfazem socialmente em relações que o determinam, nada há nele que não seja resultado da interação entre indivíduos, grupos e classes” (Pichon-Riviere apud Quiroga, 1994, p.104).*

Então, construir um conhecimento junto à mãe que nos procura num serviço de saúde é levar em consideração que somos um ser complexo, racional, em constante processo de interação; o que nos permite agir, intervir e propiciar mudanças conjuntamente.

Silva (1990, p.3), coloca que o *“ato de aleitar ao seio ou não, antes de ser biologicamente determinado, é social e culturalmente condicionado”*. Sendo assim, o modo como a sociedade olha ou valoriza a mulher, o bebê e o ato de aleitar ao seio é algo construído nas relações sociais e estabelecidas entre os integrantes dos diferentes grupos nos quais as mulheres estão inseridas. O mesmo autor reforça a colocação acima ao afirmar que *“cada sociedade, em determinada fase de sua história, cria percepções e construções culturais sobre o aleitamento materno, que se traduzem em saberes próprios”* (Silva, 1990, p.6)

Infelizmente, a atuação dos profissionais de saúde frente ao aleitamento materno, em sua maioria, restringe-se num nível técnico e científico, onde sempre prevalece o saber biomédico. É, justamente, na contramão desse pensar que está o alicerce deste trabalho, ou seja, olhar para as determinações presentes no ato de amamentar ou não, não como decisões e/ou escolhas individuais, mas tentar perceber o significado de sua ocorrência, através das construções culturais sobre o aleitamento.

***2 OBJETIVOS***

---

## **Geral**

- ✓ Compreender os aspectos culturais sobre amamentação, na visão de um grupo de mães da comunidade de Porto Nacional – TO.

## **Específicos**

- ✓ Identificar os significados da amamentação, presentes na cultura local.
- ✓ Analisar a maneira como os significados atribuídos à amamentação por estas mulheres se manifestam em suas práticas na amamentação do filho.



### ***3 O PERCURSO TEÓRICO-METODOLÓGICO***

---

Este capítulo contempla aspectos histórico-sociais e culturais do aleitamento materno, construindo o percurso teórico-metodológico.

### **3.1 Um resgate histórico-social da amamentação no Brasil**

Os conflitos relacionados ao ato de aleitar ao seio parecem existir há séculos e, talvez, há milênios. Diferentes tipos de mamadeiras já eram conhecidos na Grécia e na Itália, no ano 4.000 a.C.; e, no ano de 888 a.C., já havia sinais de uso de mamadeiras em desenhos feitos nas ruínas de Ninevah, no Egito (Rea, 1990). No Brasil, os comportamentos relacionados ao aleitamento materno variaram muito (e ainda variam) desde os primeiros relatos.

Não se pode querer resgatar algo da história brasileira sem mencionar a civilização indígena. Ao que tudo indica, essa população amamentava amplamente seus filhos e não tinham o hábito de desmamá-los precocemente. SILVA (1990) resgata fragmentos de diversos registros e cartas de padres e dos primeiros exploradores e acaba redescobrimo europeus que, ora se encantam com o que vêem, ora se surpreendem. Apesar das atitudes das indígenas variarem dependendo da etnia a que pertencem e de provocarem reações diferentes nos que ali estiveram, de uma forma geral os registros falam de crianças sendo amamentadas até a deambulação (às vezes até os sete anos) e de mães que carregavam seus filhos atados aos corpos, em tipóias, onde quer que fossem.

Aparece também, em alguns relatos, o hábito de alimentar a criança com papa de *manipoy* (mandioca) ou farinhas mastigadas concomitante ao leite materno.

O fato é que nessa época (séculos XVI e XVII) as européias já contavam com as amas-de-leite, provavelmente o que fez com que muitos europeus se surpreendessem com o comportamento das indígenas em relação aos cuidados do filho pequeno. Em 1614 escreveu D'Abbeville:

*“Não fazem como as mães de nosso país, que mal nascem os filhos os entregam às amas e mesmo os mandam para fora, a fim de não se aborrecerem com eles. Nisso não as imitariam as selvagens por nada no mundo, pois querem que seus filhos sejam alimentados com seu próprio leite” (D'Abbeville apud Silva, 1990, p.34)*

Com a vinda das mulheres e crianças européias ao Brasil (no início da exploração econômica do açúcar no Nordeste) no século XVI, e o início do tráfico negreiro na mesma época, surgem as primeiras amas-de-leite. A história das negras que serviram de amas-de-leite é obscura. A escravidão não deixou registros escritos sobre a situação da maternidade entre as negras. No século XIX, com o declínio das atividades rurais, os escravos vieram para as cidades, vendidos ou acompanhando seus donos. Os senhores começaram a investir em uma nova fonte de renda: alugar a nutriz escrava negra. Os proprietários de escravas se desfaziam de seus filhos, deixando-os anonimamente em orfanatos, porque a escrava sem o filho valia mais (SILVA, 1990). Nos anúncios de jornais da época, pode-se perceber que era comum a separação entre a ama e seu filho, inclusive no período imediatamente após o parto:

*“Aluga-se uma preta para ama-de-leite parida há 7 dias, com muito e bom leite (Jornal do Commercio, 15-8-1850)*

*Vende-se uma preta, moça, com bom leite, com o filho ou sem elle, que tem dous mezes (Jornal do Commercio, 8-8-1850)”(apud Silva, 1990)*

No século XIX nasceu a puericultura<sup>3</sup>, que, apesar de ter como foco a criança, propunha intervenções mais abrangentes, regularizando os atos da vida familiar. O tema principal era a alimentação infantil. Nesse primeiro momento, a puericultura condena o aleitamento mercenário e reforça o ato de aleitar como um dever sagrado. O repúdio ao aleitamento mercenário revela uma teoria muito difundida nesse período: de que *“com o leite se transmitem não só as moléstias, mas ainda o caráter e a moral das amas”* (Meirelles apud Silva, 1990, p.71). Entretanto, a recíproca era verdadeira, filhos amamentados por suas mães, tinham garantia de saúde e felicidade. Segundo citação do mesmo autor a mãe teria o dever de amamentar:

*“quanto não sois responsáveis, ó mães, perante a natureza e a sociedade, vós que podeis transmitir com o vosso leite nobres e excelentes virtudes e dar à sociedade homens fortes, capazes de suportar todos os trabalhos?! Lembrai-vos que nosso futuro, costumes, paixões, gostos, prazeres e até nossa felicidade dependem de vós”* (Meirelles apud Silva, 1990, p.72)

SILVA (1990, p.72) coloca que “deste discurso higiênico, da responsabilidade materna sobre o futuro dos filhos, nasce a culpa da mulher por todos os insucessos familiares”. Além disso, se o aleitamento materno é dever sagrado, sua recusa se constitui num pecado.

Com a descoberta dos processos de pasteurização<sup>4</sup> do leite de vaca e a industrialização do leite em pó, o discurso higiênico muda pouco a pouco até o apoio definitivo aos substitutos do leite materno. O país seguiu a tendência mundial desde o fim da Segunda Guerra Mundial, quando avanços tecnológicos viabilizaram a

---

<sup>3</sup> Conjunto de técnicas empregadas para assegurar o perfeito desenvolvimento físico, mental e moral da criança, desde o período da gestação (FERREIRA, 1986).

<sup>4</sup> Processo pelo qual um determinado material (o leite, no caso) é aquecido a uma temperatura não elevada (entre 50-70°C), por tempo relativamente prolongado e, em seguida, submetido a resfriamento súbito, obtendo-se assim a morte, apenas, dos germes patogênicos (FERREIRA, 1986).

utilização do leite de vaca em larga escala vinculada à produção do leite em pó. Não é objetivo deste trabalho trazer todas as questões que envolvem a ascensão do leite em pó, no entanto há algumas considerações que julgamos necessárias. A indagação principal de toda essa questão é: o aleitamento artificial obteve sucesso pelas técnicas de marketing e pela consolidação do capitalismo ou por que era uma necessidade social há muito tempo sentida?

Talvez o mais correto seja afirmar que foi a somatória destes e outros fatores, tais como: a emancipação feminina, a urbanização, a sociedade de consumo de massa e a simbologia da mamadeira como um artefato moderno e urbano. Nessa nova conformação de sociedade, como urbano-industrial, a mulher passa a ter possibilidades de promoção e ascensão social, e acaba assumindo novos papéis, como o de operária/trabalhadora e consumidora. É importante lembrar que o trabalho feminino sempre ocorreu nas sociedades tradicionais, geralmente rurais, e as mulheres sempre amamentaram seus filhos. Isso não leva a refletir que não foi o trabalho da mulher em si que vai fazer com que a amamentação diminua, mas sim *“as condições sociais concretas em que este se realiza, como por exemplo, trabalho fora do lar a grandes distâncias, com horário policiados, sem creches, sem intervalos para amamentar, etc”* (Silva, 1990, p.239).

De qualquer forma, não se pode atribuir apenas a fatores econômicos a disseminação do uso do leite artificial. Ao que tudo indica, o leite em pó veio ocupar um espaço há muito tempo desejado, atendendo a uma necessidade social. Há relatos arqueológicos sobre os primórdios da alimentação com mamadeira, feitas através de vasilhas de barro, encontradas em túmulos de crianças romanas que morreram na época da lactação. Alguns destes recipientes datam dos séculos I a V a.C. (SILVA, 1990).

Entretanto, ainda que fosse uma necessidade sentida pela sociedade, com certeza há sérias questões éticas envolvendo as grandes empresas multinacionais e as Instituições de Saúde, que também contribuíram com a construção de uma prática educativa e assistencial em direção ao declínio da amamentação. A distribuição de kits e brindes pelas maternidades, até a criação do mercado consumidor, fez dos serviços de saúde um dos principais canais institucionais de propaganda. A criação de berçários, dificultando o contato mãe/filho no pós-parto, assim como rotinas rígidas também favoreceram, indiretamente, as indústrias (Goldenberg, 1988).

Houve nítida manipulação do conhecimento médico, uma vez que as grandes empresas patrocinavam eventos científicos e temas de pesquisas, assim como financiavam reciclagem profissional. Por outro lado, diante de tanto apoio e persuasão os médicos acabaram “comprando” a idéia de que o aleitamento materno necessita de complementação. Evidencia-se, então, o pensamento de que o leite materno é perfeitamente substituível (Goldenberg, 1988; Martins Fiho, 1987).

O declínio em massa do aleitamento materno acabou tornando-se epidemia e desencadeou, aos poucos, a redescoberta do aleitamento materno.

*“A percepção da mortalidade infantil aumentada na classes subalternas, que passam a fazer uso da alimentação artificial, cada vez mais freqüentemente, desde a década de 40, sem praticar os conhecimentos de higiene, é novamente o motivo que se percebe como principal nesta reorientação. Mas agora, diferentemente do ocorrido no início do século, o aleitamento não será visto tão-somente como um meio de estímulo à sobrevivência e aumento da natalidade mas, ao prolongar a amenorréia pós-gravídica, passa, também, a ser visualizado como importante meio de redução da natalidade”. (Silva, 1990, p.169)*

Desde a década de 80 assistimos a uma (re) valorização do aleitamento materno. O que começou em março de 1981, com o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (lançado pelo Ministério da Saúde em parceria com o

UNICEF) estende-se até os dias de hoje por meio de várias outras iniciativas. O Hospital Amigo da Criança é um dos exemplos; foi idealizado em 1990 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) com o objetivo de difundir o aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida. Para que uma instituição receba o título de “Hospital Amigo da Criança”, deve seguir, criteriosamente dez passos estipulados pelos idealizadores; entre os passos estão: a proibição do uso de bicos artificiais ou chupetas e de alimentos artificiais ou líquidos que não sejam o leite materno, a não ser por ordem médica (Lamounier, 1998).

O CNS (Conselho Nacional de Saúde) em 1992, através da Resolução nº32, estabeleceu normas para comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e, recentemente, em agosto de 2002 a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) as aperfeiçoou (ANVISA, 2002 – on-line). Entre as várias normas, ficam os fabricantes de leite artificial proibidos de utilizar denominações ou frases como "leite humanizado", "leite maternizado", "substituto do leite materno" ou similares, com o intuito de sugerir forte semelhança do produto com o leite materno. Outra proibição é a de utilizar frases ou expressões que possam por em dúvida a capacidade das mães de amamentarem seus filhos.

Hoje, o aleitamento materno está em alta. Sua prática está associada à queda nas taxas de natalidade, de mortalidade infantil e de desnutrição, além de inúmeras pesquisas enfatizando os benefícios para a saúde e para a vida emocional dos indivíduos. Se isso, por um lado, é muito saudável e benéfico, por outro, acaba novamente por pressionar a mulher num momento peculiar da vida, o de tornar-se mãe. Recentemente, lendo uma revista, deparei-me com a foto de um bebê perto de uma mamadeira e uma advertência do Ministério da Saúde, que dizia que o uso

contínuo daquele produto causaria má-formação dentária e poderia ocasionar distúrbios na fala. A mensagem ficou clara: “mamãe, se o seu filho não for amamentado ao seio e vier a ter problemas na fala, a culpa é sua”. Como se fosse, única e exclusivamente dela, a decisão de amamentar. A lógica do “informar para responsabilizar” permanece.

### 3.2 Aspectos culturais da amamentação

Reconhecemos que há diversidades existentes entre as sociedades e em uma mesma sociedade, em cada época e contexto histórico. Acreditamos que a cultura seja o pilar sobre o qual repousam as maiores diferenças. Por isso, estaremos ao longo deste capítulo expondo as razões que nos fizeram optar pelo referencial cultural, na tentativa de compreender o fenômeno em questão: o aleitamento materno.

Atualmente, há diversas conceituações de cultura e, antes de trazermos o que tomaremos por cultura ou qualquer outra definição, se faz necessário citar Edward Tylor (1832 – 1917). Este autor, sintetizou no vocábulo inglês *Culture* dois termos muito utilizados no final do séc. XVIII: *Kultur* (termo germânico) – empregado para simbolizar os aspectos espirituais de uma comunidade e *Civilization* (palavra francesa) – que referia-se às realizações materiais de um povo (Laraia, 1993).

Tylor definiu que cultura “*é este todo complexo que inclui conhecimentos, crenças, arte, moral, leis, costumes ou qualquer outra capacidade ou hábitos adquiridos pelo homem como membro de uma sociedade*” (Tylor *apud* Laraia, p. 25). Assim, o autor conseguiu, em uma só palavra, abranger todas as possibilidades de realização humana, além de enfatizar o caráter de aprendizado da cultura contrapondo-se à idéia de aquisição inata.



Após Tylor, centenas de definições de cultura foram formuladas, no entanto, alguns autores (Laraia 1993; Geertz, 1978) consideram que tais definições serviram mais para estabelecer uma confusão do que ampliar os limites do conceito. Assim, Geertz (1978) pondera que o universo conceitual tinha atingido tal dimensão que somente uma contração, uma diminuição da amplitude do conceito, poderia transformá-lo num *“instrumento mais especializado e mais poderoso teoricamente”*.

Dessa forma, estamos com Geertz (1978) quando ele coloca que *“somos animais incompletos e inacabados que só nos completamos e acabamos através da cultura”*. O conceito de cultura que utilizaremos como parâmetro é o mesmo do autor, que defende o conceito como *“essencialmente semiótico”*, considerando que *“o homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu”* e assumindo a cultura como sendo essas teias e a sua análise. Entende a cultura *“não como uma ciência experimental em busca de leis, mas como uma ciência interpretativa à procura do significado”* (Geertz, 1978, p.15).

Quando nos propomos a olhar o aleitamento pela dimensão cultural, Geertz (1978) nos coloca da exigência do esforço intelectual e empresta de Gilbert Ryle o termo *“descrição densa”*. Numa tentativa de explicar esse termo, tomo a liberdade de trazer o mesmo exemplo de Ryle contido no livro de Geertz devido à sutileza e clareza com que envolve o tema.

