

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA/EPIDEMIOLOGIA

**“A CONQUISTA DA AMAMENTAÇÃO: O OLHAR DA
MULHER”**

AUTORA: MÁRCIA MARIA TAVARES MACHADO

Fortaleza – Ceará

1999

MÁRCIA MARIA TAVARES MACHADO

**“A CONQUISTA DA AMAMENTAÇÃO: O OLHAR DA
MULHER.”**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Pública, Área de Concentração em Epidemiologia do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará, para Obtenção de Título de Mestre em Saúde Pública.

ORIENTADORA: PROF. DRA. MARIA LÚCIA MAGALHÃES BOSI

**“A CONQUISTA DA AMAMENTAÇÃO: O OLHAR DA
MULHER”**

MÁRCIA MARIA TAVARES MACHADO

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Pública, Área de Concentração em Epidemiologia do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará, para obtenção do Título de Mestre em Saúde Pública, sob orientação da Prof. Dra. Maria Lúcia Magalhães Bosi.

DATA DE APROVAÇÃO: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dra. Maria Lúcia Magalhães Bosi

Prof. Dr. Ricardo José Soares Pontes

Prof. Dra. Raimunda Magalhães da Silva

Fortaleza – Ceará

1999

*"Hay hombres que luchan un día
y son buenos.
Hay otros que luchan un año
y son mejores.
Hay quienes luchan muchos años
y son muy buenos.
Pero hay los que luchan toda la vida
esos son los imprescindibles."*

BERTOLT BRECHT

AGRADECIMENTOS

- À Camila....a filha que sempre sonhei. Com ela, pude vivenciar esse doce momento de prazer, quando a amamentei seis meses exclusivamente. Hoje é uma amiga, um grande amor em minha vida!
- A meus pais, João Machado e Maria José, pela oportunidade que me ofereceram para aprender os bons caminhos da vida
- A meus irmãos, João Filho, Marleide, Mônica e Jefferson....amigos de bons e desagradáveis momentos vividos, onde a saudade é superada pela amizade que nos une. Aos novos integrantes de nossa família, Inês e o lindo Gabriel.
- Ao prof. Dr. Francisco das Chagas Oliveira, mestre e figura ímpar em minha vida profissional. Um grande exemplo de homem que dedica sua vida à promoção da saúde
- À profª. Maria Lúcia Magalhães Bosi, por sua inteligência, disponibilidade, dedicação e por todos os ensinamentos para a realização desse estudo. Uma grande amiga
- Ao grande Álvaro Madeiro, por suas palavras de incentivo, dicas, ensinamentos, seu jeito humano de ser. Uma grande amizade conquistada.....um amigo para se guardar do lado esquerdo do peito
- Aos professores do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, pelo exemplo de competência e ensinamentos que me proporcionaram

- Aos professores do Mestrado em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, pela dedicação e força para superar todos os impasses, nos proporcionando um ensino de qualidade
- Aos amigos do mestrado, pelos agradáveis e duros momentos vividos.....meus novos “amigos do peito”!
- Às minhas colegas de trabalho do Banco de Leite da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, por toda dedicação e amor ao trabalho que desempenham....certamente muitas mulheres amamentam, porque vocês existem
- Aos grandes amigos de luta por esse Brasil afora, especialmente aqueles de longas caminhadas: Marília, Edel, João Aprigio, Américo, Miriam, Elvira, Ivete, Vilneide, Yolando, Keiko, Marina, Franz, Fátima Moura, Sonia Salviano, Elsa, Estefânia, e.... muitos outros que preencheriam dezenas de folhas
- Aos profissionais da Maternidade Escola Assis Chateaubriand que, de uma forma direta ou indireta, incentivam a amamentação
- A todos os profissionais do Ceará que muito têm contribuído para promover o aleitamento materno em nosso Estado
- A Enfermeira Cristina, do Banco de Leite da Cesar Cals, por contribuir nesse estudo, indicando os nomes de algumas mulheres.
- A Silvia Mamede, superintendente da Escola de Saúde Pública do Ceará, pela oportunidade que me proporcionou para trabalhar nessa Instituição e Henrique Sá por sua atenção e valiosa amizade....dois grandes exemplos de competência
- Aos novos amigos da Escola de Saúde Pública, pela dedicação ao trabalho e agradáveis momentos vividos em conjunto.

- A todos os amigos conquistados por esse grande Brasil e outros países, pelo apoio que sempre me deram, com palavras de força e perseverança
- Aos bibliotecários da Escola de Saúde Pública: Helena, Santiago, Nelson, Paula e Kássia, pela grande competência, disponibilidade e simpatia
- A Ramon Esteves pelas dicas valiosas, palavras carinhosas de estímulo e muita compreensão.... uma agradável companhia durante a conclusão desse estudo
- Ao Prof. Vianney Mesquita pela revisão gramatical
- A Cristiane, pela sua paciência em transcrever todas as entrevistas
- A todas as mulheres que participaram desse estudo, pela disponibilidade e valiosa colaboração
- Às Marias, Raimundas, Lúcias, Teresas, Anas..... que driblam os percalços da vida e buscam uma condição mais humana.....o meu mais sincero respeito!

RESUMO

Este trabalho aborda as percepções e vivências das mulheres que amamentaram exclusivamente por um período mínimo de seis meses. Na tentativa de encontrar algumas respostas, sobretudo no que se refere às vivências dessas mães, buscamos retratar suas atitudes e o significado que a amamentação tem para a mãe, visando esclarecer o que originou no grupo a predisposição para amamentar exclusivamente. O estudo foi conduzido com base na metodologia qualitativa, tendo sido entrevistadas 13 mães, cujos discursos apontaram importantes elementos responsáveis pelo êxito na amamentação. Pudemos observar a complexidade do ato de amamentar, considerado por muitos como simples e possível de ser vivenciado por todas as mulheres e constatar que o sucesso da amamentação originou-se principalmente, no significado construído pelas mesmas durante toda a sua vida cotidiana, absorvendo e reinterpretando concepções e experiências presentes antes e durante a sua experiência em amamentar. Além disso, a motivação e percepção do processo de amamentar evidencia-se através de experiências na família, pela construção de auto-confiança e, principalmente, forte determinação para amamentar, superando dessa forma, os diferentes obstáculos que se apresentam para a conquista da amamentação.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO/JUSTIFICATIVA.....	12
2 O CONTEXTO TEÓRICO:	
2.1. Dados Epidemiológicos da amamentação no Brasil	
2.1.1. Mortalidade infantil no Brasil: tendências recentes.....	20
2.1.2. Aleitamento materno no Brasil: dados recentes.....	22
2.1.3. Aleitamento materno no Ceará.....	28
2.2. O aleitamento materno: aspectos históricos e sócio- culturais.....	35
2.3. Vínculo mãe e filho	
2.3.1. Vivenciando um novo momento.....	59
2.4. Por que as mulheres desmamam?.....	55
2.5. Nasce uma nova mulher: a trabalhadora.....	57
2.6. Atitude e expectativa dos pais em relação ao aleitamento materno	
2.6.1. Pais: conflitos na hora de “dar o peito”.....	62
2.6.2. Ajudando os pais a serem “amamentadores”.....	65
3 OBJETIVO.....	69
4. METODOLOGIA.....	70
4.1. Definição da amostragem.....	72
4.2. O trabalho de campo.....	74
4.2.1. Dificuldades encontradas/control de qualidade.....	78
4.3. Processamento dos dados.....	79