*“Vamos pensar em dois garotos piscando rapidamente o olho. Num deles, esse é um tique involuntário; no outro, é uma piscadela conspiratória a um amigo. Como movimento, os dois são idênticos; no entanto a diferença entre um tique nervoso e uma piscadela é grande. O piscador executou duas ações – contrair a pálpebra e piscar – enquanto o que o tem um tique nervoso apenas executou uma – contraiu a pálpebra. Contrair a pálpebra de propósito, quando existe um código público no qual agir assim significa um ato conspiratório, é piscar. É tudo que há a respeito: uma partícula de comportamento, um sinal de cultura e – voilá! – um gesto. E ainda se um terceiro garoto remedar o primeiro não se trata de conspirar, mas ridicularizar”*. (RYLE apud GEERTZ, 1978, p.16)

Então o autor, analisando esse exemplo, revela que entre uma “descrição superficial” do que o garoto (qualquer um dos três) está fazendo (contraíndo sua pálpebra direita) e a “descrição densa” do que ele está fazendo (conspirando, ridicularizando) há

*“uma hierarquia estratificada de estruturas significantes em termos dos quais os tiques, as piscadelas, as imitações...são produzidos, percebidos e interpretados, e sem os quais eles de fato não existiriam, não importa o que alguém fizesse ou não com sua própria pálpebra”. (Geertz, 1978, p.17)*

Laraia (1993) enfatiza que, mais do que a herança genética, a cultura determina o comportamento humano e justifica as suas realizações. Dessa forma, o homem age de acordo com os seus padrões culturais, tendo seus instintos ofuscados pelo desenvolvimento da cultura.

Tomando novamente por base a obra de Geertz (1978) temos que “a cultura não é um poder, algo em torno do qual podem ser atribuídos casualmente os acontecimentos sociais, os comportamentos, as instituições ou os processos; ela é um contexto, algo dentro do qual eles podem ser descritos de forma inteligível”.

Assim, ao se desconstruírem as representações da amamentação, pode-se perceber que esses sentidos socialmente construídos se erguem da fusão do biológico e da cultura. Ao longo dos tempos e nos distintos espaços, a amamentação revelou e revela diferentes significados, que oscilam em torno de, pelo menos, dois pólos: natureza e cultura. Esses significados ora se separam, ora se fundem, dependendo do momento e da finalidade de seu uso (Almeida, 1999). A amamentação se revela como um comportamento, que, embora muitas vezes considerado natural, está baseado em parte no aprendizado e na experiência e, principalmente, desenvolvido pela observação e exemplo.

Diante de tais afirmações, concordamos com Laraia (1993) quando ele coloca que é um erro semântico chamar de instinto alguns comportamentos humanos como o instinto materno, sexual ou outros, já que não se referem a comportamentos determinados biologicamente, mas sim a padrões culturais. Se prevalecesse o determinismo biológico, toda a humanidade deveria agir igualmente diante das mesmas situações, o que não ocorre.

Dessa forma é possível compreender porque a amamentação apresenta comportamentos flutuantes alterando-se com a evolução histórica da sociedade. Entretanto, conforme salienta Almeida (1999), um dos grandes problemas é que a tradicional fragmentação de tarefas (e, porque não dizer, do ser humano como um todo), que responsabiliza cientistas pela gestão no âmbito biológico e os políticos pela gestão da sociedade, tem se tornado crescentemente incapaz de dar conta da dimensão híbrida (natureza-cultura) da amamentação.

Ao procurar investigar o significado que a mulher atribui ao ato de amamentar, estaremos, como afirma Geertz (1978), tentando “*ler por sobre os ombros*”, para compreender de que forma a cultura compartilhada, ou seja, os sentimentos, a linguagem, os artefatos, as relações, os saberes e fazeres podem assumir significados culturais e interferir na decisão e experiência de amamentar. Assim, preocupadas em entender tais aspectos, nos aproximamos da antropologia na busca de subsídios para este estudo.

Etimologicamente, o termo antropologia (*anthropus*, homem; *logos*, estudo) significa o estudo do homem; como ciência do biológico e do cultural tem seu objeto de estudo definido: o homem e suas obras. Uma conceituação mais ampla a define como:

*“a ciência que estuda o homem, suas produções e seu comportamento. O seu interesse está no homem como um todo - ser biológico e ser cultural -, preocupando-se em revelar os fatos da natureza e da cultura. Tenta compreender a existência humana em todos os seus aspectos, no espaço e no tempo, partindo do princípio da estrutura biopsíquica. Busca também a compreensão das manifestações culturais, do comportamento e da vida social” (Marconi & Presotto, 1992, p.22).*

Ainda definindo antropologia, Hoebel & Frost (1981, p.3) colocam que esta é *“a ciência da humanidade e da cultura. Como tal, é uma ciência superior social e comportamental, e mais, na sua relação com as artes e no empenho do antropólogo de sentir e comunicar o modo de viver total de povos específicos, é também uma disciplina humanística”*.

Creemos que o que a antropologia está empenhada em dizer, ao longo de sua história, não é apenas que as relações entre as pessoas e as coisas variam conforme a cultura, mas, principalmente, que o modo como as relações e as coisas são definidas variam.

Portanto, esta pesquisa é de natureza qualitativa, o que permite a apreensão da complexidade presente nas relações sociais, como também analisar o objeto incorporando o significado e a intencionalidade de atos das relações e estruturas sociais vividos por aqueles envolvidos na investigação (Minayo, 1998).

Assim, apontamos o pressuposto deste estudo: compreender a dimensão cultural do aleitamento materno é um dos meios possíveis para chegar aos significados da conduta.

*4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA: DELINEANDO O  
CONTEXTO DA PESQUISA*

---

---

## 4.1 O Cenário

O estudo desenvolveu-se no município de Porto Nacional, Estado do Tocantins. O Tocantins é o mais novo Estado brasileiro, foi criado em 1988, pelo desmembramento do Estado de Goiás, onde a antiga região norte de Goiás tornou-se Tocantins. O nome do Estado é uma homenagem ao rio mais importante da região, o rio Tocantins<sup>5</sup>. A instalação do Estado se deu em 1º de janeiro de 1989 com a posse dos primeiros governantes eleitos pelo voto direto. O Estado do Tocantins integra a Região Norte do Brasil e limita-se ao sul pela divisa com o Estado de Goiás e, a leste, norte e oeste pelas divisas com os Estados da Bahia, Piauí, Maranhão, Pará e Mato Grosso (Póvoa, 1999).

Porto Nacional é uma das cidades mais antigas do Estado. Está localizada à margem direita do rio Tocantins e fica a, aproximadamente, 62 Km de Palmas, atual capital do Estado.

O povoado de Porto Nacional (inicialmente chamado Porto Real) teve como origem um pobre casebre de passador que explorava o transporte fluvial para aqueles que se aventuravam em busca de ouro e riqueza em regiões vizinhas. Godinho (1988) coloca que

---

<sup>5</sup> Segundo PÓVOA (1999, p.11), “o nome **Tocantins**, para uns pesquisadores, significa “nariz de tucano”, que designava uma tribo da região cujos componentes possuíam o nariz comprido; para outros, deve-se ao fato de viver na região deste grande rio a valente tribo dos índios Tocantins, que teriam dado nome ao rio”.

*“Porto nasceu no fim do século XVIII sob os auspícios dos bandeirantes portugueses, auxiliados pelo braço escravo da raça africana. O ouro que abundava em profusão nas minas de Carmo e Pontal (o primeiro, município vizinho; o segundo extinto) atraía os aventureiros lusitanos e mamelucos ao centro do país para enfrentarem tribos bravias que habitavam os sertões desconhecidos”. (Godinho, 1988, p.14)*

Em 1824 possuía cerca de 47 casas, todas pequenas, e a capela de Nossa Senhora das Mercês. No arraial de Porto Real se faziam os registros das embarcações que demandavam Belém do Pará. Com o declínio da mineração, a agricultura, a pecuária e a navegação tornaram-se três compensadoras atividades, base em que se assentou a prosperidade do arraial no curso do século XIX e nas primeiras décadas do século XX. Em 1831 foi elevado à categoria de vila e, em 1861 à categoria de cidade e, passou a ser chamada de Porto Imperial. De acordo com Godinho (1988), o censo de 1861, revela que a população era de 3.897 pessoas livres e 416 escravos.

#### 4.1.1 Imigrantes

Quanto às correntes imigratórias, verifica-se que as primeiras penetrações à região se fizeram por três caminhos, cada qual com um objetivo. Um foi o caminho por terra, aberto pelos bandeirantes paulistas. Outro foi a via fluvial, pela área amazônica, subindo os grandes rios Araguaia e Tocantins. O terceiro, também via terrestre, pelos pecuaristas procedentes da bacia do São Francisco.

Godinho (1988) traz a seguinte citação:

*“os homens que vinham do litoral criar um novo sistema de vida, conformaram a existência de duas áreas iniciais distintas no quadro sócio-econômico da região. Uma de origem paulista, outra de origem amazônica. Essas duas áreas, é preciso que se assinale logo, não se hostilizaram, de modo a torná-las organismos autônomos. Ao contrário, os homens que a compuseram, à medida que se afastavam do núcleo de onde haviam partido, aproximavam-se e, por fim se encontraram, encerrando a separação dos primeiros tempos. A aproximação dos grupos humanos não se limitou somente a fatores externos. A aglutinação se manifestou através da completa*

*sedimentação, ou melhor, numa continuada miscigenação de que tomou parte solidária o elemento autóctone. Está dito, que Porto Nacional é resultante daquela inicial heterogeneidade étnica, cuja característica própria – a peculiaridade do meio ambiente e o isolamento secular – emprestaram à região uma especial originalidade, um processo de vida diferente do tipo da civilização influenciada no convívio da órbita sulina”.(Godinho,1988,p.36)*

Em relação à população indígena, o território que hoje compreende o Estado, era habitado por numerosos grupos, como os acroás, afotigés, apinajés, aricobés, carajahi, carajás, carijós ou canoeiros, craôs, gradaús, javaés, naraguajés, xambioás, xavantes e xerentes. Inicialmente, os índios formavam grupos ao longo do litoral brasileiro, mas, pressionados pelo invasor e fugindo da perseguição que lhes era movida, foram se infiltrando no interior, acabando por ali se instalarem, chegando a ocupar os sertões do rio São Francisco e as margens do rio Tocantins (Póvoa, 1999).

Com a indiscriminada exterminação empreendida pelos exploradores, restaram poucos grupos indígenas que, protegidos pelo Governo, permanecem vivendo da caça, da pesca, agricultura e artesanato.

#### **4.1.2 População atual de Porto Nacional**

Segundo DATASUS (2003 – on-line), em 2000 a população total (área urbana e rural) de Porto Nacional era de 43.292 pessoas, sendo 1.027 menores de 1 ano. Durante o mesmo ano, o número de crianças nascidas vivas foi de 1.085 e o número de óbitos em crianças menores de 1 ano foi de 22, ou seja, um coeficiente de mortalidade de 21,4‰.

De acordo com os dados disponíveis pelo levantamento do PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) na área urbana, em 2000, o número de famílias cadastradas pelo programa era de 9.740.



Desse total, 96,13% da população entre a faixa etária de 7 a 14 anos freqüentavam a escola e 84,83% da população com idade igual ou acima 15 anos eram alfabetizados. Apenas 3,12% das pessoas possuíam plano privado de saúde.

Quanto ao abastecimento de água, 86,14% tinham água encanada; 12,98% utilizavam poço ou nascente e 0,88% outros recursos. Quanto ao tratamento de água em domicílio: 86,92% utilizavam a filtração, 0,53% a fervura, 2,73% a cloração e 8,35% não tratavam a água.

Em relação ao destino de fezes/urina: não havia rede de esgoto; 90,61% faziam uso de fossa e 9,24% tinham o esgoto a céu aberto. O lixo tinha o seguinte destino: 77,78% tinham coleta pública; 14,33% tinham o lixo queimado e/ou enterrado e 6,21% a céu aberto.

A porcentagem de pessoas que possuíam o benefício da energia elétrica era de 90,21%.

Quanto ao Sistema de Saúde, até dezembro de 2002 (DATASUS, 2003-on-line) estava estruturado da seguinte forma (Gestão Plena do Sistema):

Postos de Saúde	04
Centro de Saúde	01
Policlínica	02
Ambulatório de Unidade Hospitalar Geral	01
Unidade Mista	01
Clínica Especializada	02
Centro/Núcleo de Atenção Psicossocial	01
Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia	04

Unidades de Saúde da Família	08
<b>Total</b>	<b>24 tipos de unidades de saúde.</b>

O município dispõe de um hospital público (chamado de Hospital Comunitário). Não há leitos de UTI (Unidade de Terapia Intensiva) em qualquer dos hospitais.

Segundo informações da Secretaria de Saúde não há na cidade qualquer programa e/ou estratégia de incentivo ao aleitamento materno, a não ser as ações previstas dentro da proposta do Programa de Saúde da Família. Essas ações incluem acompanhamento de Pré-natal e atendimento às intercorrências mamárias. A última vez em que promoveram algo em relação ao tema aleitamento materno foi, há cerca de três anos, quando houve a “semana da amamentação”. Nessa ocasião distribuíram panfletos explicativos e ministraram palestras para gestantes e puérperas, com recursos federais.

## **4.2 Os sujeitos do estudo**

Após muitas conversas, o foco se fechou nas mães de bebês de até seis meses de idade, que estivessem ou não amamentando seus filhos. Escolhemos essa faixa etária dos bebês por acreditarmos que as vivências e lembranças em torno do aleitamento estivessem mais presentes. Optamos também, por excluir, caso surgisse, os bebês prematuros, com problemas crônicos de saúde ou com qualquer outra intercorrência que sugerisse cuidados específicos com a amamentação.

O número de mulheres participantes não foi pré-determinado, assim, ao encontrarmos a quinta mãe, verificamos que havia dados suficientes e consistentes para nosso trabalho. Identificamos que entre as mães entrevistadas havia

significados que se cruzavam, ao mesmo tempo em que ficava claro as particularidades de cada mãe. Dessa forma, o trabalho encerrou-se com a participação de 5 mães. Minayo (1998) coloca que os participantes capazes de informar sobre os aspectos que se pretende estudar, sejam considerados em número suficiente; permitindo a recidiva de informações e a diferenciação dos sujeitos, compreendendo as semelhanças e diferenças entre eles.

### **4.3 Aspectos éticos**

Antes de relatarmos como se deram os encontros, é importante ressaltar que o trabalho de campo somente teve início após apreciação e aprovação deste projeto pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Nacional – TO, assim como pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP. No desenvolvimento de pesquisas qualitativas, que envolve seres humanos, é fundamental o cumprimento das exigências preceituadas pelo Conselho Nacional de Saúde, na Resolução 196/96 (Brasil, 1996 –on-line).

Nesse sentido, durante a pesquisa, as mulheres, sujeitos desta pesquisa, foram esclarecidas repetidas vezes e sempre que se fazia necessário, de que eram livres para participarem do estudo estando cientes do direito de interromper sua participação, no momento que lhes conviesse. Diante disso, foi elaborado um termo de consentimento (Apêndice A) e foram seguidas as observâncias éticas que se referem à garantia de privacidade, do anonimato e do sigilo das colaboradoras (Brasil, 1996 – on-line).

### **4.4 A inserção no campo**

Minayo (1998) coloca que o campo deverá exprimir com clareza o objeto a ser investigado. O pesquisador deve manter contato contínuo e direto com o ambiente, planejar sistematicamente sua aparição e tornar fundamental a sua presença e as relações que estabelece a partir desse momento, para o desenvolvimento da pesquisa. Ainda a autora nos alerta que a entrada em campo deverá ser planejada pelo investigador, informando sobre a pesquisa que pretende realizar, procurando identificar como se apresentar, por meio de quem e com quem os primeiros contatos deverão ser estabelecidos.