4.4. Notas de campo.....	79
5. O ALEITAMENTO MATERNO NA ÓTICA DAS MULHERES	
5.1. Característica da amostragem: entrevista.....	82
5.2. Característica da amostragem: grupo focal.....	85
5.3. Importância do aleitamento materno na ótica das mulher.....	88
• Decisão para amamentar.....	91
5.4. Suporte social e familiar.....	95
• Amamentação: participação do companheiro.....	95
• Profissionais e serviços: um contexto contraditório.....	100
• A importância fundamental das avós.....	105
5.5. Vivenciando a amamentação.....	108
• Mulher trabalhadora: superando dificuldades, buscando soluções alternativas.....	108
• Corpo e sexualidade.....	111
5.6. Alternativas para amamentação.....	114
• Amas de leite.....	114
5.5. Introdução de outros alimentos: aceitação ou recusa.....	116
6. REFLEXÕES E CONCEPÇÕES DAS MULHERES QUE NÃO AMAMENTARAM.....	119
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	131
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	139
9. ANEXOS.....	150

I-INTRODUÇÃO

O objetivo dessa investigação é explorar as concepções e vivências das mulheres que amamentam exclusivamente seus filhos por um período de 6 (seis) meses, considerado pela Organização Mundial de Saúde (1997) e pelo Ministério da Saúde (1991) como o período recomendável no que se refere a esta prática..

As mulheres que amamentam esse período apresentam uma grande determinação pois conseguem superar as adversidades, quer seja por pressões de familiares e/ou divergentes orientações fornecidas por profissionais de saúde. Contudo, poucos estudos tem sido descritos na literatura junto a esse grupo de mulheres que amamentam exclusivamente por um período mínimo de 6 meses.

Ao longo da nossa experiência profissional atuando como enfermeira “conselheira” em amamentação desde 1985 e trabalhando, desde 1988, no Banco de Leite Humano/Centro de Lactação da Maternidade Escola Assis Chateaubriand/Universidade Federal do Ceará, deparamo-nos com situações bastante distintas- algumas delas prazerosas, outras de desmotivação profissional, ora verificando que as mães passaram a amamentar mais seus filhos, enquanto outras os desmamam muito precocemente.

Lidamos no dia-a-dia com mulheres que desejam amamentar, demonstram “boa vontade” e disponibilidade em prolongar o aleitamento materno por um período mínimo de 4 a 6 meses. No entanto, nos sentimos frequentemente “impotentes” quando diversas mães referem:

“meu leite é fraco”; “sinto-me insegura”; “meu patrão não permite que eu fique 4 meses de licença”; “meu filho chora muito”; “meu marido não suporta o cheiro do leite”; “acho que não tenho leite suficiente”; “amamentar é doloroso”; “minhas mamas vão cair”, etc.

Frente a este dilema vivenciado no cotidiano do Banco de Leite, surgiu a indagação: **por que será que algumas mães, mesmo enfrentando situações adversas, apontadas como causas de desmame, conseguem superar pressões e dificuldades e amamentam exclusivamente seus bebês até completarem 6 meses?**

Na tentativa de encontrar algumas respostas, sobretudo no que se refere à vivência dessas mães, decidimos recorrer inicialmente à literatura científica. Surpreendentemente, a maioria dos artigos aborda as causas do desmame e raramente busca retratar as atitudes, representações ou o significado que a amamentação até o sexto mês exclusivamente tem para a mãe, bem como o que originou essa predisposição para amamentar exclusivamente.

Além disso, verifica-se que o objetivo maior dos trabalhos científicos é abordar o fenômeno do aleitamento a partir de um ponto de vista biológico, identificando, principalmente, o que este processo significa para o desenvolvimento da criança. Em geral não se demonstra efetivamente um interesse sobre como a mulher está vivenciando essa experiência, suas dificuldades reais, culturais e imaginárias e sobre os seus desejos concretos ou não. (ZURAYA & SHEDID, 1981; PERNETTA, 1988; SILVA, 1990).

NAKANO (1996), cita que a primeira tese defendida sobre o tema da amamentação, na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro por BRETAS em 1838 intitulou-se: “A utilização do aleitamento maternal e os inconvenientes que resultarão no desprezo deste dever”. Nesse estudo o aleitamento era visto como “uma *obrigação natural*, um *dever sagrado* e que todas as mulheres deveriam se prestar a realizá-lo.”(Grifos nossos.1996:4)

Não é surpresa que, ainda nesse século, nos deparemos com artigos que evidenciam essa “culpabilidade” imposta à mulher que não amamenta, colocando sobre ela a responsabilidade pela morbidade e mortalidade das crianças que não usufruíram do leite materno.

De acordo com SILVA (1997), o valor atribuído ao leite materno e as suas vantagens nutricionais e afetivas, apresenta, nos dias de hoje, as mesmas flutuações na sua prática, que se apresentavam ao longo da história, em diferentes sociedades. Assim, considera a prática da amamentação “um hábito preso aos determinantes sociais e às manifestações da cultura. As concepções e valores, assimilados pelo processo de socialização, influem na prática da amamentação, tanto quanto o equilíbrio biológico e funcionamento hormonal da mulher”.(1997:17)

Há portanto um comportamento mutável no que se refere à prática da amamentação através da história.

No século XVIII as mulheres enviavam as crianças para a casa das amas-de-leite, que desempenhavam serviço mercenário e conviviam por muito tempo com os bebês. Havia, no entanto, grande mortalidade das

crianças confiadas às amas-de-leite (BADINTER, 1985). O fato das mulheres dessa época entregarem seus filhos a outra, nos leva a refletir sobre as diferentes atitudes e os motivos que as levavam a executar tal prática. BADINTER (1985) refere que esse é um estranho fenômeno e que contradiz a idéia generalizada de um instinto próprio tanto da fêmea como da mulher. Complementa, ainda, “que toda mulher, ao se tornar mãe, encontra em si mesma todas as respostas à sua nova condição”. (1985:20).

Durante o séc. XVIII o aleitamento foi considerado fisicamente debilitante e, por vezes, perigoso, sobretudo para as nutrizes de classe média e alta, vistas como mais frágeis que as camponesas. Puérperas do estrato social mais elevado que decidissem amamentar seus filhos eram consideradas “santas”, dado que sacrificavam a própria saúde e beleza em função da sua prole (GRIECO, 1991).

No final do século XVIII e ao longo do século XIX emerge um substancial interesse pelo bem estar infantil, havendo uma consciência de que as crianças eram diferentes dos adultos e que, portanto, necessitavam de tratamento diferenciado e especial. Essas mudanças passam a ser acompanhadas também pela área médica e o aleitamento materno “volta à moda”. Passou-se então a estimular a amamentação na mãe biológica, o mais cedo possível, fato que repercutiria favoravelmente na mortalidade infantil, sobretudo nas primeiras quatro semanas após o nascimento (BADINTER, 1985; GRIECO, 1991; SENA, 1997).

Com a Revolução Industrial, iniciada por volta de 1750, na Inglaterra e, um pouco mais tarde, nos outros países, observou-se uma migração da

população do campo para as cidades, atraída pelos empregos das fábricas. Crescem, a partir desse momento, as oportunidades de trabalho para as mulheres, o que acarreta uma diminuição de amas-de-leite como ocupação. Com o avanço das indústrias e o crescimento das cidades, aumentou o interesse pela produção de novos alimentos (GOLDEMBERG, 1988; GRIECO, 1991; SENA, 1997; SILVA, 1997).

Esse fato acarretou um efetivo aumento da mortalidade infantil, contudo acreditava-se que as mortes ocorridas em crianças alimentadas com leite integral eram devidas à intoxicação por proteínas ou eletrólitos. Aconselhava-se, no entanto, a diluição do leite com água e seu enriquecimento com açúcar e cereais de modo a repor a diminuição de calorias causada pela diluição (BARNES, 1987).

Nas primeiras duas décadas deste século, o uso da pasteurização e do refrigerador contribuíram para diminuir o nível de contaminação bacteriana do leite de vaca. O aparecimento do leite em pó e seu fácil acesso a todas as camadas sociais, fez com que a prática da mamadeira se tornasse bastante difundida (CUNNINGHAM, 1981; CORADINI & FREDERICQ, 1981; SENA, 1997, SILVA, 1997).

SENA (1997) cita que, “ no Brasil, a disseminação do aleitamento artificial também foi favorecida pelo processo de urbanização que se instalou no país, a semelhança do que aconteceu nos países desenvolvidos, e auxiliada pela distribuição dos excedentes de produção do leite em pó no período pós-guerra, através de programas de ajuda alimentar para as Nações amigas, pela importação do leite em pó e pelo aumento de sua produção a partir dos anos 40 (1997:9).

A consequência da utilização de fórmulas infantis foi o aumento crescente da mortalidade infantil, principalmente na população mais pobre dos países não desenvolvidos (CORADINI & FREDERICQ, 1981; MONTEIRO,1988; GIUGLIANI,1997).

A partir da constatação desse fato, justificado pelo desmame precoce, realizaram-se estudos no sentido de buscar uma melhor compreensão do processo de aleitar, tendo sido incorporadas outras disciplinas nessa tarefa, contemplando diferentes abordagens: antropológica, social, psicológica, iniciativa que ampliou o conceito de aleitamento materno situando-o não apenas como um processo ligado unicamente ao biológico mas , fundamentalmente, a questão da relação do homem com sua cultura e história.(SILVA, 1997; NAKANO, 1997).

Não obstante, temos verificado que apesar dos inúmeros trabalhos sobre aleitamento materno estarem resgatando uma visão mais ampla sobre o assunto, há ainda uma ênfase generalizada na idéia de ser o leite materno o alimento ideal para o crescimento e desenvolvimento do bebê e muito pouca atenção é dirigida às necessidades da mulher.(BITTENCOURT, 1993; NAKANO, 1996; GIUGLIANI, 1997; SILVA, 1997, MONTEIRO, 1995).

Acreditamos que a ideologia contida nas campanhas de incentivo à amamentação, reforça ainda o conceito da mãe como única responsável pelas consequências da prática do desmame, sem no entanto, avaliar os fatores adversos vivenciados no cotidiano feminino. Esse aspecto da obrigatoriedade pela amamentação, responsabilidade e solução dos problemas sociais da desnutrição e mortalidade infantil impostos às mães

nessas campanhas, podem ser vistos de forma sutil e algumas vezes disfarçadas (GOLDEMBERG, 1988; MANDL, 1988; SILVA, 1996).

Entendemos a amamentação como um ato socialmente compartilhado, onde estão incorporadas ideologias e determinações que resultam das condições concretas de vida da mulher, que além de desempenhar outros papéis, passa a ser mãe e também uma lactante. Segundo ARAÚJO (1997), paralelamente às propagandas de incentivo à amamentação, veicula-se na mídia, de maneira subliminar ou mesmo implícita, a “construção de um corpo ideal”, seja através da valorização da estética corporal e da erotização de algumas partes deste corpo, aspecto que pode estar mudando as representações da mulher sobre o seu papel de lactante. Essa dicotomia (a mama como fonte de prazer e de alimentação do filho, não sendo admissível o prazer no ato de amamentar), pode estar influenciando a decisão das mulheres em amamentar ou não o seu filho. Acreditamos, no entanto, que a amamentação diz respeito não somente ao corpo feminino, mas também à articulação deste com a realidade social vivida.

Ao emprendermos este estudo esperamos que a identificação das concepções dessas mulheres sobre o ato de amamentar, proporcione aos profissionais de saúde auxílio na sua prática cotidiana, nas reflexões sobre as “verdades” muitas vezes percebidas como absolutas, as crenças e normas pré-estabelecidas, de modo que aceitem as decisões dessas mulheres quanto a amamentar ou não seus filhos, propondo uma prática com qualidade e com características transformadoras.

Entendemos que a presente investigação não contemplará a totalidade dos fatores que podem influenciar ou dificultar a decisão das mulheres em amamentar seus filhos, tendo em vista que as ações de saúde são complexas e permanentemente inter-ligadas a decisões políticas.

Decidimos abordar temas que envolvem situações atuais, outros de resgate histórico, por entendermos que no cotidiano vivenciamos momentos de busca e apreensão de conhecimentos.

Inicialmente, apresentaremos um breve esboço do quadro de *desmame e a atual situação epidemiológica do aleitamento materno no Brasil*, de modo a situar o fenômeno enquanto questão social e, mais especificamente, de Saúde Pública.

No segundo capítulo, procuramos resgatar a *História da amamentação* descrita na literatura. Estaremos refletindo sobre as práticas, atitudes e as diversas situações vivenciadas pelas mulheres em diferentes períodos da humanidade, retratando as suas peculiaridades.

No terceiro capítulo, daremos ênfase ao *vínculo mãe e filho*. Ao longo da nossa atividade profissional, nos deparamos com mães que constantemente relatam o desejo e disposição para amamentar, reforçando estarem realizando esse ato, por “amor e dedicação e saúde do filho”.

No quarto capítulo, abordaremos algumas causas justificadas pelas mães para *desmamar precocemente* seus filhos. A seguir, no quinto capítulo relataremos sobre a função da *nova mulher, enquanto trabalhadora*.

Finalmente, no sexto capítulo, abordaremos um tema pouco descrito na literatura: *a atitude dos pais diante da amamentação*. Como parceiros ativos do processo do aleitamento materno, seja participando dos cuidados com a mãe e bebê ou de recusa para ajuda nesse período, consideramos ser necessário uma reflexão sobre a participação dos mesmos nos diferentes momentos da gravidez e puerpério.

O interesse nesse estudo visa realizar uma reflexão profunda sobre a prática da amamentação, buscando revelar a ato de amamentar sob a perspectivas das mulheres que vivenciaram esse momento.

2. CONTEXTO TEÓRICO

2.1. DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DA AMAMENTAÇÃO NO BRASIL

2.1. 1. Mortalidade infantil no Brasil: tendências recentes

O aleitamento materno tem sido uma ação preventiva comprovada para reduzir os altos índices de mortalidade infantil, o que deve ser priorizado pelas políticas de saúde pública do País.

Estudos realizados no Brasil demonstram o efeito protetor do leite materno contra a mortalidade infantil, que varia de acordo com a idade da criança, a duração e o tipo de amamentação e as características da população. VICTORA et all (1987) apresentaram em estudo realizado em Porto Alegre e Pelotas, que as crianças menores de 1 ano não amamentadas tiveram um risco de 14,2 e 3,6 vezes maior de morrer por diarreia e doença respiratória, respectivamente, quando comparadas com crianças alimentadas exclusivamente ao seio. Para as crianças parcialmente alimentadas ao seio, esse risco foi de 4,2 e 1,6 vezes.