Diante do exposto, não houve dúvidas, devíamos encontrar nossos sujeitos em suas próprias casas. Ficou claro que o estudo perderia muito caso resolvêssemos entrevistá-las num local diferente e que era em seu próprio ambiente que se encontrava a maior riqueza de cenas culturais.

Então, precisávamos escolher um local para contactar as mães dispostas a participarem da pesquisa. Pensamos que esse primeiro contato poderia ocorrer numa Unidade de Saúde, mas ainda tínhamos que escolher entre as várias unidades de saúde.

Entramos em contato com a Secretaria de Saúde de Porto Nacional, e naquela ocasião, apresentamos o projeto de pesquisa e o interesse, de nossa parte, em desenvolvê-lo junto à comunidade, com o apoio de um serviço de saúde. Deixamos uma cópia de nosso projeto de pesquisa e solicitamos que, após a leitura, nos fosse concedida a devida autorização para darmos prosseguimento às demais etapas.

Com a autorização concedida, começamos a coletar dados de bairros e da história das unidades de saúde de Porto Nacional e, após analisá-los, optamos pelo Posto de saúde "Dr Alberto de Oliveira Negre". O referido posto está localizado no

bairro Vila Nova I e foi o segundo a ser inaugurado na cidade. Outro fator relevante foi o fato de que o bairro abrigava o maior número de crianças menores de 1 ano e por ser um dos bairros mais antigos da cidade

Em janeiro de 2004 passamos a freqüentar o Posto de Saúde a fim de conhecermos melhor a rotina e os funcionários e, ao mesmo tempo, apresentarmos a proposta de nosso trabalho para o grupo de funcionárias. A princípio, pensamos em fazer o contato inicial com as mães na sala de vacinas, devido ao alto fluxo de crianças menores de seis meses. No entanto, não estávamos tendo êxito nessa tarefa, pois era um período bastante chuvoso e o movimento na sala de vacinas havia diminuído consideravelmente.

As agentes comunitárias de saúde sugeriram que fôssemos até as mães ao invés de aguardá-las no Posto, já que tinham o endereço de algumas mães do bairro que estavam com os bebês na faixa etária que queríamos. Conversamos sobre essa possibilidade e achamos que tal atitude não invalidaria a coleta. Assim, com a ajuda das agentes, fizemos uma lista com alguns endereços e iniciamos o primeiro contato. Caso a mãe se recusasse a participar da pesquisa, prosseguiríamos com a próxima da lista. Listamos as mães por ordem crescente de faixa etária dos bebês.

Os encontros aconteceram no período de janeiro a junho de 2004, e foi através das agentes comunitárias de saúde e com elas que iniciávamos nosso primeiro contato com as mães. O número de encontros ia sendo definido conforme a necessidade que tanto nós quanto as mães sentíamos, sendo assim, o número mínimo de encontros foi de 3 e o máximo de 5. A duração média dos encontros era de 60 minutos, sendo que o encontro de menor duração foi de 40 minutos e o de maior duração de 90 minutos.

## **4.5 Coleta de Dados**

Em nosso trabalho de campo, utilizou-se três técnicas de coleta de dados concomitantes: a observação, o diário de campo e a entrevista.

### **4.5.1 A observação e o diário de campo**

A fim de que pudéssemos nos aproximar dos significados das ações cotidianas das mulheres, nos propusemos a realizar uma observação cuidadosa, retornando no domicílio das mulheres algumas vezes, atentas ao que poderia estar sendo transmitido nas diversas ações. Foi elaborado um roteiro de observação antes de iniciarmos os encontros (Apêndice C), contudo, sabíamos que a realidade nos ofereceria outras diversas possibilidades, de modo que muitas vezes, observávamos situações não previstas no roteiro.

Essas observações e impressões foram, inicialmente, registradas por nós no diário de campo e muito útil na construção deste trabalho. Mesmo tendo sido, de início, pouco sistemáticas, anotadas sem clara noção de sua importância, aos poucos se tornaram relevantes, na medida em que trouxeram à tona elementos que ajudaram a compreender a vivência do aleitamento.

Malinowski (1986), traz que as anotações de campo constituem a principal forma de documentação de um estudo desse tipo, pois se referem aos registros de tudo que o pesquisador ouve, observa, experimenta e pensa no curso da coleta e reflexão sobre os dados. O autor afirma, ainda, que se deve distinguir três tipos de

informações coletadas: os dados coletados das observações diretas, as informações dos informantes e as inferências do pesquisador.

Dessa forma, deve-se estar atento para que as anotações expressem o conteúdo de uma afirmação, exatamente como foi dito e registrem as situações de forma concreta e não abstrata. Assim, em nosso diário de campo, procuramos registrar objetivamente o que víamos e, também, o que sentíamos; pois foi através das impressões pessoais anotadas que podíamos, mais tarde, captar novamente os momentos vividos.

#### 4.5.2 As entrevistas

Pretendemos, com a entrevista, tentar descobrir o que pensa a pessoa que estava sendo entrevistada, tentando acessar sua perspectiva e não colocando idéias pré-concebidas em sua mente.

Optamos pela entrevista semi-estruturada (Apêndice B), por possibilitar a apreensão da dimensão subjetiva da realidade a ser estudada. Para Minayo (1998,p.94), esse tipo de entrevista é aquela que *“visa apreender o ponto de vista dos atores sociais previstos aos objetivos da pesquisa, através de roteiros com poucas questões, que têm a finalidade de orientar, de serem facilitadores de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação”*.

Podemos entender a entrevista como uma troca, pois da mesma forma que o pesquisador penetra na existência do outro, este também lhe avalia e atribui-lhe uma identidade, a partir da construção de uma imagem.

*“Nessa trama de relações de força, um deles indaga, perscruta, registra respostas e reações do outro que, por sua vez, organiza e seleciona idéias, lembranças e sentimentos para compor uma resposta. Através do diálogo – na realidade quase*

*um monólogo -, o pesquisador procura alcançar um conhecimento que o outro não possui, embora vivencie as situações que são objeto da pesquisa” (Romanelli, 1998, p.126)*

Segundo o autor, mesmo que à primeira vista pareça que o pesquisador apenas extraia informações, sem nada dar em troca, ele é também um mediador para o sujeito apreender sua própria situação de um outro ângulo.

Cada mãe entrevistada esteve livre para discorrer sobre os aspectos que julgou importantes em suas experiências com seus bebês. Por esta razão, algumas perguntas relativas aos papéis sociais desempenhados, à gestação e parto, a sentimentos e conhecimentos prévios sobre amamentação, foram acrescentadas, quando havia necessidade de fazê-las.

Todas as entrevistas foram realizadas nos domicílios das mães, com exceção de uma mãe, que auxiliava o marido numa loja de motopeças ao lado de sua casa, local onde preferia que acontecessem os encontros. Os horários eram previamente agendados e de comum conveniência, principalmente para as mães.

Uma nova mãe era contatada somente após concluirmos o último encontro com a mãe que estava sendo entrevistada. Vale ressaltar que não utilizávamos o gravador logo no primeiro encontro, já que consideramos o uso do gravador como fator de inibição, numa primeira aproximação poderia impedir a "informalidade" que buscávamos nas relações.

## **4.6 Análise dos dados**

Para possibilitar o processo analítico, as entrevistas foram transcritas e organizadas de maneira padronizada. Após o término de cada entrevista, a fita foi transcrita pela própria pesquisadora. Tivemos o cuidado de digitá-las na íntegra,



procurando preservar as expressões de linguagem e gramaticais usadas pelos sujeitos.

Assim, as entrevistas e as anotações do diário de campo foram organizadas em arquivos individuais. Após esse procedimento, iniciamos a leitura das entrevistas, no sentido de apreender das falas das mães, o que significava o aleitamento materno para cada uma delas e como vivenciou ou vivenciavam, e percebemos um conjunto de idéias, pensamentos e experiências que se assemelhavam enquanto outros se diferenciavam.

Nesse momento, utilizamos o que Bogdan & Biklen (1994) denominam de categorias de codificação, ou seja, um meio de classificação de dados. Os códigos aos quais os autores se referem, são frases ou palavras que dão uma noção do sentido acerca das informações contidas nos dados empíricos e são elaborados pelo pesquisador a partir de várias leituras.

À medida que líamos as entrevistas e as anotações do diário, procurávamos códigos, anotando-os na margem direita do papel, como no exemplo a seguir:

<b>Entrevista</b>	<b>Código</b>	<b>Identificação</b>
<i>Aí eu fiquei assim, triste. Será que eu tô fazendo certo com a minha filha? Será que eu tô deixando ela passá fome?</i>	Tristeza Dúvida	Mãe 1 - Lia Pág. 10

Submetemos todas as entrevistas a esse mesmo procedimento, separadamente, e, ao final, obtivemos vários códigos. Passamos a ordená-los e alguns deles foram aglutinados a outros por sua semelhança, sofrendo um processo

de redução (Bogdan & Biklen, 1994). Ao final de cada um, foi anotado o nome da mãe e o número da página, para facilitar sua localização quando necessário.

Nessa fase, lemos várias vezes esse material, na tentativa de entendê-los melhor e em busca de aspectos relevantes. Isso não se constituiu em tarefa fácil e exigiu muitas idas e vindas, reflexões e consultas constantes às anotações do diário de campo.

Devemos ressaltar que durante todo o processo, desde as codificações iniciais, anotávamos nossas impressões e idéias que nos ocorriam a partir do trabalho constante da busca de compreensão do fenômeno. Esse procedimento nos possibilitou a visualização dos passos do processo analítico na sua totalidade, permitindo retornar aos dados e às reflexões já elaboradas, ao longo do estudo, as quais subsidiavam a elaboração e reformulação das hipóteses do estudo.

Dessa forma, fomos agrupando os códigos por sua semelhança, constituindo-se em sub-códigos e por fim a definição de temas mais abrangentes, que englobam os códigos menores, complementando-os. O quadro abaixo, exemplifica como ocorreu esse processo:

<b>Código</b>	<b>Sub-Código</b>	<b>Tema Principal</b>
Dúvida	Colocando em dúvida sua capacidade de nutriz frente ao reconhecimento das necessidades da criança	INSEGURANÇA / CULPA
Ansiedade		
Frustração		
Tristeza		
Medo		

Assim, obtivemos três grandes temas: Insegurança / Culpa, Alimentação: o saber científico e o saber popular e Cuidado pela família e pelo profissional de saúde.

## ***5 RESULTADOS***

---

---

## **5.1 Os sujeitos do estudo**

### **5.1.1 Breve Perfil**

O grupo foi constituído, em sua maioria, de mulheres jovens, na faixa etária entre 17 a 23, apenas uma delas estava fora desta faixa etária, com 30 anos. Quanto ao nível de ensino, 04 chegaram a cursar o 2º grau, sendo que apenas 02 o concluíram; 01 delas contava com o 1ª grau incompleto. Nenhuma delas estava estudando na ocasião das entrevistas. Com exceção de 01 das mães, todas as outras moravam com o companheiro.

### **5.1.2 As mulheres**

A fim de preservar a identidade das participantes do estudo, todos os nomes citados abaixo são fictícios. Não foi seguido um roteiro para a apresentação das mães, uma vez que nos guiamos pelas particularidades de cada caso.

#### **Mãe 1 - Lia**

Lia tem 30 anos, concluiu o 2º grau, é professora primária e está casada há cerca de um ano e meio. Sua primeira filha (Luiza), estava com um mês na época de nosso primeiro encontro. Mora com o marido e a filha em casa de alvenaria, construída no mesmo lote onde está a casa dos pais. Não possui muros ou portões

dividindo as duas casas, dessa forma compartilha o quintal com os pais. Seu marido trabalha como servente de pedreiro.

Lia, aos domingos, pratica catequese em sua Igreja (católica). É bastante religiosa e diz que, antes de se casar, havia pensado em ser freira. Quando se casou, as pessoas se surpreenderam. Sempre se mostrou muito receptiva e ávida por informações, gostava de fazer “tudo certo”. Seu casamento e a sua filha foram planejados. Apesar de não disporem de uma boa situação financeira, fez questão de pagar uma consulta no ginecologista antes de se casar.

Lia é a filha mais nova de doze irmãos. Sua mãe (D. Lúcia) estava com 72 anos e a ajudava com os afazeres domésticos e os cuidados do bebê. Lia a respeitava muito e não gostava de contrariá-la, mesmo quando não partilhava da mesma opinião.

Conta que sua filha foi muito esperada. Diz ter se casado um pouco “velha”(com 29 anos) e por isso, mesmo com a condição financeira difícil, quis ter um filho logo. Acha que família é pai, mãe e filho, “só o casal não é família”. Teve muita ajuda e foi cercada de cuidados durante a gravidez (na igreja, na escola, na família).

Relatou não ter boas lembranças de seu parto. Como fez seu pré-natal com um clínico geral (no Programa de Saúde da Família), foi ser consultada pelo ginecologista no final da gravidez. Conta que saiu muito frustrada do consultório, após o exame de toque. Segundo Lia, o médico “mandou”que deitasse na cama e tirasse a calcinha e, sem explicações, “foi logo colocando o dedo” em sua vagina. Como não tinha noção do que era o exame de toque, sentiu muita vontade de chorar, mas seu marido disse que esse era um exame normal, e que toda mulher

que vai ter bebê faz. Ela discorda do marido e não acha isso normal. O bebê estava sentado e foi feito cesárea.

Quanto à sua experiência de pós-parto no Hospital, acha que faltou um contato maior dos profissionais da saúde com ela. Acredita que lá seria o momento ideal de obter informações sobre os cuidados do bebê e a amamentação, mas nada foi dito. Preferiu ir pra casa logo, pois “ao menos” teria pessoas que lhe ajudariam a cuidar do bebê e fazer comida “quentinha” para ela.

Lia estava amamentando Luiza e afirmava nunca ter oferecido outro alimento ao bebê que não o leite materno. O marido e a mãe, em muitas ocasiões, questionavam se o leite estava sendo suficiente e ela se sentia confusa, mas disse que estava seguindo as orientações que recebeu no pré-natal: “só o peito, nada de água, nada de chá, nada de nada!”.

## **Mãe 2 - Nair**

Nair tem 23 anos, não completou o 2º grau, é casada há seis anos e mora com o marido e as duas filhas em casa de alvenaria que a sogra mandou construir. A casa tem três cômodos (cozinha/ quarto/ banheiro) e ainda não está rebocada. Nair diz que a sogra mandou construir a casa em 18 dias porque a outra em que moravam tinha risco de desabar.

É procedente do Maranhão, mas deixou o estado há uns 12 anos. Trabalha como manicure e seu marido instala som em festas em Porto Nacional e região.

Tem uma filha de 5 anos e o bebê (Ana Maria) tinha completado 2 meses na ocasião da primeira visita. Nair disse que sua segunda filha não foi planejada,

referiu ter tomado vários chás e remédios caseiros para abortar; sem sucesso. Acabou adoecendo e emagrecendo muito e teve uma gravidez de risco.

Contou que quando estava grávida, tinha pesadelos e sonhava com o bebê deformado. Hoje em dia, às vezes, chora ao ver que a filha está sadia diante de tudo que passou e sente-se aliviada. Quando a vi pela primeira vez em sua casa, estava sentada oferecendo mamadeira ao bebê.

Nair coloca que passou muitos aborrecimentos nessa gravidez. Contou que foi ao estado do Maranhão visitar o pai que havia adoecido e ficou por lá uns 4 meses. Logo que voltou a Porto Nacional, engravidou e então a família do marido desconfiou que o filho não fosse dele. O próprio marido, no início, chegou a desconfiar também e ela ameaçou abandoná-lo. Ele voltou atrás e ficaram juntos.