LUCAS E COLE (1990) realizaram estudo prospectivo multicêntrico, que evidenciou uma mortalidade por enterocolite necrotizante 10,6 e 3,5 vezes menor em recém-nascidos pré-termo, recebendo leite materno exclusivo e alimentação mista, respectivamente, quando comparados com crianças alimentadas com fórmulas.

Além das infecções gastrintestinais, estudos sugerem a proteção do leite materno para problemas respiratórios (JELLIFE & JELLIFE, 1979, GIUGLIANI & VICTORA, 1997). Outro estudo realizado por CESAR (1995) mostrou através de seguimento de casos e controles aninhados em coorte de base populacional, que a ocorrência de internações hospitalares por pneumonia no primeiro ano de vida foi 17 vezes maior para

as crianças não amamentadas, quando comparadas com crianças amamentadas exclusivamente.

Nas últimas décadas, a taxa de mortalidade infantil teve uma redução de aproximadamente 70% no Brasil, a despeito de grandes parcelas da população brasileira ainda estarem à margem dos benefícios sociais resultantes do desenvolvimento econômico (SIMÕES & MONTEIRO, 1995; BECKER & LECHTING, 1988). Na década de 30, a estimativa para o coeficiente de mortalidade infantil era de aproximadamente 158 e, decaindo, nos anos 80, para cerca de 67 óbitos ‰ partos. Esta taxa continua em declínio, mostrando-se em torno de 52‰ para o ano de 1993 (UNICEF, 1995). No entanto, esta redução não ocorreu de modo uniforme em todas as regiões do País; ao contrário, observa-se uma persistência ou mesmo um agravamento das desigualdades interregionais ao longo do tempo.

Entre os anos 80-90, os índices situavam-se em torno de 74, 43 e 33 para as regiões Nordeste, Sudeste e Sul, respectivamente. Isto significa que, apesar da redução da mortalidade infantil verificada em todas as regiões, as taxas no Nordeste eram 72% mais elevadas que na região Sudeste e 124% maior do que na região Sul (BARRETO & CARMO, 1994; LEITE, 1996).

No entanto, LEITE (1996) justifica que esse dado, até a década de 70, reflete a marginalização da região Nordeste em relação à dinâmica da economia nacional, o que pode ser observado pela reduzida cobertura dos serviços e programas de saúde, pelas menores taxas de universalização dos serviços sociais básicos e pelo agravamento persistente das condições de nutrição, moradia, emprego e de auto-sustentação familiar. VICTORA & BARROS (1994), em estudo realizado no período de 87-90 no Ceará, demonstram que alguns indicadores de vida, como o nível de renda precária, os padrões

de educação e de idade/paridade maternas permaneceram inalterados, ocorrendo, no entanto, um aumento na proporção de domicílios com água encanada. Contudo, foram observadas melhorias em quase todos os indicadores de assistência à saúde, particularmente nas ações de sobrevivência infantil. Concluem os autores que *"se por um lado é possível alcançar progressos importantes na saúde infantil através de medidas específicas relacionadas à prevenção e cura das doenças, por outro, é improvável uma ação positiva diante dos diferenciais nos níveis de saúde que são devido às desigualdades entre as classes sociais."* (1994:42).

Os autores projetam uma situação na qual as medidas de caráter médico-assistenciais consigam reduzir os níveis de mortalidade infantil até um determinado patamar, limite a partir do qual a redução só será possível através de significativas melhorias na qualidade de vida.

2.1.2. Aleitamento materno no Brasil: dados recentes

A partir dos anos 70, foi iniciada uma mobilização mundial para reaver a tradição de alimentar os bebês exclusivamente ao seio até os seis meses de idade.

Concomitantemente, assiste-se um incremento na televisão, campanhas e em meios de comunicação uma intervenção massiva no sentido de estimular o consumo de leite em pó e produtos industrializados.

No período de 1970 a 1977 observa-se o aumento da produção de leites modificados, que passa de 6.508 para 26.165 toneladas, no período, proporcionando a ampliação significativa da utilização do leite em pó, tendo como consequência, a prática generalizada do desmame precoce (Ministério da Saúde, 1991; UNICEF, 1995; IBFAN,1998).

A preocupação do Brasil com os problemas decorrentes do desmame precoce, antecede a reunião conjunta sobre Alimentação de Lactentes e de Crianças Pequenas, realizadas em 1979, em Genebra, como atividade conjunta OMS/UNICEF.

Durante a década de 80, já era observado um quadro de desnutrição e de altas taxas de mortalidade infantil (Ministério da Saúde, 1995).

No Brasil, o movimento de resgate da amamentação consolidou-se com a criação, em 1981, do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), coordenado pelo Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), do Ministério das Saúde.

Nesse período, realizou-se um diagnóstico sobre aleitamento materno, o qual evidenciou baixa prevalência da amamentação, com 50% das crianças sendo amamentadas em torno de até o 2º mês de vida e foi constatado que a maioria das mulheres entrevistadas realizavam o desmame precoce, devido:

- a) à desinformação (dos profissionais de saúde, das mães e comunidade, do público em geral);
- b) à rotina e estrutura dos serviços de saúde;
- c) ao trabalho remunerado da mulher;
- d) à publicidade indiscriminada de alimentos infantis industrializados.

Havendo uma consciência mundial dos grandes malefícios que a promoção de substitutos do leite materno estava promovendo, foi adaptado pela Assembléia Mundial da Saúde em 21 de maio de 1981, o Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno. Esse conjunto de dispositivos pretendia que fosse adotado por todos os governos como um requisito mínimo e tinha como objetivo a “proteção da saúde infantil mediante a prevenção de práticas inadequadas de comercialização de

substitutos do leite materno” (IBFAN, 1991; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1991; IBFAN 1998). No Brasil, o Código foi aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde como Resolução nº 05, de 20 de dezembro de 1988 com o título de **Normas para Comercialização de Alimentos para Lactantes (Anexo)**. A Rede IBFAN*, existente no Brasil desde 1983, incumbiu-se de vigiar a implementação das Normas.

A indústria que domina o mercado dos leites modificados, imprimiu o documento e o distribuiu para todos os pediatras, alterou os rótulos de seus produtos e suspendeu a doação de leites modificados para as mães em maternidades e para os filhos dos profissionais de saúde (prática que se estendia até o final do primeiro ano de vida). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1991). Evidenciou-se, desde a concepção do PNIAM, o fato de que os resultados funestos do desmame precoce não decorrem de um único determinante, mas certamente, o *marketing* da indústria dos leites modificados teve a sua parcela de contribuição nesse caso.

No entanto, a Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição, realizada pelo INAN e IBGE em 1989, demonstrava que 97% das mães iniciavam a amamentação, mas 43% delas interrompiam antes que a criança completasse três meses. Estudo posterior verificou que apenas 6% das crianças são alimentadas com leite materno exclusivo até os dois meses de idade (PNIAM/INAN/UNICEF,1995).

Entre 1989 a 1992, pesquisa desenvolvida pelos governos estaduais na região Nordeste do Brasil, com apoio do UNICEF, mostra que, apesar dos esforços realizados nas últimas décadas para mudar tal realidade, esta região ainda continua com o pior desempenho relativamente à amamentação: apenas 41% das crianças recebem aleitamento predominante até os seis meses de idade e cerca de 2,4% recebem

aleitamento exclusivo até os três meses (Ministério da Saúde, 1991; PNIAM/INAM/UNICEF, 1995).