Fez duas ultrassonografias, nas quais os médicos afirmaram que estava grávida de um menino. Toda a família, inclusive o marido, ficaram muito contentes. Conta que chegou ao hospital quase parindo e que o médico, sem examiná-la, disse que o bebê ainda demoraria umas quatro horas para nascer. O bebê nasceu na maca, enquanto era encaminhada ao pré-parto para aguardar as quatro horas, uma auxiliar de enfermagem fez o parto.

Relatou que, num primeiro momento, chegou a rejeitar a filha, já que imaginava estar gerando um menino. O marido também se decepcionou.

Hoje Nair diz estar feliz com a filha e acha que talvez não tivesse “jeito mesmo” para criar um menino. Ainda sente que o marido preferia um menino (que teria o nome dele), mas “a gente tem que aceitar o que Deus manda”, ele coloca.

A filha mais velha (5 anos) também não gostou, a princípio, de ter uma irmã. Ela estava muito empolgada com a idéia de ter um irmão e disse à Nair: “outra menina! Já não bastava eu de menina?”

Nair tentou retomar os estudos para poder concluir o 2º grau; inclusive, apesar de estar amamentando, estava começando a oferecer mamadeira para facilitar. Acabou abandonando os estudos novamente, pois alegou que precisou faltar porque o bebê gripou e os professores “não foram compreensivos com as faltas”.

A tia do marido e o pai de criação do marido (a quem chama de sogro) moram duas casas acima da sua. Disse que sua filha mais velha é muito apegada à essa tia (que é madrinha dela) e dorme lá todos os dias.

Acha que Ana Maria é mais esfomeada que sua primeira filha e que o peito, à noite, fica sem leite de tanto que ela mama. Na ocasião das entrevistas, Nair estava amamentando e toda tarde oferecia uma mamadeira à Ana Maria (que estava um pouco resistente em aceitá-la), mas era enfática ao dizer que estava aguardando o bebê completar três meses para iniciar a “sopinha” (que seria oferecida em mamadeira).

Na última visita, Nair foi logo dizendo que Ana Maria estava mamando no peito somente durante à noite e que durante o dia oferecia a massa. Senti que ela estava bastante aliviada e satisfeita devido o bebê estar aceitando bem a mamadeira, o que inclusive lhe permitia voltar a atender suas clientes em domicílio e acompanhar o marido em algumas festas. Quando perguntei se o marido tinha apoiado a decisão, ela disse: “Ele falou: vamos tentar, se ela não pegar a mamadeira continua no peito, senão tudo bem. Ainda bem que Ana Maria colaborou com a mamãe e pegou a mamadeira”.



**Mãe 3 - Iris**

Iris tem 21 anos e cursou o segundo grau completo, sua filha (Giseli) na ocasião das entrevistas estava com cinco meses. Casou-se com 17 anos, já grávida, mas descobriu a gravidez depois do casamento. Sua primeira filha morreu pouco tempo depois de nascer. Segundo Iris, passou do tempo de nascer e o bebê teve “muitas complicações, inclusive falta de oxigênio”.

Na gestação de Giseli (sua 2ª filha), ela diz ter ficado muito ansiosa quando chegou próximo à hora de ter o bebê. Como não apresentou sinais de parto, foi feito cesárea. Fez uma promessa para que o parto não tivesse problemas e, principalmente, para que o bebê nascesse sadio. Acrescentou o nome de Maria ao nome que já havia escolhido para a filha.

Iris mora com a filha, o marido, um irmão de 12 anos e um cunhado de 10 anos. Ao lado de sua casa há uma oficina e uma loja de motopeças que pertencem a seu marido. Ela trabalha na loja, enquanto seu marido conserta as motos na oficina.

Abaixo da oficina mora sua irmã com o filho de 1 ano e na casa de baixo, mora uma prima com os filhos. Essas construções são do pai de Iris e estão no mesmo lote, não possuem muros ou portões dividindo as casas, dessa forma todos dividem o mesmo quintal. Também tem como vizinha uma senhora que tem cinco filhos, Iris a vê como um apoio e com frequência recorre à ela em caso de dúvidas nos cuidados da filha. Acha a vizinha muito experiente e tem muita segurança em seus conselhos.

Na frente da casa da irmã (logo ao lado da loja) ela arma uma rede onde coloca o bebê para dormir quando diminui o movimento da loja. Era lá que conversávamos durante as entrevistas.

Quando perguntei como tinha sido a alimentação de Giseli, ela respondeu que, como tinha bastante leite, era só o peito que estava oferecendo. Depois acrescentou que também oferecia água e que já havia tentado dar suco de laranja e chá, mas “o estômago dela não aceitou”.

Durante as visitas, Giseli estava sempre muito próxima à mãe, que amamentava durante nossos encontros. Dizia sempre: “Giseli não larga a *muchiba* não!”. Às vezes tentava dar comida de sal ou outro líquido, como suco; mas dizia que a filha recusava. Seu marido não gostava da idéia de oferecer outros alimentos para o bebê que não o leite materno. Segundo Iris ele dizia: “criança pede comida quando começa a nascer os dentes, Giseli ainda é banguela!”.

Mesmo assim, na última visita, ela tentava introduzir mamadeira, pois segundo a vizinha (e ela também achava isso) “não se sabe do dia de amanhã”; no entanto não estava tendo muito sucesso, apesar de tentar vários tipos de leite, o bebê recusava a mamadeira.

#### **Mãe 4 - Sabrina**

Sabrina tem 19 anos, é solteira e diz não ter concluído o segundo grau por causa da gravidez. Seu filho (Henrique) estava com seis meses na ocasião das entrevistas.

Ela e a família são procedentes do Pará, mas morava com a avó paterna e o irmão em Porto Nacional quando engravidou do namorado (que morava em Brasília). Seus pais estavam morando em Belém-PA nessa ocasião. A mãe de Sabrina, Carlota, disse que ficou sabendo da gravidez da filha quando ela já estava de cinco meses e que ficou chateada e preocupada, afinal estava longe da filha e não conhecia seu namorado. Foi ver a filha quando ela estava de oito meses de

gestação, ocasião em que voltou a morar em Porto Nacional junto aos filhos e a sogra.

Quando procurei Sabrina pela primeira vez, ela não se encontrava em casa, mas sua mãe se dispôs a ser entrevistada em seu lugar, alegando que não fazia muita diferença, pois ela também era um pouco “mãe” de Henrique. Durante as entrevistas, Carlota sempre estava presente e, com frequência, se antecipava às respostas de Sabrina. Referia-se à filha como alguém frágil, com problemas de coluna e incapaz de cuidar do filho sozinha.

Sabrina iria, dentro de alguns meses, se mudar para Brasília com o filho para morar com o namorado (e a família dele). Ela não demonstrava muito entusiasmo e Carlota se dizia angustiada e que não gostava de pensar em se separar da filha e do neto. No entanto, ela colocava que o pai de seu neto era muito presente e sentia muita falta do filho; achava mesmo que a filha deveria ir para Brasília. Estava treinando uma moça de 17 anos nos cuidados de Henrique para acompanhar e morar com Sabrina.

Henrique foi amamentado até os 3 meses, com complementação. Segundo Carlota, a filha tem os peitos pequenos e não tinha leite suficiente. Acha que isso foi percebido na maternidade, pois já introduziram o complemento lá mesmo (que era oferecido em copinho).

A alimentação de Henrique na época das entrevistas contava com um cardápio bastante variado: frutas, sucos, papa salgada e massa. Na verdade, o bebê não aceitava bem a massa e só tomava a mamadeira dormindo; Sabrina achava que ele havia “enjoado” da massa, mas também recusava o leite puro.

Na última entrevista, Sabrina demonstrava uma certa ansiedade quanto à viagem que se aproximava e dizia que tinha certeza que a família do namorado iria

“implicar” com a maneira que ela alimentava o filho. Também não se sentia segura em se separar da mãe.

A frase mais pessoal que consegui de Sabrina, foi quando perguntei como tinha sido a experiência de amamentar e ela respondeu: “é bom, mas é cansativo”.

### **Mãe 5 - Luzia**

Luzia tem 17 anos, não completou o 1º grau e trabalha como empregada doméstica. Seu bebê (também seu primeiro e único filho - Breno) estava com quatro meses na ocasião das entrevistas. É amasiada com o pai de seu filho, que tem 20 anos (e já tinha uma filha de 4 anos de um outro relacionamento) e está desempregado. Mora com o companheiro, a sogra, o sogro e dois cunhados. A casa onde moram não é rebocada e está no contra-piso, não há uma boa ventilação (poucas janelas) e os cômodos são separados por cortinas e não portas.

No primeiro encontro, Luzia estava bastante tímida e se restringiu somente em responder minhas perguntas, sem se estender ou dar uma opinião pessoal sobre assunto algum. Aos poucos foi se soltando, no entanto era difícil ela manter um contato visual enquanto conversávamos.

Sua mãe teve doze filhos, ela é a sétima e sua irmã mais nova tem 2 anos. A mãe mora também em Porto Nacional. Luzia passou um tempo com a mãe logo que teve o bebê; disse que tinha muitas dúvidas quanto aos cuidados do filho, mas tinha vergonha de perguntar à mãe; preferia observar.

Ainda não havia levado o bebê ao pediatra, porém afirmava que a vacinação estava em dia. Breno é um bebê pequeno e magro, mas é ativo. Quando o vi pela primeira vez, Luzia se adiantou: “ele é assim mesmo, é magrinho porque o calibre dele é esse mesmo, não porque não come”.

Amamentou sem complementação até os 3 meses, no entanto ela disse que as pessoas perceberam que seu leite “era fraco e não sustentava o bebê”, pois aos 2 meses ele ainda não havia atingido os quatro kilos. Então fez a opção pela massa e praticamente não amamentava mais, oferecia o peito somente uma vez durante a noite.

Na época dos encontros, a alimentação de Breno era a massa (feita com 1 colher de leite em pó e 1 colher de amido de milho para 250 ml de água), o peito (1 vez ao dia) e água. Ele pesava cerca de 6 kilos.

Durante os encontros, Luzia não tinha muito contato com o filho, que ficava mais com o companheiro e a cunhada. O bebê estava quase sempre nu, enrolado em uma toalha de rosto. Ela afirmava que o pai de Breno cuidava do bebê e fazia mamadeira melhor do que ela.

Senti que Luzia, a todo tempo, tentava me passar que estava tudo bem com ela e o bebê e que não tinha dificuldades para cuidar do filho.

## 5.2 Sobre as vivências da amamentação

*“A amamentação, além de ser biologicamente determinada, é socioculturalmente condicionada” (Silva, 1990)*

Veremos que essa afirmação revela-se em cada discurso, nos mostrando que a amamentação é *“um ato impregnado de ideologias e determinantes que resultam das condições concretas de vida”* (Almeida, 1999, p.15). E é dessa realidade concreta e desse cotidiano, vividos por cada mulher, no papel de mãe, que veremos surgir a singularidade e a subjetividade desse ato, nitidamente regulável pelas relações estabelecidas pela sociedade.

Falar de aleitamento como algo singular é falar de uma experiência única e particular, o que pode ser muito difícil, especialmente para nós, profissionais da saúde, tão habituados à rótulos, protocolos, rotinas e regras.

O desvelamento das várias faces do aleitamento pelas mulheres vem nos mostrar claramente que exageramos quando tomamos o aleitamento como algo determinado exclusivamente pelos princípios biológicos, natural, previsível e passível de regras e passos a seguir.

Aspectos relativos a momentos negativos e desagradáveis vivenciados pelas mulheres durante a amamentação foram ressaltados por elas em suas falas, além de uma valorização do saber popular muitas vezes em detrimento do científico; evidenciando uma visão diferente do que vem se apregoando nos discursos em prol do aleitamento.

Fundamentando-se nessas considerações, fizemos repetidas leituras do material empírico que nos encaminhou para a construção de três temas principais: Insegurança/Culpa, Alimentação: o saber popular e o saber científico e Cuidado pela família e pelo profissional de saúde. Apesar de discutirmos em separado cada tema, sabemos que os mesmos se integram e se confundem em muitos momentos, e que essa divisão se fez necessária apenas por motivos didáticos.

### **5.2.1 Tema 1: INSEGURANÇA/CULPA**

*“Há momentos em que alguns profissionais da área, no afã de trazer uma resolutividade imediata para o alcance dos padrões nutricionais e a redução de doenças, entre outras metas, nem sempre se dão conta do cenário das emoções do qual a amamentação faz parte. As ações e as reações são atravessadas por componentes emocionais que, mesmo não estando explícitos, fornecem sentidos que as sustentam” (Gomes apud Almeida, 1999, p.8)*

Amamentação e insegurança, à primeira vista, parecem duas palavras que não se combinam e de forma alguma se complementam. No entanto, ao longo dos depoimentos e vivências, foi ficando cada vez mais claro, como se vai gerando dúvidas e angústias nas mães, trazendo insegurança e fazendo com que ela decida no meio de uma teia de relações e informações que são permeadas por compreensões que fazem sentido na lógica de cada mulher.

Os sub-códigos que emergiram foram: Colocando em dúvida sua capacidade de nutriz frente ao reconhecimento das necessidades da criança e Incômodo.

### **Colocando em dúvida sua capacidade de nutriz frente ao reconhecimento das necessidades da criança.**

Ter que optar por uma conduta ou outra sem ter a plena certeza de que o caminho que se escolheu é o mais adequado é uma situação conflituosa. Se essa escolha diz respeito ao bem estar de um filho, esse conflito pode ser potencializado. Assim, através dos depoimentos percebe-se como o desconhecido vai gerando dúvidas e trazendo uma certa dose de angústia:

*“Eu fiquei preocupada, eu queria que viesse logo o leite. Eu achei que ela botasse a boquinha no meu peito e já vinha logo. Aí eu espremia e só vinha aquela água, eu falava: Meu Deus, esse leite não vai vim mais não?!” (Mãe 1 – Lia)*

*“Tem gente que fala uma coisa, outros fala outra, mas aí eu fico assim, confusa. Tem gente que deixa a gente só com medo: e quando vié a espremedeira, a febre, a dor de barriga? Aí eu fico...será que toda criança tem que tê isso? Eu acho que não. Então tem muita coisa que eu ouço assim, mas tem vez que deixa a gente confusa”. (Mãe 1 – Lia)*

A dúvida também faz com que a mãe cobre de si mesma uma atitude correta e acertada em relação ao filho, é como se ela, como mãe, não pudesse falhar. O depoimento acima revela que a criança não apresentando manifestações padronizadas, gera dúvidas na mãe, e esta demonstra uma preocupação de que algo possa não estar certo, ou seja, ser diferente pode significar estar errada. Ela se vê como a principal responsável pelo filho e caso faça opções que possam vir a ter relação com algum risco à saúde do bebê, assume essa falha e julga-se má. É o nascimento da culpa:

*“minha mãe até comprô o leite e a massa. Aí eu fiquei naquela dúvida: meu Deus, será que eu faço? Será que eu não faço? E se eu não fizê e a nenê tivé com fome? Eu vô tá sendo assim, malvada até, né. E se eu fizê e dé desinteria, passá mal e meus peito ficá cheio demais e doendo? Aí eu fico...é tanta dúvida, sabe?” (Mãe 1 – Lia)*

Acreditamos não ser fácil e simples, para as mulheres, expor suas dificuldades relativas à experiência de amamentar. A sociedade, a família, os profissionais de saúde e, até mesmo, a própria mulher, cobram uma postura de responsabilidades frente aos vários aspectos relacionados a amamentação.

*“É um dever da gente, como mãe, amamentá; e é um direito dela (criança)” (Mãe 3 – Iris)*

Há mais de um século, o discurso higiênico apelava ao amor materno e responsabilizava a mãe sobre o futuro dos filhos, auxiliando no processo de criação da culpa da mulher pelas intercorrências com o filho e a família (Silva, 1990). “A mãe que não vigia o filho, que não o amamenta, é considerada pelos higienistas culpada por tudo que vier acontecer” (Silva, 1990, p.73).