Outra pesquisa realizada pela BENFAM em 1991, restrita à mesma região Nordeste, sugere que o progresso notável do aleitamento materno exclusivo tenha ocorrido em período relativamente recente. Segundo esse inquérito BEMFAM (1992), em 1991 os menores de 4 meses da Região Nordeste em aleitamento materno exclusivo eram 5,8% contra 4,0% em 1986 e 25,7% em 1996. Houve, também, na região Nordeste, uma tendência de aumento da amamentação precoce. Dados de 1986 demonstravam que 20% das crianças foram amamentadas antes da primeira hora de vida; em 1996, a proporção referida a todos os bebês é de 37%.(BRASIL, 1997).

Haveria uma tendência a um aumento na proporção de crianças alguma vez amamentadas, com relação a um passado próximo: o percentual de crianças amamentadas durante o primeiro mês de vida, para o total do Brasil, registrado pelo PNSMIPF de 1986, foi de 83%. Da mesma forma, a região Nordeste, que em 1991 apresentou 90% de crianças alguma vez amamentadas (PSFN/91), tem, em 1996: 92% (BRASIL, 1997).Com relação à idade em que a criança inicia a amamentação, a grande maioria começa a mamar durante o primeiro dia de vida (71%), sendo que apenas 33% das crianças são amamentadas durante a primeira hora de vida (BRASIL, 1997).

*IBFAN: International Baby Food Action Network; PNIAM (Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno); INAN (Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição); IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística)

Tab.1. Porcentagem das crianças nascidas nos últimos cinco anos anteriores à pesquisa que foram amamentadas e porcentagem dos últimos nascimentos, segundo a início da amamentação, por Região. Brasil, PNDS, 1996

Características	% de	Na	No
	crianças	1ª	1ª
	amamentada	hora	dia
	s		
Sexo			
Masculino	92.3	32.0	71.2
Feminino	92.3	33.5	70.4
Residência			
Urbana	92.9	32.4	72.4
Rural	91.6	33.8	66.0
Região			
Rio	95.0	38.9	71.7
São Paulo	92.1	38.5	73.9
Sul	91.5	24.1	81.2
Centro-Leste	93.0	14.6	61.3
Nordeste	91.8	37.3	65.7
Norte	95.4	42.7	80.4
Centro-Oeste	93.9	29.5	73.2

Nota: Os dados desta tabela têm como base todas as crianças nascidas nos cinco anos anteriores à pesquisa, independentemente da condição de sobrevivência na época da entrevista.

PNDS: Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde.

Fonte: BRASIL, 1997

A comparação entre os resultados obtidos pela PNDS-1996 e resultados colhidos pela PNSMIPF (1986) confirma a tendência ascendente da amamentação no Brasil (ganho de cerca de 2,5 meses na duração mediana da amamentação) e dá conta de que progressos excepcionais ocorreram quanto à prática do aleitamento materno exclusivo. O desmame precoce parece ainda mais comum no meio rural e na Região Nordeste. Nessas situações, dois terços e três quartos das crianças, respectivamente, interromperiam o aleitamento materno exclusivo antes da idade de dois meses (BRASIL, 1997).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que as crianças sejam exclusivamente amamentadas (sem suplementos alimentares ou água), durante os primeiros quatro a seis meses de vida, e que sejam dados alimentos sólidos (ou pastosos) a partir do sétimo mês. No entanto, verifica-se que no Brasil a amamentação exclusiva diminui muito rapidamente antes que a criança complete os seis meses de idade porém, constata-se que perto de 60% dos menores de dois meses alimentam-se exclusivamente de leite materno, e que mais de 95% dessas crianças são amamentadas, seja com ou sem suplemento alimentar.

Diferentes estratégias foram introduzidas no Brasil, como a ampliação de bancos de leite humano (mais de 100 bancos no País estão implantados em 1998); Iniciativa Hospital Amigo da Criança (129 hospitais credenciados em Julho de 1999), que é uma estratégia adotada pelo UNICEF e Ministério da Saúde, onde premia o Hospital que cumprir os dez passos de sucesso para a amamentação; implantação do Projeto Maternidade Segura- que visa melhorar a assistência à mulher gestante e puérpera; ampliação de grupos de apoio à amamentação (mães orientadoras); participação de diferentes Instituições na Semana Mundial da amamentação, instituída em 1995;

mudança nos currículos das universidades, introduzindo o tema aleitamento materno em diversas disciplinas da graduação, dentre outros. Todas as estratégias e a ampliação da divulgação do tema junto a imprensa, escolas, serviços de saúde, etc, certamente têm contribuído para aumentar os indicadores de aleitamento no país (BRASIL, 1991; 1995; 1998) .

Acreditamos ser necessário apoio irrestrito dos gestores brasileiros de saúde, para proporcionar maior crescimento das taxas de amamentação, o que, certamente, trará melhoria nas condições de saúde materno infantil do País.

2.1.3. Aleitamento materno no Ceará

Durante muitos anos, o Estado do Ceará conviveu com dados pouco precisos e confiáveis no que se refere a indicadores essenciais, tais como: mortalidade infantil, duração da amamentação, prevalência de doenças diarreicas e de infecções respiratórias (PESMIC II, 1990).

Em abril de 1987, foi criado o Programa VIVA CRIANÇA, que integra as ações do Governo Estadual na proteção à saúde da criança e cujo objetivo principal consiste na redução da mortalidade infantil.

Nesse mesmo período, foi criado o Programa de AGENTES DE SAÚDE, composto por agentes comunitários, que realizam visitas domiciliares e promovem as ações básicas de saúde da mulher e da criança (PESMIC I E II, 1987 E 1999; CAVALCANTE; 1997).

Foi realizada em 1987 a I Pesquisa de Saúde Materno Infantil do Ceará (PESMIC 1), revelando a situação da criança cearense naquele momento e ao mesmo tempo em que sensibilizava diversos segmentos da sociedade, e estabelecia metas realistas com a devida racionalização de recursos. Com relação à prática da amamentação no Estado

(avaliando a duração mediana em meses), constatou-se que, na Região Metropolitana de Fortaleza, a duração é de 3,5 meses e nos demais municípios do Estado, de 3,7 meses. (PESMIC 1, 1987).

Ressaltamos que, em março de 1988, foi fundado o Banco de Leite Humano/Centro de Lactação da Maternidade Escola Assis Chateaubriand-Universidade Federal do Ceará, primeiro do Estado do Ceará, que tem como objetivo principal expandir as ações de educação para o aleitamento materno em todos os segmentos da sociedade e introduzir o recurso de pasteurização, análise microbiológica do leite humano, para garantir a qualidade do leite doado para crianças prematuras ou com problemas gastrintestinais. A partir da integração com a universidade, instituições governamentais e não-governamentais, foi proposta a expansão da promoção em aleitamento materno para alunos da graduação, treinamento de profissionais de saúde de diferentes instituições, formação de grupos de mães orientadoras, desenvolvimento de pesquisas operacionais e a orientação sobre amamentação a gestantes, puérperas e familiares, tentando resgatar a prática do aleitamento materno (BANCO DE LEITE HUMANO, 1998).

Em 1990, foi realizada pelo Governo do Estado do Ceará a segunda PESMIC II, que tinha como objetivos:

1. *“Medir o impacto dos esforços do atual Governo Estadual na área da assistência materno-infantil, especialmente das ações desenvolvidas pelos programas Viva Criança* e de Agentes de Saúde*
2. *Levantar diversos indicadores essenciais da saúde da mulher, os quais até então não eram disponíveis;*

3. *Fornecer às instituições voltadas para a saúde da mulher e da criança, informações básicas para o planejamento adequado de suas ações*
4. *Proporcionar ao futuro Governo Estadual dados precisos sobre a situação de saúde da mulher e da criança no Estado, permitindo uma definição mais racional de suas metas e prioridade” (PESMIC II, 1990:12).*

A partir dos dados coletados nos dois estudos, verificou-se que a duração mediana para o Estado como um todo foi de 4,5 meses, sendo que 3,7 meses na Região Metropolitana de Fortaleza e 5,0 meses para os demais municípios. Ao iniciar o 6º mês, 44% das crianças continuavam mamando, e com 12 meses, 24% ainda recebiam leite materno. Esses dados, no entanto, não foram considerados suficientes para causar um impacto significativo na saúde da criança, quando comparados aos dados de 1987 e 1990. (PESMIC II, 1990). A Secretaria de Saúde do Estado cria no ano de 1990 o Programa VIVA MULHER, que, de forma semelhante ao VIVA CRIANÇA, assume o papel de melhorar a assistência à mulher.

“Nesse período, uma política de descentralização de gerenciamento dos serviços de saúde começa a ser implementada, sendo de grande relevância quando se analisa a situação de saúde do Ceará. Esse processo chamado municipalização dos serviços de saúde, permitiu uma melhor programação e coordenação das ações a nível local, inclusive com a formação de Conselhos Municipais de Saúde para promover a participação comunitária” (PESMIC III, 1995:1).

No final de 1994, a Secretaria de Saúde realiza a PESMIC III, para avaliar os progressos alcançados desde o estudo anterior e oferecer uma descrição detalhada da saúde materno-infantil. Conforme citam MONTE & SÁ, 1998, *“embora no Ceará tenha sido atingida uma expressiva redução da mortalidade infantil, de 95% em 1986 para*

57%o em 1994, a diarréia é a segunda causa de morte entre os menores de 3 anos. Em 1994, 23%o das crianças menores de 3 anos estudadas haviam apresentado diarréia nos 15 dias anteriores à entrevista” (1988:19)

Foram avaliados os dados referentes à prática de amamentação adotada pelas mães, sendo utilizado o método de tábuas de vida entre as crianças menores de 18 meses e calculou-se para o início de cada mês a proporção de crianças que recebem aleitamento materno exclusivo, aleitamento materno predominante (leite materno mais água e/ou chá), o aleitamento misto (leite materno mais outro leite ou mingau e o aleitamento artificial (somente outro leite ou mingau). PESMIC III, 1995.

Tabela 2. *Taxas de aleitamento materno por Região.*

	FORTALEZA	INTERIOR	CEARÁ
Taxa de aleitamento materno exclusivo (%) (0-3m)	26	13	16
Taxa de aleitamento materno predominante (%) (0-3m)	42	34	36
Taxa de aleitamento materno complementar (%) (6-9m)	28	33	32
Taxa de aleitamento materno continuado 1 ano (12-15 m)	43	33	35
Taxa de aleitamento materno continuado 2 anos (20-23 m)	18	19	19

FONTE: McAULIFFE (1995)

Foram avaliadas as práticas de amamentação, tendo sido observado que 6,4% das crianças nunca receberam o leite materno. A prevalência do aleitamento materno exclusivo reduz muito rapidamente nos primeiros meses, sendo 94% logo após o nascimento, 33% ao completar o primeiro mês, 21% ao segundo mês e apenas 7% no início do quarto mês. Interessante é observar que a prática do uso de chá e/ou água é comum nos primeiros meses entre as crianças que recebem leite materno. No início do

primeiro mês, além dos 33% com aleitamento exclusivo, outros 27% recebiam o leite materno e água/chás. (PESMIC III, 1990).

Houve um discreto avanço nos indicadores de aleitamento materno, mas, apesar do esforço dos agentes de saúde, os índices nos outros municípios são menores que os da Região Metropolitana de Fortaleza. Faz-se necessário um melhor preparo desses agentes no que se refere ao manejo clínico da lactação, habilidade para apoiar a mãe e a família, além de um acompanhamento mais efetivo dos supervisores das áreas.

Com os baixos índices de aleitamento materno, torna-se evidente um aumento proporcional da desnutrição. No Ceará, estudos epidemiológicos sucessivos indicam que a prevalência de desnutrição em menores de 3 anos reduziu, no período 1987-1994, respectivamente, de 12,8 para 9,2%, tomando-se como média a relação peso/idade (\pm 2DP), de 27,6% para 16%. Apesar dessa redução, considera-se ainda alta a prevalência de desnutrição (MONTE & SÁ, 1998).

Estudo realizado por LEITE et al (1998) no município de Fortaleza, onde foram acompanhadas 842 mulheres com crianças que nasceram com peso inferior a 2.900kg, demonstra que a utilização de água e chás no primeiro mês não ultrapassou a 7,2%. Esse dado pode ser melhor avaliado posteriormente para analisar os fatores que podem estar influenciando o não uso de líquidos na dieta infantil em aleitamento exclusivo.

Dados mais recentes, diagnosticados pelo Programa de Agentes Comunitário/Saúde (PACS,1997), revelam que no período de 0 a 3 meses de idade, a prevalência de aleitamento materno exclusivo é de 46%, indicando uma melhoria da prática de amamentação no Estado do Ceará (MONTE & SÁ, 1998).

A despeito dos dados compilados e aqui apresentados, trabalhamos com a hipótese de que os valores encontram-se superestimados. Contatos estabelecidos com profissionais de saúde envolvidos no Programa Saúde da Família, levam-nos a considerar que o aleitamento exclusivo nos municípios está muito abaixo dos valores relatados pelos agentes de saúde, na sua maioria, responsáveis pelo diagnóstico da situação na área. Entendemos que houve um avanço nos indicadores, porém, há necessidade de uma revisão na metodologia empregada no levantamento dos dados, de modo a obtermos um parâmetro fidedigno dos avanços alcançados no Ceará.

Por outro lado, a integração dos diferentes segmentos da sociedade precisa ser estimulada e os órgãos públicos estaduais e municipais necessitam elaborar planos de ação que visem implementar estratégias mais permanentes e duradouras de promoção da amamentação no Ceará.

2.2. O ALEITAMENTO MATERNO: ASPECTO HISTÓRICO, SÓCIO - CULTURAL

Conforme já apontamos, a abordagem selecionada nesse estudo busca situar o aleitamento materno como um fenômeno sócio-histórico e cultural e não somente biológico. Para tanto, julgamos oportuno retratá-lo em diversos períodos da história da humanidade, de modo a evidenciar os diferentes sentidos a ele atribuídos.