No transcorrer dos tempos e em diferentes sociedades, determinantes de ordem religiosa foram constituindo nos homens o conceito de culpa atrelado ao pecado, e pecado remetendo a castigo. Este conceito parece perdurar até os dias de hoje, como na fala a seguir:

*“Minha prima tinha os peitinho durinho e tudo mais, e falava que não ia amamentá porque ia caí os peito. Aí tirô o nenezinho com um mês do peito e ele adoeceu. A criança dela foi milagre de Deus não tê morrido mesmo. Eu ainda dei conselho pra ela: você não tira essa criança do peito porque se acontece algum problema, ele depende da amamentação materna” (Mãe 3 – Iris)*

Para atingir o controle de certos comportamentos e condutas, a história nos mostra que se recorre aos mais diferentes argumentos e instrumentos, e sem dúvida, imputar a responsabilidade materna pela vida ou pela morte de uma criança foi um recurso bastante utilizado para se atingir que a prática de aleitamento materno fosse exercida, visando atender necessidades de diversas natureza, inclusive econômica e política (Orlandi, 1985).

Não é raro encontramos trabalhos que trazem as justificativas das mães em não amamentar pautados na recusa e necessidades do bebê e na baixa qualidade e/ou quantidade do leite. Rea & Cuckier (1984), colocam que as mulheres raramente assumem o desmame e trazem respostas adaptadas ao que é aceito e esperado socialmente.

*“O discurso do sujeito sobre o aleitamento, que se constitui em objeto de sua prática, poderá ser camuflado, consciente ou inconsciente, para evitar desacordos e reprovações. Sendo o seu corpo que amamenta objeto de uma vigilância, o reconhecimento, por exemplo, da amamentação como desagradável, poderá trazer culpa ou sofrimento para a mulher. Esta se defende ocultando o seu saber ou, às vezes, não admite nem para si mesma que tem um saber discordante da moral vigente sobre o aleitamento” (Silva, 1990, p.7)*

Assim, parece mais apropriado se amparar em justificativas que são culturalmente aceitas como “leite fraco” ou “leite não sustenta”. A princípio, essas justificativas também apareceram neste estudo:

*“Seis meses só no peito, a criança não se sustenta; o meu mesmo não sustenta ela. Tem que tá entretendo com alguma coisa. Eu acho que não é errado dá uma sopinha ou um suco”*  
(Mãe 2 – Nair)

*“O leite do peito não tava sustentando ele, não alimentou ele o suficiente, tava faltando alguma coisa. Aí ele tomava o outro leite e dormia tranqüilo”* (Mãe 4 – Sabrina)

*“Todo mundo falava que era pra mim dá a mamadeira com a massa. Meu leite era muito fraco”* (Mãe 5 – Luzia)

No entanto, conforme os encontros iam acontecendo, foi-se estabelecendo uma relação na qual nos colocávamos numa posição de escuta, de troca, sem emitir julgamentos, criando vínculos. Assim, algumas das mães que tinham, até então, apontado somente fatores externos à elas quanto à interrupção da amamentação ou introdução de outros alimentos, acabaram expondo seus verdadeiros sentimentos. Consideramos a exposição desses sentimentos um ato de coragem, pois ao assumir sua verdadeira opinião a mulher fica à mercê do julgamento alheio:

*“...mas eu num agüento ficá toda hora, tchu,tchu, tchu (barulho de sugar) no meu peito. Não dô conta cinco meses direto no peito, não! Cansa.”* (Mãe 2 – Nair)

*“Amamentar é bom, mas é cansativo. Tinha que dá, tá ali, toda hora ali. Eu acordava com um sono! Até hoje não consegui dormir direito”* (Mãe 4 – Sabrina)

Silva (1997) nos alerta que a prática real de amamentar não depende, exclusivamente, de uma decisão prévia da mulher, ou, ainda, de conhecimentos sobre o assunto, por parte da mulher, mas é uma experiência que implica no envolvimento de uma série de fatores maternos e outros relacionados ao recém-nascido. Essa prática tem sua trajetória determinada pelo conjunto de interações vivenciadas pela mulher, dentro do contexto, no qual essa experiência se dá.

A mulher, nesse período, encontra-se vulnerável às opiniões e conselhos das pessoas com as quais interage em seu meio. À medida que essas pessoas dividem esse momento com a ela e o bebê, observam as manifestações do recém-nascido perante as atitudes da mulher, avaliam a situação e emitem seu julgamento. A opinião e conselhos dessas pessoas próximas constituem em elementos significativos na avaliação que ela faz do estado alimentar da criança e da sua capacidade em atender as necessidades do filho. Em muitas ocasiões as mulheres elegem entre as pessoas próximas, aquela que lhe servirá de apoio e referência na tomada de decisões.

*“...porque eu tenho a minha vizinha, ela já tem cinco filho, né; então quando eu tenho alguma dúvida, eu corro logo pro lado dela”. (Mãe 3 – Iris)*

*“O meu marido falou assim: vamos fazer um teste com ela e vê se ela pega algum leite. Aí eu tentei, mas ela não pegava a mamadeira e então eu dava no copinho pra ela”. (Mãe 2 – Nair)*

Essa interferência próxima e “externa” (das pessoas próximas) acaba, muitas vezes, questionando a maneira que a mulher está conduzindo os cuidados e a alimentação do filho. Os questionamentos provavelmente decorrem de dúvidas e

verdades próprias que também permeiam os familiares e também auxilia no processo de construção de culpa da mulher.

*“Quando é de manhã, que ela tá dormindo, ela dá um gemidinho, ele fala: Lia, dá o peito, a menina tá com fome. Eu falo: menino, essa menina mamô ainda agorinha, não tá com fome não! Aí fica dizendo pra minha filha que eu sô ruim, que eu tô negando leite pra menina...brincando, sabe?” (Mãe 1 – Lia)*

*“Aí mãe falô assim: Ô Lia, faz um “gomosinho” pra minha filha, parece que esse leite seu é fraco, não tá sustentando ela. Aí eu fiquei assim, triste. Será que eu tô fazendo certo com a minha filha? Será que eu tô deixando ela passá fome?” (Mãe 1 – Lia)*

*“Sabrina tem os peitos pequenos, tinha pouco leite”. (Carlota – Mãe de Sabrina)*

Os serviços de saúde muitas vezes são ambíguos em suas orientações, outras vezes não explicam suas condutas, ou até explicam, mas sem considerar a rede de relações dessas mulheres, contribuindo para que haja ainda mais dúvidas, sem possibilidades de mediar conhecimentos e tecer uma lógica que sustente as mulheres em suas decisões. Quando não se problematiza a temática, fica difícil se estabelecer um diálogo, ou seja, fica um monólogo ou, quando muito, se estabelece um diálogo de surdo - mudo e desta forma as mães e seus familiares ficam à mercê de suas próprias conclusões, diante de situações que geram insegurança.

*“O nenê pegou logo no peito, já veio com fome! Mas acho que perceberam que eu tinha pouco leite porque já chegaram com um copinho pra dá pra ele. A enfermeira já deu desde o primeiro dia o copinho. Falaram que era pra complementá, né.”(Mãe 4 – Sabrina).*

*“O D. é enfermeiro, ele orientava assim, até os seis meses tem que tomá o leite materno e assim, mesmo que as pessoas ou os médicos falam que não necessita de tomá água, ele falou que necessita sim”. (Mãe 3 – Iris)*

*“A agente (de saúde) falô que eu tinha que dá a massa porque o peito não tava sustentando ele”.(Mãe 5 – Luzia)*

*“No pré-natal eles não falaram quanto tempo era pra dar só o peito. Isso eles não me falaram não. Só falaram que eu tinha que alimentá ele direitinho. Acho que é tê a hora certa pra dá o peito, pra ele não ficá com fome”. (Mãe 5 – Luzia)*

Os profissionais de saúde demonstram incorporarem em seus discursos palavras que se tornam jargões, que se desgastam e passam a ter um significado muito enfraquecido, ou mesmo, irrelevante frente as decisões tomadas pelas mães.

*“Mas é claro, né, que mãe nem sempre segue a instrução da Doutora, né. Eu mesmo não sigo não!” (Mãe 2– Nair)*

Diante das colocações acima, verificamos que amamentar, muitas vezes traz inquietações e ansiedades não só para a mãe, como também para quem as cerca. Ainda que, muitas vezes, escape de nosso alcance interferir nos mais diversos segmentos da vida da mulher, é necessário que se tente, ao menos, minimizar esses sentimentos adversos. Saber que eles existem já é um bom começo.

### **Incômodo**

Estar incomodado com alguma coisa nos leva, na maioria das vezes, a tomar atitudes para excluir ou diminuir o que está incomodando. Neste sentido, o

choro do bebe traduz uma inquietação do bebê e representa um incômodo para quem está por perto, e mesmo podendo ter diversas causas, comumente é interpretado como sinal de fome.

*“As manifestações de comportamento do recém-nascido têm grande impacto sobre a forma como a mãe constrói o significado da experiência de amamentar e como ela se vê praticando a amamentação. É através da interpretação dada a essas manifestações, que a mãe se percebe segura ou insegura, quanto à sua capacidade de garantir a alimentação da criança” (Silva, 1997, p.148)*

Vários trabalhos já vêm assinalando ser a afirmação “leite fraco / não sustenta” a principal causa apontada pelas mães para o desmame (Ichisato & Shimo, 2001; Silva, 1990). A baixa qualidade ou quantidade do leite é a primeiro fator a ser associado ao choro:

*“Ela mamava e parecia que não tava satisfeita, mamava e chorava e botava no peito ela mamava. Aí no outro dia eu falei: mãe, eu acho que esse leite meu não tá sustentando ela”. (Mãe 1 – Lia)*

*“Esses dia ela tava chorando, aí eu comprei leite, comprei massa pra dá pra ela. Aí dei na mamadeira, não quis; dei na colherzinha, não quis. Acho que era alguma dorzinha”. (Mãe 3 – Iris)*

Essa associação não é feita somente pela mãe, as pessoas de seu convívio também partilham a mesma idéia:

*“Quando eu acabo de dá o peito pra ela e ela chora, meu marido fala: Lia, essa menina tá com fome, será que não era bom a gente fazê um leitinho e dá?” (Mãe 1 – Lia)*

*“A nenê tava chorando e aí eu fui perguntar pra vizinha; ela falou: não, essa menina tá é com fome! Faz a massa pra ela”. (Mãe 3 – Iris)*

*“O leite dela era bem fraquinho, só aquela aguinha, era fininho, não dava pra enchê a barriga dele, ele chorava, chorava...” (Sogra de Luzia)*

Giugliane (1996), coloca que a ansiedade gerada por essa situação, envolvendo a mãe e a família, pode ser transmitida à criança, que responde com mais choro.

*“A complementação com leites artificiais muitas vezes alivia a tensão materna e essa tranquilidade vai repercutir no comportamento da criança, que passa a chorar menos, reforçando a idéia de que ela realmente estava passando fome. É muito comum a seguinte cadeia de eventos: choro do bebê → ansiedade materna → mais choro → introdução da mamadeira → menor estimulação dos mamilos → menor produção de leite → mamadas reduzidas → rejeição do peito (ou frustração da criança quando vai ao seio) → interrupção da amamentação” (Giugliane, 1996, p.124)*

*“Eu tô dando a massa porque o peito não tava sustentando ele, meu leite é fraco. Agora, parece que meu leite já tá acabando, ele também não tá querendo o peito mais, quase não mama”. (Mãe 5 – Luzia)*

Quando o choro é tomado exclusivamente como fome, sem considerar a complexidade do ato de amamentar e os diversos fatores que envolvem esse processo, ajuda a reforçar a construção cultural de “leite não sustenta”, frente a diversas situações de choro. Também precisamos considerar que culturalmente fomos condicionados a utilizar essa explicação, pois outra, poderia recair na culpa, uma vez que o paradigma predominante, não reconhece explicações pautadas em outro conhecimento que não o biológico. Tal paradigma, apoiado no cartesianismo,

dissocia os processos de saúde e doença de uma visão mais ampla, que leve em conta outros aspectos da vida, como os culturais, sociais, econômicos, ambientais (Fonseca, 2000).

Embora elas próprias não saibam, as reais causas de suas dificuldades em amamentar são outras. A preocupação das mães com a quantidade e a qualidade do leite que vai nutrir o bebê é freqüentemente observada no período pós-parto. A necessidade de constatar seu leite, vivida pela mãe no puerpério, pode e deve ser entendida como produto da ansiedade decorrente da vulnerabilidade emocional a que está exposta a mulher nesse período da vida, experimentando em curto espaço de tempo uma série de sentimentos contraditórios (Almeida, 1999).

Outro fato que parece gerar dúvida e insegurança nas mães é não saber ao certo se há ou não a necessidade de oferecer água para o bebê. O fato de Porto Nacional ser uma cidade de clima muito quente parece contribuir para que a mãe vá contra o que prega o saber médico e ofereça água:

*“Minha mãe tem muita preocupação que a menina tem sede”.(Mãe 1 – Lia)*

*“Água tem que tomá bastante, porque esse tempo é bem quente”. (Mãe 3 – Iris)*

*“Aí, ele novinho, eu dava água pra ele. Mesmo minha mãe dizendo que não podia eu dava pra ele; é muito calor”. (Mãe 5 – Luzia)*

A mãe também se baseia em alguns sinais da criança:

*“Eu dô de vez em quando água pra ela, porque a “molera” dela fica baixa, né, e ela baba muito. Aí eu dô um pouquinho de água pra ela”. (Mãe 2 – Nair)*



Este último depoimento sinaliza uma justificativa viável para a administração de água quando fala da “molera” (fontanela) baixa, o que acontece no caso de desidratação. É preciso que se explore como em cada experiência vivida, elas decidiram introduzir ou não outros líquidos, para que possamos mediar as situações reais em que se deve oferecer água para o bebê, considerando inclusive até que ponto a não introdução da água vai gerar ansiedade à mãe e familiares. Talvez seja mais apropriado contornar a situação orientando para evitar os riscos que a introdução da água pode provocar, já que a mãe quase sempre o faz escondido, ou amparado por referências de suas relações cotidianas.

O cansaço é um outro aspecto que permeia a amamentação. Parece que as mulheres incorporaram uma certa “obrigação” em amamentar, e por mais que isso lhes seja cansativo, devem esforçar-se para levar a prática adiante. Aqui, mais uma vez a criança é o foco principal e vale a pena fazer sacrifícios para seguir amamentando:

*“Eu falei pro doutor que se eu chegá até lá, eu dô. Mas eu num agüento cinco meses só no peito, cansa. Mas o que eu tenho que fazê é seguir, né; porque se ela tá aqui é porque foi ajuda dos médico e de Deus”. (Mãe 2 – Nair)*

*“Ele só mamava, mamava, mamava e eu emagrecendo. Foi cansativo, mas valeu”. (Mãe 4 – Sabrina)*

A amamentação também provoca mudanças corporais indesejáveis:

*“Eu tenho muita fome. Fome demais, ave! Chega na hora da janta tem que comê, à tarde eu não me sustento com pãozinho, é arroz e feijão de novo. O meu marido falô: olha, você vai virá uma baleia, tu tá engordando demais”. (Mãe 2 – Nair)*

*“Eu não sentia fome, tudo que eu comia eu vomitava. Eu recuperei um pouco, mas...ih, tô magra ainda, não recuperei meu peso”. (Mãe 4 – Sabrina)*

O estudo nos mostrou a assunção do papel materno enquanto provedora, praticamente incondicional, das necessidades do bebê, mesmo que isso lhe traga certas privações. As privações decorrentes dessa relação de dependência, muitas vezes são tomadas como naturais, sem possibilidades de negociar com outros membros da família, alternativas que permitam reduzir algumas situações incômodas, ou mesmo atender necessidades da mãe.