Não pretendemos com isso esgotar o tema, mas refletir sobre os aspectos que se mostraram importantes no que diz respeito ao aleitamento materno como um processo social e o significado dessa prática vivenciada por mulheres que amamentam seus filhos exclusivamente ou não, em cada momento histórico. Os problemas relacionados à alimentação infantil são muito antigos, acreditando-se que o aleitamento artificial seja tão antigo quanto a história da civilização humana. Isso se deve à grande quantidade de crianças abandonadas em instituições de caridade, já há séculos, durante tempos economicamente difíceis, como se verifica na Antiguidade, em Roma. Em várias ocasiões, foram encontrados recipientes ao lado de corpos de lactentes em escavações arqueológicas (séc. V e VII), sugerindo-se que os gregos recebiam alimentos de outras fontes além do leite materno, por meio de vasilhas de barro encontradas em tumbas de recém-nascidos daquela época. Parece certo deduzir, a partir desses achados, que os problemas relacionados à amamentação sejam tão velhos quanto o próprio ato de amamentar.

Os mistérios e tabus vinham do começo da civilização. Muitos povos primitivos esvaziavam as mamas (desprezando o leite) durante muitos dias antes de colocar o bebê ao peito, com tempos limitados e rituais variando de tribos para tribos. Outros líquidos

eram providenciados na forma de chás de ervas: alguns um pouco fortes, outros com um baixo valor nutricional (LAWRENCE, 1994, BADINTER, 1985; SILVA, 1997; NAKANO, 1987). O Código de Hammurabi (cerca de 1800 a. C) continha regulamentações sobre a prática do desmame, isto é, amamentar qualquer criança de outras mulheres, sempre na forma de aluguel (amas-de-leite).

Na Bíblia também é referida a prática das amas-de-leite e do aleitamento materno, sendo comparada a palavra de Deus entendida como o *leite genuíno*:

“Desejai ardentemente como crianças recém-nascidas o leite genuíno, não falsificado, para que por ele vades crescendo” (I Pedro 2;2).

Nos tempos espartanos, a mulher, se esposa do rei, era exigência que amamentasse o filho mais velho; plebéias amamentavam todas as crianças. Plutarco relata que o segundo filho do rei Themistes foi preterido por seu irmão mais velho, somente porque ele não havia sido amamentado por sua mãe e sim por uma estranha.

Hipocrates escreveu sobre o objetivo da amamentação, declarando que: *“somente o leite da própria mãe é benéfico, o de outras é perigoso.”* (LAWRENCE, 1994:7). Publicações européias do final do período medieval e início da era moderna exaltavam a importância do aleitamento materno para a infância.

SENA (1997) cita que, no século XII, havia uma atitude de indiferença em relação à criança, retratando que a arte medieval desconhecia a infância ou não tentava representá-la, pois não havia registro de nascimentos e mortes e raramente no diário da família fazia-se referência aos infantes. As crianças eram representadas por homens de tamanho reduzido, expressando o sentimento vigente de que esta se diferenciava do adulto apenas no seu tamanho e na sua força. Essa concepção predominou até o fim do século XIII, quando passaram a ser reconhecidas como “outros tipos de criança”: os

anjos, o menino Jesus e as crianças nuas, cujas formas aproximavam-se da morfologia infantil (ÁRIES,1981).

Essa “descoberta da infância” expande-se e torna-se particularmente significativa no final do século XVI e durante o século XVII, caracterizando um período de grande avanço na discussão de temas da primeira infância.

Em 1472, pediatras descreviam as características de uma boa ama-de-leite e aconselhavam a amamentação em casos de soluços, diarreia ou vômitos. Em 1584, o pediatra Thomas Muffett escreveu sobre a utilização do leite materno como remédio e terapia para homens e mulheres em “idade avançada ou com doenças graves” (LAWRENCE, 1994:7).

De 1500 a 1700 , as mulheres inglesas saudáveis não amamentavam seus filhos. Embora o aleitamento materno fosse reconhecido como um regulador de nova gravidez, essas mulheres preferiam dar à luz de 12 a 20 bebês, do que amamentá-los. Elas tinham a noção de que a amamentação era responsável pela espoliação de seu corpo e as tornavam velhas antes do tempo. Com isso, o desmame era iniciado precocemente, sendo utilizados cereais ou massas oferecidos em colher (LAWRENCE, 1985; PALMER, 1988).

SENA (1997) recorda que as normas médicas e religiosas iam de encontro a esse propósito, pois proibia-se a relação sexual durante o período de amamentação, que deveria ser de 18 a 24 meses, por entenderem que isso tornaria o leite humano mais fraco e com risco de envenenamento em caso de nova gravidez. O conhecimento médico vigente na época também considerava que o colostro era um leite ruim e que não deveria ser oferecido à criança. Na visão da Igreja, o sexo não deveria ser praticado fora do casamento nem nos feriados religiosos, que variavam de 120 a 140 dias por ano.

A alimentação das crianças era à base de leite de animais e de um alimento chamado “panado”, feito à base de pão (farinha) e água. Na época, havia um disposto na Constituição francesa de 1873, que visava a proteger crianças nascidas de famílias ditas indigentes: amas-de-leite não poderiam amamentar mais do que 2 crianças além da própria e, cada criança deveria ter um berço, a fim de que não corresse o risco de ser levado à cama pela mãe e morresse sufocado durante o sono. (PALMER, 1988; LAWRENCE, 1994; SENA,1997).

De acordo com diários de chefes de família da grande burguesia parlamentar, as mães do século XVI amamentavam seus filhos e somente no final deste século ao início do séc. XVII, a moda de enviar os filhos para casa de uma ama conquistou as famílias de uma maneira irreversível.

No século XVIII, o envio das crianças para casa de amas se estende por todas as camadas da sociedade urbana. Ocorreu nesse período um aumento crescente de mortes infantis, associadas às doenças adquiridas pelas amas de leite. Suas enfermidades contaminavam os bebês e muitas dessas amas, com receio de que estivessem “repassando afeto” aos bebês, passaram a oferecer o leite de vaca em pequenos chifres furados (precursores das mamadeiras) porque, segundo um preconceito firmemente arraigado na mentalidade popular, acreditava-se *“que sugando o leite, suga-se também o caráter e as paixões de quem amamenta. Esse procedimento passaria a ter enormes riscos a saúde das crianças, pois além da oferta num recipiente não estéril, as mulheres desconheciam a quantidade exata de água que deve ser misturada ao leite, além da contaminação dessa água”* (BADINTER, 1985:124).

No Brasil, existem relatos dos séculos XVI e XVII, pouco precisos e muito contraditórios, ao tratar dos antigos tupinambás. Contudo, esses documentos são muito valiosos quando reatam a história da influência européia sobre as sociedades indígenas, radicadas no litoral do Brasil. Havia uma observação da cultura indígena no Brasil colonial, mas os viajantes adotavam uma visão típica da tradição cristã, estando pouco preocupados com os habitantes do Novo Mundo; viam os tupinambás pelo viés europeu. “*A cultura indígena foi descrita a partir do paradigma teológico e do princípio de que os brancos eram eleitos de Deus, e por isso superiores aos povos do novo continente*” (RAMINELLI, 1979:11).

Os filhos das indígenas eram amamentados durante um ano e meio e, neste período, eram transportados em pedaços de pano conhecidos por *typoia* ou *typyia*. Mesmo se as mulheres tivessem que trabalhar nas roças, não largavam dos filhos: carregavam as crianças nas costas ou encaixavam-nas nos quadris. Do mesmo modo que os animais, as índias nutriam e defendiam seus filhos de todos os perigos. Se soubessem que o bebê tinha mamado em outra mulher, não sossegavam enquanto a criança não colocasse para fora todo o leite estranho (RAMINELLI, 1997).