*“A nenê tava chorando e u não ia deixá a nenê chorando pra comê, né. Deixei lá, quando eu fui comê a comida já tava fria e aí não comi, né. Aí...a gente passa até fome, mas não porque não tem, porque na hora de comê a comida já não tá mais prestando” (Mãe 1 – Lia)*

*“Às vezes, quando é de manhã, que eu tô querendo cochilar um pouquinho, que ela, de quatro hora em diante, ela fica mais acordada, enquanto ela não dorme eu não durmo, fico olhando” (Mãe 1 – Lia)*

*“Eu durmo muito tarde, fico esperando a última mamada e ainda acordo pela noite pra dá a mamadeira pra ele. E durante o dia eu não durmo não!” (Mãe 4 – Sabrina)*

Diante do que foi exposto, percebemos que em muitos momentos, a amamentação traz conflitos, dúvidas e angústias, fazendo com que a mãe, em várias situações, abra mão de suas vontades e “verdades” em prol das “verdades” alheias (da família, do companheiro, do saber biomédico). Entender que há momentos em que devemos essencialmente ouvi-la, sem julgá-la, pode ser muito válido para apreender o significado da experiência de amamentar para cada mulher. Fica

evidente que a mãe necessita de amparo, apoio e, acima de tudo, ter a confiança em si mesma construída ou restabelecida.

É momento de nós profissionais transcendermos nossas ações educativas, até agora voltadas para iluminar apenas as vantagens que a amamentação traz, principalmente para a criança e atentarmos-nos para a realidade da experiência vivida pela mulher, que se constitui também de momentos dor e de prazer; possibilitando assim apreender uma outra dimensão na prática da amamentação, no processo educativo. Assim, nesta perspectiva, nos instrumentalizarmos com outros recursos que possibilitem às mulheres exporem suas dificuldades, seus anseios, dúvidas, e nesta relação mais horizontalizada podermos, com ela, ultrapassar os obstáculos que elas possam vir ou estar enfrentando neste período.

Consideramos que o grande desafio nessa empreitada passa a ser incentivar uma prática educativa que possibilite às mães, um espaço para dialogarem com as pessoas de seu convívio, recuperando histórias e colocando essas experiências em narrativas, junto aos profissionais de saúde; dessa forma, tecendo um significado sobre a prática do aleitamento materno em que a mulher se sinta menos insegura em suas decisões e tenha mais prazer ao vivenciar o aleitamento.

### **5.2.2 Tema 2: Alimentação: o saber científico e o saber popular**

*“Historicamente, a ciência vem reafirmando seu poder na sociedade e conquistando hegemonia em detrimento de outros saberes. Há três séculos, o conhecimento científico não faz mais do que provar suas virtudes de*

---

*verificação e descoberta em relação a todos os outros modos de conhecimento” (Morin apud Fonseca, 2000, p. 97)*

Não há dúvidas de que a ciência é uma forte aliada do ser humano nas suas diferentes buscas (de vida saudável, de sobrevivência, de cura...). A ciência comprova ou exclui hipóteses, mede, quantifica e chega a resultados, em sua maioria, irrefutáveis; é o conhecimento que se produz nos meios mais cultos da sociedade, pelas pessoas mais intelectualizadas e, portanto, não foi difícil que se tornasse o saber hegemônico. Esse saber é tratado, ainda hoje, como o melhor caminho para a humanidade, *“se assumindo como o único conhecimento válido, que se embasa na objetividade, na quantificação, no rigor pra desprezar o conhecimento popular, o senso comum”* (Fonseca, 2000, p.96).

Embora a ciência seja defendida por produzir um conhecimento visando beneficiar as populações (de uma forma geral), ele nem sempre se populariza. Dentre as muitas dimensões que envolvem esse fato, caracterizando-o como um tema bastante complexo, acreditamos que o abismo que se criou entre o saber científico e o saber popular seja um fator relevante. Por saber popular tomaremos o conhecimento produzido a partir de condições e experiências de vida da população em estudo; dessa forma, o saber popular e a cultura se fundem e, a depender do ângulo que se analise, podem até ser a mesma coisa.

Ao se construir a superioridade do conhecimento científico, fica estabelecida uma relação de poder e enquanto detentor de um saber dominante, a todo custo, terá uma direcionalidade no sentido de transferir a lógica que sustenta esse saber para o outro, sem levar em consideração que há outras lógicas nas explicações populares. *“A coerência de um hábito cultural somente pode ser analisada a partir do sistema a que pertence”* (Laraia, 1993, p.90). Dessa forma,

quase sempre julgamos inadequadas e errôneas as concepções, as crenças e os hábitos que diferem dos nossos, mas encontramos lógica em tudo que nos é familiar.

Um bom exemplo é uma citação de Laraia (1993), que nos conta:

*“Uma conhecida nossa perguntou a um caipira paulista como é que o sol morre todos os dias no oeste e nasce no leste. ‘ Ele volta apagado durante a noite’, foi a resposta que obteve. Menos que um pensamento absurdo, trata-se de uma outra concepção a respeito do universo, obviamente diferente da nossa, que dispomos de informações obtidas por sofisticados observatórios astronômicos” (Laraia,, 1993, p.91)*

Para encontrarmos a lógica do outro, precisamos nos despojar de nossos pré-conceitos e valores e, antes de tudo, ouvi-lo. Ouvir pode até nos parecer algo bem simples de se fazer, mas “para ouvir, para dialogar, é preciso crer na legitimidade da fala do interlocutor” (Vasconcelos, 1999, p.54). Se partirmos do princípio de que somente nós temos algo a dizer e a contribuir com as mães que procuram o serviço de saúde, estaremos, no mínimo, criando um monólogo possivelmente inócuo.

Diante de tantas questões cotidianas que envolvem o aleitamento materno, as mães vão encontrando suas lógicas, mediante as experiências próprias e as de seu grupo social, e assim como um cientista, essas mães também procuram comprovar suas hipóteses e criar suas teorias ou confirmar aquela que lhes parece mais coerente. D. Lúcia, mãe de Lia, cita uma condição que ilustra essa lógica, a partir de sua vivência:

*“Se a gente fô falá nas ‘indieta’...naquele tempo era uma ‘indieta’ séria, aquela que teimasse em comê sentia mal. Caça do mato, o peba, o tatu, a mulher só tinha direito de comê com seis mês; porque se comesse antes dava problema na*

*mulhé e na criança. Dava disenteria no menino, o menino não nascia o dente, era aquela coisa, aquele 'pampero' mais feio, os olhos casquerento, os catarro escorrendo. Nunca um filho meu assoou o nariz! Nunca, nunca, nunca!"*

Fonseca (2000, p. 98), refletindo sobre o dia-a-dia de seu trabalho com as classes populares, coloca que o “conhecimento científico é um elemento que passa por suas vidas através de uma espécie de filtro de seus próprios saberes, gerando um conhecimento outro, misto do científico e do popular”. E é a partir dessa mistura de saberes que pretendemos analisar os comportamentos e as falas que se seguem, através de três sub-códigos: alimentação da mãe: leite “bom” para o filho; alimentação do bebê: só peito?, segurança e alívio.

### **Alimentação da mãe: leite “bom” para o filho**

Como já foi dito anteriormente, cada comunidade tem características próprias de conhecimentos, atitudes, crenças, práticas, expectativas e valores relativos à gravidez, parto, lactação, cuidado com as crianças, alimentação, doenças; não sendo, portanto, possível ser assistida à semelhança de outras. A alimentação foi um assunto que esteve muito presente em nossas conversas e nos mostrou o quanto é importante e sério para as mães, ao mesmo tempo em que os serviços de saúde parecem tratar o assunto de forma mecanizada, rotineira, normatizada e até mesmo “naturalizada” para todas as mulheres:

*“Porque até a comida lá ( no hospital ) acho que não era apropriada. Porque era uma comida assim, muito grosseira, sabe? Bife, arroz, feijão, até abóbora foi. Coisa assim, que eu acho que pra grávida assim, que faz parto cesárea, comê essas comida durona, acho que não é apropriado não” (Mãe 1 - Lia)*

Torna-se evidente que o meio familiar específico desta investigação, valoriza e acredita na alimentação diferenciada para a puérpera:

*“Alimento, assim, principalmente porque eu tive o parto cesárea, então minha mãe não quer que eu coma nem feijão de noite. É só pra comê arroz e carne e verdura. E a carne é de primeira, porque diz que mulher parida não pode comê carne de segunda, é de primeira! É chic!” (Mãe 1 – Lia)*

*“Minha mãe me orientava a tê resguardo com a boca, né. Porque o regime dela foi criado assim: ganhô bebê, comê pirão de galinha caipira ou então carne de primeira, né. Era isso que ela orientava”. (Mãe 3 – Iris)*

As experiências vividas e as histórias contadas pela família acabam comprovando a necessidade de se ter um regime especial de dieta para a “mulher parida”, não cabendo outra lógica para explicar as intercorrências. D. Lúcia nos traz um relato de desobediência:

*“Tinha uma mulhé que tava com menino de três mês, aí fizeram um peba, e ela: ‘eu vô comê desse peba, um trem cheiroso desse!’. Eu falei: ‘Maria, não tem necessidade de comê desse peba’. Ela: ‘Não tem nadinha, vô comê sim!’ Quando foi de noite, ela deu muita febre, deu mamá pro menino; o menino, quando foi no outro dia, amanheceu doente também. E essa mulhé foi ficando ruim, foi ficando ruim...o que resultô foi ela criá esse menino sem mamá, porque os peito secô. Secô que não deu um pingão de leite. O menino chorava e não pegava no peito. Porque com três mês a mulhé ainda tá de resguardo, se ela morrê, ainda morre de parto”.*

A escolha do alimento certo para a mãe, se mostra como um fator importante não só para uma boa condição de saúde da mulher, mas essencial para a qualidade e a quantidade do leite que vai nutrir o bebê:

*“Arroz pra mulhé parida, diz que dava pra inchá e o leite ficava fraco, por isso a gente não comia arroz, comia farinha” (D. Lucia, mãe de Lia)*

*“Rapadura, desde quando eu tava grávida que o povo falava que tinha que comê pra engrossá o leite” (Mãe 1 – Lia)*

*“Vixe, rapadura eu comia era pra enchê a barriga! O leite enchia os peito” (D. Lúcia – Mãe de Lia)*

*“Ah, muita gente fala pra mim comê canjica, pra eu tomá bastante caldo. Eu sempre gostei de comida assim, com caldo, com bastante verdura...e qualquer coisa que eu como já dá leite em mim” (Mãe 2 – Nair)*

*“Ela comia rapadura, churrasco, mandioca, tudo! Eu sei que ela dizia: ‘mãe, eu tô com muito leite!’ Comprava caldo de cana pra ela tomá...” (Carlota, mãe de Sabrina)*

*“Eu comia muitas coisa, assim, pra dá leite. Comia muita canjica, que dá muito leite, é forte” (Mãe 5 – Luzia)*

Não foi possível encontrarmos na literatura uma explicação científica comprovando como e por quê esses alimentos aumentam a produção de leite, no entanto, sabendo que o aleitamento materno sofre influências multidimensionais, encontramos alguns trabalhos (Vítolo et al, 1994; Gonçalves, 2001) que atribuem à fatores psicológicos o aumento relativo da produção de leite após a ingestão de alimentos que as mães acreditam ter esse poder. É provável que ao ingerir tais alimentos, a mulher aumente a confiança em si mesma e relaxe, já que tem certeza do efeito benéfico que determinado alimento lhe trará, além de muitos desses alimentos ajudarem em sua própria nutrição. Assim, ainda que não haja explicações “suficientemente” científicas para o aumento da produção de leite, não podemos



ignorar o que as nutrizes nos relatam acerca de suas experiências; fica mais uma vez o alerta sobre a importância de saber ouvir, e sem preconceitos, o que o outro tem a nos dizer.

### **Alimentação do bebê: só peito?**

As mães também se preocupam com a alimentação dos bebês. Apesar de todas terem recebido a orientação médica de que deveriam amamentar sem complementação até os seis meses, houve demonstração de dúvidas quanto à essa orientação:

*“O que eu ouvi, assim, é que tem que dá o peito até os seis meses. Só que eu acho...a criança seis meses só no peito...eu acho que tem necessidade de comê outra coisa, uma coisa mais forte” (Mãe 1 – Lia)*

*“A médica falô até os seis meses. Eu falei não, três meses em diante eu já quero dá sopa pra ela, faço um caldinho bem ralinho e coloco na mamadeira. Se ela gostá bem, eu vou continuá dando. Porque é sadio, né; eu não vou ficá dando coisa que faz mal!” (Mãe 2 – Nair)*

*“Ele (o marido) acha normal ela querê só peito, né. Mas, de vez em quando eu dô uma carne pra ela chupá. Já tentei dá suquinho, água de côco e chazinho na mamadeira, mas ela não gosta. Ela gosta mesmo de chupá laranja” (Mãe 3 – Iris)*

*“Até os três meses foi o peito, o complemento e o chazinho. Depois dos três meses começou com a massa, frutinha e agora tenho feito patê de fígado pra ele. Ele adora!” (Carlota – Mãe de Sabrina)*

Mesmo quando recebe orientações dos profissionais de saúde, encontramos entre as mães entrevistadas aquelas que buscam referendar entre o

seu grupo social as informações que recebe, esta situação pôde ser evidenciada quando questionamos quem havia ajudado Lia a tomar a decisão de oferecer só peito:

*“O que ajudou mais assim, porque sempre no pré-natal lá no postinho que eu fiz, eu via as mães que já tinha tido filho e sempre eu tinha a curiosidade de perguntá: o nenê come o quê? ‘Não, só no peito’. Aí eu falava: ‘então realmente o leite sustenta mesmo, porque um menino forte desse, só no peito...menino com quatro, cinco meses’ (Mãe 1 – Lia)*

Mesmo valorizando os saberes passados de geração a geração, há nesta última a preocupação em buscar apoio no saber científico, tomando-o em algumas situações como o mais correto:

*“Eu tô pensando em pegá uma orientação com pediatra, pra vê o que ela me orienta, porque eu quero fazê as coisa certa. Vai que eu dô qualquer coisa, qualquer leite e aí não dá certo com a barriguinha dela” (Mãe 1 – Lia)*

Um fato interessante é que o leite em pó ainda é muito valorizado entre as mães entrevistadas, o leite Ninho® foi o mais citado por elas (chamam de “Nino”) como uma boa opção para substituir ou complementar o leite materno. Aqui vemos um misto de saber científico (leite em pó) e o saber popular (amido) revelando o que Fonseca nos traz acerca da geração de um novo conhecimento:

*“Nunca troquei o leite ‘Nino’ por leite nenhum. Porque eu dava o leite ‘Nino’ até um ano. Daqui foi tudo no leite ‘Nino’, ela (Lia) mesmo foi. Aí fazia aquele ‘gomoso’ fino quando era pequenininho, de dois mês em diante” (D. Lúcia – mãe de Lia).*

*“Eu tô fazendo um teste, dei esses dias o leite ‘Nino’ pra ela”  
(Mãe 2 – Nair)*

*“Esses dia ela tava chorando e aí eu comprei leite e comprei massa pra dá pra ela. O leite foi o Nestogeno®” (Mãe 3 – Iris)*

*“Até os três meses foi só o Nam®1, o peito e o chazinho. Com três meses e meio mudou pro Ninho® e introduziu a massa”  
(Carlota – Mãe de Sabrina)*

*“Ele não tava sustentando com o leite do peito não. Aí comecei a dá leite ‘Nino’ pra ele. Ele melhorô foi muito!” (Mãe 5 – Luzia)*

Nos últimos anos, encontramos na literatura autores que vem defendendo a livre-demanda, ou seja, uma forma mais livre de amamentar, sem horários pré-estabelecidos ou muita regularidade. No entanto, antes da década de 90 e anterior ao advento dos alojamentos conjuntos, os bebês eram mantidos em berçários e somente levados para as mães nas ocasiões em que deveriam mamar. Gonçalves (2001) coloca que isto acontecia rotineiramente de três em três horas baseando-se no horário de administração de mamadeiras, admite ainda, ser possível que esse ato tivesse a intenção de disciplinar os bebês; além disso, havia também a necessidade de organizar a instituição através de normas e rotinas. As mulheres dessa geração, parecem ter incorporado essas orientações e tentam transmitir novamente às mães, que acabam percebendo que cada bebê tem seu próprio ritmo, o qual nem sempre condiz com as orientações que recebem.

*“Igual mesmo na amamentação, tem mulher, professora formada em curso superior, disse que eu tinha que tá balanceando a amamentação de três em três horas, pra não acostumar a criança a mamá toda hora, toda hora, toda hora.*

*Isso foi no segundo dia que eu cheguei da maternidade: 'Ó, você balanceia a mamada do seu filho de três em três hora'. Mas só que a nenê não espera, aí eu não sigo" (Mãe 1 - Lia)*

Em relação aos horários de mamadas, evidenciamos também que as mães buscam estabelecer uma certa regularidade nas mamadas noturnas:

*"Com dois mês eu tirava a mamada da noite, acredita? Ia dormir até seis, cinco hora da manhã, então eu dava o peito" (D. Lúcia - Mãe de Lia)*

*"Tem vezes que eu troco ela duas, três vezes na noite, com ela dormindo, sabe? Às vezes ela pode até tá acordada, mas eu não dô o peito pra ela, não dô! Aí eu só troco ela, arrumo o berço de novo e tiro o que molhô. Eu dô o peito antes dela dormir, eu falo: 'ó, você já mamô, abriu os olhos porque quis'. Aí eu fico com ela no colo, nino ela de novo, aí ela vai e dorme" (Mãe 2 - Nair)*

As mães, neste estudo, nos mostram que na prática cotidiana, elas tomam decisões fundamentadas nos saberes construídos e exercidos pelo grupo social em que estão inseridas, incluindo em vários momentos os saberes emitidos pelos trabalhadores de saúde, demonstrando que não há um forte predomínio de um saber sobre o outro, mas apresentam momentos que vão tecendo e mediando os saberes científico e o popular, conformando uma fusão de múltiplos saberes que vão sendo incorporados pelas mães e familiares, permeando suas decisões.

## **Segurança e alívio**

Se, por um lado, ter que fazer escolhas e decidir sem se ter a certeza do melhor caminho é algo que angustia, por outro, nos sentimos aliviados quando nos deparamos com os sinais de que a escolha fora acertada. As mães procuram constantemente por indicações de que estão no caminho certo, quando as manifestações do bebê correspondem às suas expectativas, construídas socialmente e, principalmente no que diz respeito à satisfação e saciedade, sentem-se seguras:

*“Aí quando a gente vai trocá ela, que olha a barriga, meu Deus, mas a barriga ta cheia, olha!” (Mãe 1 – Lia)*

*“Também eu deixo só o peito, o peito tá dando pra sustentá, tem bastante leite. E ela (o bebê) mesmo não ta abusando, né” (Mãe 3 – Iris)*

*“...a Dra mudou e passou pro Ninho® e tomando assim, a massa de Arrozina®, Mucilon®, vai variando pra ele não enjoá...Saúde aí é muita! Graças a Deus é bem saudável o Henrique” (Carlota – Mãe de Sabrina)*

*“Quando eu fui pesá, ele tava pesando 3.800 Kg, agora a moça foi pesá e ele ta pesando 6.200 Kg. Já pesô foi muito!” (Mãe 5 – Luzia)*

A idéia de que “bebê saudável é bebê gordinho” apareceu nos relatos e percebemos que essa relação alivia as ansiedades maternas e é um forte indicativo de que o leite ou a dieta escolhida para o bebê é a ideal. Esta imagem construída pelo marketing da indústria do leite em pó e fortemente difundida na nos mais diversos meios de comunicação está muito presente em diferentes grupos sociais, especialmente no desta investigação:

*“Vixe, eu tinha um irmãozinho que era gordo, o leite dela (da mãe) era forte! Ela é uma ´muiézinha´ baixinha, pequinininha, sequinha, mas o leite dela era forte. Era gordinho o bichinho. Ninguém acreditava que o menino era só no peito” (Mãe 5 – Luzia).*

*“Geralmente, o menino gordão, né, saudável...” (Mãe 1 – Lia)*

*“Eu tive um menino que só mamô três mês. Com três mês eu tirei o peito porque eu adoeci e vim pra Porto. Eu criei esse menino sem amamentá, mas foi miór de que amamentando. Ele engordô, mas era a coisa mais linda! Era gordo, gordo, sadio, não tinha problema de vivê no médico todo dia” (D.Lúcia – mãe de Lia)*

As mães também se apegam ao saber científico para se sentirem seguras e acertarem nas escolhas, principalmente se houver a preocupação por parte dos profissionais em discutir com elas situações que possam vir a enfrentar, oferecendo subsídios para que as mesmas passem por essas experiências com menos ansiedade. Acreditam que as orientações são bem-vindas e ajudam a superar as dificuldades que possam surgir:

*“Então eu acho assim, que as enfermeiras devia ter mais aquele contato, assim, explicá que tem que dá o peito, que demora mesmo vim o leite, mas que tem que insisti. Desde lá da maternidade, né, pra quando a gente chegá em casa, chegá mais aliviada” (Mãe 1 – Lia)*

*“Eu acho que devia sê mais trabalhada essa parte de orientação, o depois, né. Porque enquanto o nenê tá dentro da gente, tudo bem, mas depois que sai pra fora, é cada coisa que aparece!” (Mãe 1 – Lia)*

*“Ele ensinavam a dá o mamá, só o mamá, mesmo que desse um chazinho, mas mantê só no peito. Ensinava como fazê massagem na barriga, pra cólica, vê quando tem dor de ouvido...ih, aprendi muita coisa!” (Mãe 2 – Nair)*

Ao mesmo tempo em que se apóiam no saber científico, valorizam e mesmo tomam certas atitudes baseadas em tradições familiares:

*“D. Lúcia: Quando a mãe tá amamentando, deixa a criança. Se ela tá amamentando ainda, se ela vai lá pra Vila Nova ou pro Centro, pra trabalhá ou outra coisa, aí quando ela chega, se ela vié de pé, ela tá com o sangue agitado e se vié também pedalando uma bicicleta ela tá com o sangue agitado. Aí ela tem que deixá passa uma horinha, uns 20 minutos, bebe uma água...aí é que vai dá o mamá pra criança.*

*Lia: Quando eu vou pra rua eu não chego e pego não!” (Mãe 1 – Lia)*

*“Carlota: Tem muita coisa que eu aprendi...porque quem tinha que cuidar dos meus filhos era eu mesma, né. E é a maneira que eu tô ensinando a Sabrina a cuidar do Henrique.Com certeza nada de muito errado, né?”*

*Sabrina: Minha mãe sempre tem me ajudado!” (Mãe 4 – Sabrina)*

Algumas vezes, mesmo sem concordar com o que é dito pela família, seguem as orientações numa demonstração de respeito:

*“Farinha eu comi porque tinha que comê” (Mãe 1 – Lia)*

*“Eu comia tudo que falavam...aquelas coisas de milho, bolo, canjica que minha mãe fazia. Mesmo sem vontade eu comia” (Mãe 4 – Sabrina)*

Nos depoimentos aqui apresentados foi possível reconhecer o significado do saber popular produzido a partir de condições e experiências de vida da população estudada e desta forma também se apresentando como um dos aspectos culturais deste grupo social.

### 5.2.3 Tema 3: CUIDADO PELA FAMÍLIA E PELO PROFISSIONAL

*“Importa colocar cuidado em tudo. Isso significa: conceder direito de cidadania à nossa capacidade de sentir o outro, de ter compaixão com todos os seres que sofrem, humanos e não humanos, de obedecer mais à lógica do coração, da cordialidade e da gentileza do que à lógica da conquista e do uso utilitário das coisas. Dar centralidade ao cuidado não significa deixar de trabalhar e de intervir no mundo. Significa renunciar à vontade de poder que reduz tudo a objetos, desconectados da subjetividade humana” (Boff, 1999, p.102)*

Se, por um lado, em tópicos anteriores vimos que amamentar em alguns momentos pode significar incômodo ou insegurança, por outro, as mães nos mostraram que também pode ser prazeroso, quando se sentem seguras, quando há “cuidado”.

*“Porque quando eu cheguei em casa...”vixe Maria!” o tratamento foi outro, né. Na casa da gente sempre é melhor mesmo, né” (Mãe 1 - Lia)*

A casa e todo o seu universo parece ser o principal suporte das mães nesse momento. Acreditamos que espelhar-se em aspectos simples do cotidiano familiar possa nos ajudar na interação com as mães. Observar a forma como a



família olha ou valoriza a mulher e a criança, levantar quais ( ou quem ) são as prioridades das famílias dessas mulheres são parâmetros essenciais na elaboração do “cuidado” na amamentação.

Carletti (1996) corrobora com essa nossa afirmação quando nos traz o domicílio enquanto um espaço marcado por relações afetivas, de liberdade e intimidade, marcando a história pessoal daqueles que ali coabitam, e é nessa teia de relações que o domicílio se constitui num espaço que possibilita múltiplas funções como: alimentar, proteger, educar, conviver, festejar e cuidar.

O cuidado para ser exercitado precisa se constituir numa relação de familiaridade, ter algo comum, valorizar o trivial, o que faz parte do cotidiano de cada um, gerar confiança.

*“Porque lá em casa, ao menos, eu tenho quem me ajude a olhá a nenê, tem quem faz a comida ali, quentinha, na hora...” (Mãe 1 - Lia)*

*“Eu tô mais tranqüila porque eu tô perto da minha mãe...ela me ajuda em tudo” (Mãe 4 - Sabrina)*

*“Quando eu ganhei ele eu fui lá pra casa de mamãe, aí eu: ‘mamãe banha ele pra mim que eu não dô conta’. Aí eu ficava olhando e aprendi” (Mãe 5 - Luzia)*

Confiança, por sua vez, gera segurança e inspira proteção. Assim, quando nos dispusemos a estudar a amamentação e seus significados, não imaginávamos que o que mais nos chamaria a atenção seria perceber o quanto estamos longe de ser familiar para as mães. Então, se não somos familiar, talvez não inspiremos confiança suficiente para mediar as decisões que são tomadas por elas. Mas por que será que isso acontece?

Segundo Pessini (2000), alguns estudiosos derivam cuidado do latim *cura*., que na sua forma mais antiga era usada num contexto de relações de amor e de amizade; outros derivam cuidado de *cogitare-cogitatus*, cujo sentido é o mesmo de cura: colocar atenção, desvelo, preocupação. Boff (1999) também nos contempla quando define cuidado como uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

Assim, o prestar cuidado à alguém vai muito além de uma orientação ou mesmo de um procedimento. E o ser humano sabe distinguir nitidamente quando um cuidado transforma-se num descuido, numa assistência robótica e mecanizada.

Enquanto enfermeiras, a palavra “cuidado” está impregnada em nosso cotidiano profissional, mas será que a utilizamos em sua plenitude? Praticamos, de fato, o cuidado?

*“Mas as enfermeira só vinha assim: “Quem é Lia?” eu falo: “Eu”. Só isso, aí elas: “Isso aqui é pra você”. E volta. Não tem aquele contato, aquele diálogo” (Mãe 1 - Lia).*

*“Aí a pediatra chegô e falô só assim: ‘A nenê fez cocô hoje? A nenê fez xixi?’ Eu falei: ‘Fez’. Aí ela botô o aparelho e pronto. E só! Não orientô NADA, entendeu? Nada, nada. Eu achei assim, muito frio, muito assim, distante” (Mãe 1 - Lia)*

Muito frio, distante... e como nos aproximar? Tornar-se familiar, eis a questão. Dispensar atenção, demonstrar interesse genuíno, importar-se com o que é trivial, demonstrar afeto pode fazer toda a diferença.

A solidariedade demonstrada e exercida pelas pessoas que estão próximas às mães, compondo a rede de relações, se apresenta como valores importantes neste período por que passa a mulher, significando apoio, amparo, zelo; sentindo-se, dessa forma, verdadeiramente cuidadas.

*“Minhas amiga vinha, passava roupa, trazia lanche pra mim não me preocupá, lavava os copo...eu mesmo fiquei igual uma princesa” (Mãe 1 - Lia)*

*“Mina sogra ajudava, ela fazia as coisas pra mim. Ela só não dava conta de banhá a nenê e de fazê comida pra mim. Ela tem o tempero pesado. Ela falou: “Comida pra parida eu não dô conta não”.Aí vinha a minha vizinha fazê a comida pra mim, vinha outra lavava a roupa, a outra limpava a casa. Tinha bastante gente que me ajudava” ( Mãe 2 -Nair)*

*“Ás vezes eu ia tomá banho, aí elas (mãe e irmãs) já ficava me vigiando pra vê se eu ia puxá água do banheiro. Durante os 30 dias eu fiquei mesmo de repouso perpétuo mesmo. Só ficava por conta da Giseli” (Mãe 3 - Íris)*

A família, em particular o pai, também se adequa a dinâmica da nova família, desempenhando novas atividades domésticas, muitas vezes tidas antes do nascimento do bebê como atividades femininas.

*“Não, ele (o marido) fala quando acorda:‘Ó amor, dá mamá logo pra ela’, ele pega ela. Tanto que o nosso trato aqui em casa é ele lava as louça de manhã e eu faço almoço, pra podê tê tempo pra cuidá dela” (Mãe 2 - Nair)*

*“Aí eu chamo meu esposo, aí ele atende o cliente e eu fico com ela. Ela em primeiro lugar!” (risos) (Mãe 3 - Iris)*

Não é nosso intuito colocar que o profissional desempenhe as mesmas funções que estão descritas acima, nas falas das mães, no entanto, acreditamos que ao se inspirar nessas relações e nesse cotidiano comum, possamos encontrar um caminho para o estabelecimento de uma relação de confiança. E ainda valorizar entre os familiares que essas atitudes também proporcionam mais segurança às

mães que têm maior probabilidade de desempenhar a amamentação em sua plenitude. Cuidar da mãe pode significar também amamentar.

## ***6 CONSIDERAÇÕES FINAIS***

---

Este estudo, como aqueles desenvolvidos a partir da análise metodológica qualitativa, considera seu resultado como uma aproximação sucessiva da realidade que está em constante movimento e, portanto, uma realidade que não se esgota.

Retomando nosso pressuposto - compreender a dimensão cultural é um dos meios possíveis para chegar aos significados da conduta - este evidenciou-se como fundamental para entender o modo a experiência da amamentação se dá para cada mulher, revelando-nos algumas características próprias, singulares e desvelando as várias faces do aleitamento, pelas mulheres. Nos mostrou, também, os limites das nossas condutas quando tomamos o aleitamento como algo determinado exclusivamente pelos princípios biológicos, natural e previsível.

Assim, toda experiência deve ser reconhecida em seu valor, considerando que cada experiência imprimiu significados singulares e estes merecem crédito, não nos cabendo julgamentos de qualquer natureza. Ao contrário, se soubermos estabelecer uma relação na qual a mulher se sinta livre, à vontade para fazer suas colocações, teremos a possibilidade de tecermos um conhecimento conjunto na perspectiva de que a prática da amamentação ocorra de forma não persuasiva, não mecânica e mais prazerosa e, portanto, tendo maior probabilidade de ser mantida por mais tempo.

Ao vivenciar a amamentação a mulher procura tornar real tudo o que aprendeu através de suas experiências no dia-a-dia, com seus familiares, amigos, pessoas nas quais confia e que lhe são próximas, além daquilo que foi apreendido

de outras fontes que estiveram ao seu alcance. Ainda que não esteja vivenciando a amamentação pela primeira vez, cada experiência se mostrou revestida de peculiaridades.

Aspectos difíceis e desagradáveis vivenciados pelas mulheres durante a amamentação foram ressaltados. A apropriação e valorização do saber popular, muitas vezes em detrimento do científico, também foi destacado; evidenciando uma visão diferente do que vem se apregoando nos discursos em prol do aleitamento.

A obrigação em amamentar e a cobrança de atitudes corretas e acertadas em relação ao filho, pela própria mulher, foram evidenciadas. Deixaram claro que, como mães, não podem falhar e a culpa, construída no transcorrer dos tempos e em diferentes sociedades, aparece como um sentimento que emerge das inúmeras situações conflituosas por que passam as mulheres nesse período. Inicialmente as justificativas pela interrupção ou intercorrências da amamentação se ampararam em construções culturalmente aceitas como “leite fraco”, “pouco leite” ou “leite não sustenta” e somente após alguns encontros, algumas das mães acabaram assumindo suas reais dificuldades para manter o aleitamento materno, como o cansaço ou alterações corporais indesejadas.

As mães demonstraram que a amamentação gera dúvidas e angústias, trazendo insegurança e fazendo com que elas decidam no meio de uma teia de relações e informações, que são permeadas por compreensões que fazem sentido na lógica de cada mulher. Em muitas ocasiões as mulheres elegem entre as pessoas próximas, aquela que lhe servirá de apoio e referência na tomada de decisões.

O choro do bebê apareceu como uma situação incômoda e, mesmo podendo ter diversas causas, comumente foi interpretado como sinal de fome. Essa associação não foi feita somente pela mãe, mas também pelas pessoas de seu convívio. Não saber ao certo se há ou não a necessidade de oferecer água para o bebê, sendo Porto Nacional uma cidade de clima muito quente, parece contribuir para que a mãe vá contra o que prega o saber médico e ofereça água. A criança aparece como a principal prioridade, valendo fazer sacrifícios e esforços para seguir amamentando.

A alimentação da puérpera foi um assunto que se mostrou muito importante e sério no meio familiar específico desta investigação, sendo apontado pelas mulheres a necessidade de se ter um regime especial para a “mulher parida”. O mesmo não se pode dizer dos serviços de saúde, que parecem tratar o assunto de forma mecanizada, rotineira, normatizada e até mesmo “naturalizada” para todas as mulheres: A escolha do alimento certo para a mãe, se mostra como um fator importante não só para uma boa condição de saúde da mulher, mas essencial para a qualidade e a quantidade do leite que vai nutrir o bebê.

Houve demonstração de dúvidas quanto à prescrição médica de que deveriam amamentar, sem complementação, até os seis meses. Sendo assim, entre as mães entrevistadas há as que buscam referendar entre o seu grupo social as informações que recebem.

O saber passado de geração a geração foi bastante valorizado, e algumas vezes, mesmo sem concordar com o que é dito pela família, seguem as orientações numa demonstração de respeito. Também há mães que, mesmo valorizando as tradições, apóiam-se no saber científico, tomando-o em algumas situações como o mais correto. Elas nos mostram que na que na prática cotidiana,



são tomadas decisões fundamentadas nos saberes construídos e exercidos pelo grupo social em que estão inseridas, incluindo em vários momentos os saberes emitidos pelos trabalhadores de saúde, demonstrando que não há um forte predomínio de um saber sobre o outro mas uma fusão de múltiplos saberes que vão sendo incorporados pelas mães e familiares, permeando suas decisões.

Dessa forma, fica, no mínimo, complicado, até para não dizer incoerente prestar apoio à nutriz, seguindo os protocolos e as rotinas “fechadas” que padronizam as orientações e a assistência. Para que haja mudanças significativas no concreto dos serviços de saúde é preciso que se transforme os paradigmas atuais, valorizando as reais necessidades da população, exercitando a escuta, buscando conhecer a história de vida de cada mulher, valorizando as relações por elas estabelecidas em diferentes momentos de suas vidas, reconhecendo que essa teia social constrói significados que vão imprimir determinantes fundamentais em decisões.

Esta investigação nos propõe a refletir como o paradigma cartesiano nos leva às aparências ingênuas sobre a realidade complexa dos seres, das nossas vidas e do universo; nos instiga a rever e resignificar as verdades dos velhos esquemas simplificantes, o que nos possibilita acreditar que temos um caminho em aberto para esta construção.

Repetir informações técnicas, numa postura autoritária, não tem ajudado a melhorar a prática da amamentação, ainda que essas informações tenham fundamentações coerentes no paradigma predominante atual. Lembremos que em muitas situações temos praticado um diálogo de surdo –mudo ao aderirmos essa postura.

Desta forma, concordamos com Almeida (1999) quando este afirma :

*“...importa considerar que o grande desafio para a construção de um novo paradigma consiste, exatamente, na capacidade de compatibilizar os determinantes biológicos com os condicionantes socioculturais, os quais configuram a amamentação como uma categoria híbrida entre natureza e cultura” (Almeida, 1999,p.51)*

É um longo caminho, mas não há dúvidas que vale a pena por ele caminhar.....

***REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO***

---

ALMEIDA, J.A.G. **Amamentação: um híbrido natureza-cultura**. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 1999, 120p.

ANVISA, Resolução RDC nº 222, 05/08/2002. On-line. Disponível em: [www.aleitamento.med.br/ibfan/artigos](http://www.aleitamento.med.br/ibfan/artigos) . Acesso em: 01/09/2003.

ARANTES, C.I.S. **O fenômeno da amamentação: uma proposta compreensiva**. 1991. 86p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

BITAR, M.A.F. **Aleitamento materno: um estudo etnográfico sobre os costumes, crenças e tabus ligados a esta prática**. 1995. 200p. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Pará, Belém.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela Terra**. Petrópolis – RJ, Vozes, 1999.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em saúde: uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto (Portugal), ed. Porto, 1994, 335p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Resolução Nº 196/96 SOBRE PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS**. 1996. On-line. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/propesq/res19696.htm> Acesso em: 23/03/2004.

CAETANO, L.C. **Aleitamento materno: fatores que contribuem para sua prática**. São Paulo, 1992. 172p. Dissertação (Mestrado). Departamento de Enfermagem, Escola Paulista de Medicina.

CAMPESTRINI, S. Amamentação – aspectos antropológicos. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, 45 (4), p.285-289, out/dez, 1992.

CARLETTI, S.M.M.N., REJANI, M.I. **Atenção domiciliar ao paciente idoso**. In: PAPALLÉO NETTO, M. Gerontologia. São Paulo, Atheneu, 1996.

CARVALHO, M.R. **Planejando cidades amigas da amamentação.** On-line. Disponível em: [www.aleitamento.org.br/f\\_ini.htm](http://www.aleitamento.org.br/f_ini.htm) . Acesso em: 24/06/2002.

DATASUS, Portal da saúde. On-line. Disponível em: [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br) . Acesso em: 24/06/2003

EUCLYDES, M. P. **Nutrição do Lactente:** Base científica para uma alimentação adequada. 2.ed. Minas Gerais: Viçosa, 2000.

FERREIRA, A.B.H. **Novo Dicionário Aurélio de Língua Portuguesa.** Rio de Janeiro, ed. Nova Fronteira, 1986.

FONSECA, L.C.S. **Ensino de ciências e saber popular.** In: VALLA et all, Saúde e Educação. Rio de Janeiro, DP&A, 2000.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas.** Rio de Janeiro, ed. Zahar, 1978, 323p.

GIUGLIANE, E. R. J. Aleitamento Materno. In: DUCAN, B. B. et al. **Medicina Ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária.** 2.ed. Porto Alegre: Artemed,1996.p.118-126.

GODINHO, D.C. **História de Porto Nacional.** 1988, 321p.

GOLDENBERG, P. **Repensando a desnutrição como questão social.** Campinas, Ed.da Unicamp, 1988.

GONÇALVES, A.C. **Crenças e práticas da nutriz e seus familiares no aleitamento materno.** Porto Alegre, 2001. Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do sul.

HOEBEL, E.A.; FROST, E.L. **Antropologia social e cultural.** São Paulo, ed. Cultrix, 1981.

ICHISATO, S. M. T.; SHIMO, A. K. K. Aleitamento materno e as crenças alimentares. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v.9, n.5, set. 2001.

LAMOUNIER, J. A. Experiência iniciativa Hospital Amigo da Criança. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, vol.44, no.4, p.319-324., out./dez. 1998.

LARAIA, R.B. **Cultura:** um conceito antropológico. Rio de Janeiro, 8.ed., ed. Jorge Zahar, 1993, 117p.

MALINOWSKI, B. **Malinowski** – antropologia. São Paulo, Coleção Grandes Cientistas Sociais, ed. Ática, 1986.

MARCONI, M.A.; PRESOTTO, Z.M.N. **Antropologia: uma introdução**. São Paulo, 3.ed., ed. Atlas, 1992.

MARTINS FILHO, J. **Como e porque amamentar**. 2.ed. São Paulo: Savier, 1987.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5.ed., São Paulo: HUCITEC/Rio de Janeiro: ABRASCO, 1998, 269p.

NAKANO, A.M.S. **As vivências da amamentação para um grupo de mulheres: nos limites de ser “o corpo para o filho” e o corpo para si**. 2003. 145p. Tese (Livre Docência). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

ORLANDI, O.V. **Teoria e prática do amor à criança: introdução a pediatria social no Brasil**. Rio de Janeiro, Zahar, 1985.

PESSINI, L. O cuidado em saúde. **Rev. O Cuidar em Saúde**; v.24, n.4, p.235-6. jul/ago 2000.

PÓVOA, L. **História didática do Tocantins**. Goiânia, ed. Kelps, 1999, 130p.

QUIROGA, A. **Enfoques y perspectivas en psicología social**. Buenos Aires, Ediciones 5, 1994.

RABBONI, A. **Aleitamento materno: um banho de vitalidade**. 1.ed. São Paulo: Weleda, 2001.

REA, M. F. Substitutos do leite materno: passado e presente. **Rev. Saúde Pública**; v. 24, n 3, p. 241-9, 1990.

REA, M.F.; CUCKIER, R. Razões de desmame e de introdução de mamadeira: uma abordagem alternativa para seu estudo. **Rev. Saúde Pública**, v.22, n.3, p.184-91, 1988.

ROMANELLI, G. **A entrevista antropológica: troca e alteridade**. In: ROMANELLI, G.; BIASOLI-ALVES, Z.M.M. Diálogos metodológicos sobre a prática da pesquisa. Ribeirão Preto: Legis, Summa/CAPES, 1998.

SILVA, A.A.M.S. **Amamentação: fardo ou desejo?** Estudo histórico-social dos saberes e práticas sobre o aleitamento na sociedade brasileira. Ribeirão Preto, 1990. 302p. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

SILVA, I.A. **Amamentar:** uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios. São Paulo, ed. Robe, 1997, 257p.

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Situação Mundial da Infância.** Brasília: Ministério da Saúde, 1998, 81p.

VAN DER SAND, I.C.P. **O bem-estar da criança sempre em primeiro lugar:** o processo de alimentação do lactentes sob a ótica de mulheres-mães de Ijuí-RS. 1999. 190p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

VASCONCELOS, E.M. **Educação popular nos serviços de saúde.** São Paulo, 3ª ed, ed. HUCITEC, 1997.

VÍTOLO, M.R. et al. Conhecimentos e credences populares de puérperas na prática da amamentação. Rev. de Nutrição da PUCCAMP, Campinas, v.7, n.2, p. 132-147, jul/dez, 1994.

WOISKI, J.R. **Nutrição e dietética em pediatria.** 4.ed., Rio de Janeiro: Atheneu, 1994.

*APÊNDICE*

---



## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada Senhora,

Estamos realizando um estudo sobre a alimentação de bebês menores de seis meses. Este estudo tem a finalidade de conhecer e buscar compreender os costumes das mães em relação à alimentação de seus filhos.

Para isto solicitamos sua colaboração no sentido de nos receber em sua casa, algumas vezes, para que possamos entrevistá-la a esse respeito. Os encontros serão marcados antecipadamente, respeitando sua disponibilidade. As entrevistas, que serão realizadas durante os encontros, serão gravadas e posteriormente transcritas para estudo. Sua identidade será preservada e o que for dito durante a entrevista será mantido em segredo. Nossa intenção é a de, cada vez mais, aperfeiçoar o atendimento às mães que procuram o serviço de saúde à procura de apoio e orientação quanto à forma de alimentar seu bebê.

Também informo que não haverá nenhum tipo de despesa para esta participação e, assim, não é previsto nenhum tipo de reembolso.

Contando com sua colaboração, agradecemos.

---

Christine Ranier Gusman  
Enfermeira e Pesquisadora  
Telefone: 363-4058

Diante do exposto, concordo em participar do presente estudo e tenho conhecimento de que este trabalho está ligado a uma Universidade. Sendo minha participação voluntária, compreendo que poderei me retirar do presente estudo em qualquer momento e que não sofrerei nenhum tipo de humilhação, constrangimento ou prejuízo caso me recuse a participar.

Porto Nacional, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2004.

---

(assinatura da participante)

---

## APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM AS MÃES

### 1. Identificação

- Iniciais (nome):
- Idade:
- Estado Civil:
- Escolaridade:
- Profissão:
- Número de Filhos:
- Procedência:
- Pessoas com quem reside:

### 2. Informações sobre gestação, parto e atendimento médico.

- Fez Pré-Natal?
- Sexo da criança:
- Tipo de parto:
- Onde costuma levar a criança para a consulta médica?

### 3. Questões sobre o aleitamento em si.

- Conte-me como foi a alimentação do seu bebê desde que nasceu.
- Caso responda que sempre ofereceu leite materno: Em algum momento precisou complementar (dar) algum outro alimento (como outro leite, chá, água, mingau, frutas, papinhas) para o seu bebê?
- Quem ajudou a tomar essa decisão?
- Atualmente o que tem oferecido para o seu bebê?
- Como tem sido a opinião das pessoas com quem convive ou tem contato a respeito da forma como você alimenta seu bebê?
- Como se sente frente a opinião dessas pessoas?

## APÊNDICE C - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

Pensamos em realizar a observação dessas mulheres em diferentes momentos procurando olhar para a rede de relações estabelecidas com ela no processo de aleitar ou não ao seio materno. Num primeiro momento, pensamos que essas mulheres poderão ficar pouco à vontade, visto que alguém de fora do seu convívio familiar e social estará observando-as, o que pode representar uma invasão e uma preocupação com o julgamento da pesquisadora. Assim, acreditamos que precisamos buscar construir uma relação mais próxima, com um vínculo de confiança que nos possibilite tratar dos aspectos relativos à temática deste estudo. Sabemos que essa construção exigirá nos deslocarmos para o domicílio mais que uma vez e, talvez estar também em outros espaços, indicados a partir desta relação.

Podemos dizer que a observação nesse estudo terá por finalidade:

- Permitir a aproximação do pesquisador com as mulheres desta investigação.
- Descrever o ambiente domiciliar da família das mulheres participantes deste estudo, estando atenta para aspectos que possam estar relacionados à hábitos alimentares.
- Buscar fatos que possam explicar decisões relacionadas a prática do aleitamento materno.

Pensamos nos seguintes direcionamentos para esta observação:

- As relações entre as pessoas presentes na casa e a mulher, buscando identificar as diferentes formas de lidar com as indicações dos hábitos alimentares infantis.
- Presença de objetos relacionados a crenças religiosas, identificação de culturas regionais, ou de outra natureza.
- Saberes e fazeres no tocante à hábitos alimentares infantis.

Conforme afirmamos anteriormente, adotaremos esses aspectos para a observação, contudo estaremos atentas para as diversas possibilidades oferecidas pela realidade.