Com a chegada das caravelas, muitas doenças foram aparecendo nas tribos, contaminando os índios que não possuíam qualquer defesa orgânica. Esse fato acabou produzindo uma multidão de órfãos desamparados, o que findou por levar os jesuítas a criar instituições destinadas a abrigar legiões de indiozinhos sem pai.

PRIORI (1997) acrescenta que, no século XVII, o abandono de crianças passou a ser percebido entre a população de origem portuguesa. Ao longo do século XVIII, a população dos principais centros portuários aumentou significativamente, dobrando ou quadruplicando as modestas cifras do início do século. Durante esse período, verificava-

se que o abandono de crianças raramente acontecia no meio rural e, quando as mães recebiam os filhos enjeitados, eram consideradas como mães de aluguel. Essas mulheres eram contratadas pela Câmara ou Santa Casa (entidades que abrigavam filhos de enjeitados da época), deveriam ser livres ou escravas e durante um contrato, assinavam o termo de compromisso junto ao senhor responsável pela Instituições de assistência (VENÂNCIO, 1997; PRIORI, 1997; RAMINELLI, 1997).

Quando a razão da acolhida correspondia a um interesse meramente financeiro, a estada na residência das amas quase sempre colocava em risco a vida dos bebês, pois, aos recém-nascidos era oferecida alimentação. Quando havia caso de extrema necessidade, a legislação portuguesa previa a utilização de métodos específicos: *“aconselhava o uso de bom mel, ao qual se ajuntará um tanto de água . Os caldos quentes, leite de vaca ou mesmo água morna com açúcar também podiam ser administrados aos pequerruchos. Para tanto, havia um rol de instrumentos recomendados, quase todos com péssimos resultados para a saúde do abandonado. Normalmente se recorria a panos de linho poído que de hora em hora podiam ser metidos na boca, ou então colheres de pau, de marfim ou de prata; outros preferiam bonecas feitas de algodão, ou de esponjas, forradas de pano de linho macio, as quais devem ser molhadas no leite repetidas vezes, e chegar à boca das crianças”* (VENÂNCIO, 1997:196).

Os profissionais responsáveis pela assistência também referiam a utilização de práticas modernas para alimentar as crianças, como o emprego de mamadeiras de vidro e pequenos bules que tinham um bico de borracha adaptado à ponta de saída. VENÂNCIO (1997) refere que muitos médicos da época, no entanto, atribuíam as doenças comuns à infância aos contatos dos instrumentos citados com os miasmas atmosféricos e diziam:

“..para isto, basta lembrarmos que na criação por meio das colheres, perde o leite, mormente no inverno, aquela temperatura que lhe é própria, que o ar pode alterar e decompor” (FRANCO, 1859:20 apud VENÂNCIO, 1997: 196). Relatavam também os riscos provocados pelo uso de bonecas: *“...esse método, se bem que tenha a vantagem da secreção da saliva, cai nos outros defeitos da lactação por meio das colheres; acrescentando, que se pode embaraçar a livre entrada do ar para os pulmões, e causar a sufocação”* (VENÂNCIO, 1997: 196 apud FRANCO, 1859:20).

A percepção médica do século XVIII atribuía aos alimentos quentes, demasiadamente nutritivos, efeitos nefastos ao organismo do bebê. VENÂNCIO (1997:196) cita que *“ em 1790 o médico Dr. Francisco Mello Franco aconselhava que fossem evitadas sopas feitas de carne, do seu arroz, e em geral de toda comida animal, porque subministram humores tendentes ou à inflamação ou à podridão, são demasiadamente nutrientes.”*

Era rotina nos hospitais a utilização de medidas antimiasmáticas recomendadas pelos médicos europeus da época. Os administradores hospitalares passaram a utilizar regras ao selecionar as mulheres que adotariam bebês, evitando entregar a quem não tivesse leite ou a homens sem escravas-amas, mas havia fraudes, tanto no Brasil como em Portugal, por mulheres que se diziam recém-paridas e outras pediam emprestado crianças gordas e com boa saúde e apresentavam como seus próprios filhos (BUDIN, 1900; UNGERER, 1996;PRIORI, 1997).

Na residência onde essas crianças moravam estas muitas vezes tomavam alimentação artificial, não recebiam afeto, nem as atenções necessárias. Outras amas, quando ficavam impacientes com o comportamento das crianças, passaram a adotar o uso de aguardente misturada ao leite para acalmá-las, o que fez com que fosse

necessária a adoção de medidas rígidas, como a elaboração de lei prevendo trinta dias de prisão para quem utilizasse tal prática de alimentação.

Nos séculos XVII e XVIII, a sociedade admitia como fato corriqueiro a morte de bebês, quando 20 a 30% morriam antes de completar o primeiro ano de vida. Aceitavam a morte como a crença da transformação de crianças em anjos, o que contribuía para que as famílias suportassem a dor da perda e encará-la como um verdadeira benção do Céu (COSTA, 1985;PRIORI, 1997; VENÂNCIO, 1997).

Durante os sermões e conselhos pregados pelos jesuítas nos séculos XVII e XVIII, eram referidos aos inocentes falecidos: *“logo depois do Batismo sem terem uso da razão vão logo direto ao Céu sem passarem pelo Purgatório...Os anjinhos inocentes logo em morrendo vão ver a face de Deus”* (VENÂNCIO, 1997: 207 apud GUSMÃO, 1685:128). Formadas dentro dessa tradição, as mulheres anunciavam a morte das crianças em verdadeiras festas, o que deixavam escandalizados os visitantes da época.

Era relatado que no interior da Província do Ceará a morte do recém-nascido *“era recebida com tiros e foguetes, comida, bebida e música- uma festa em que se dançava para o anjinho”* (VENÂNCIO, 1997:208). Esses rituais eram marcados por antigas tradições africanas e as autoridades religiosas escandalizavam-se diante daquilo que consideravam uma grosseira deturpação dos ensinamentos cristãos (COSTA, 1985; SENA, 1997; PRIORI, 1997). Interessante observar que a morte de crianças estavam relacionados entre a miséria e o aumento do número de crianças mortas na Roda*.

Em Salvador, o período de aumento dessas ocorrências (1790-1812) coincidiu com a grande subida dos preços dos bens de subsistência, tendo a farinha de mandioca aumentado de 10 para 23 réis o litro. Sendo esse alimento amplamente utilizado na

alimentação das crianças, justifica-se o aumento da mortalidade infantil. Quem não tinha condições de ser alimentado pela mãe-de-leite acabava sempre falecendo.

Verificou-se que a taxa de mortalidade infantil provocada pela alimentação artificial, no referido período, atingiu o impressionante número de 906/1000, ou seja, mais de 90% das crianças assistidas faleceram. No Rio de Janeiro, o aleitamento artificial também encontrou adeptos entre os administradores da Casa da Roda e sendo relatado que ,em 1831, das 325 que deram entrada na instituição e ficavam internadas por um período de 12 meses, apenas 22 sobreviveram (COSTA, 1983; PRIORI, 1997).

As crianças enjeitadas negras e mestiças, pertencentes às camadas mais pobres e marginalizadas da sociedade brasileira, curiosamente faleciam em uma proporção inferior aos brancos. Em Salvador, de 1758 a 1762, os índices de mortalidade foram de 626 em mil entre os brancos e apenas 555 mil entre os negros. Concomitante a essa crescente mortalidade, verificava-se a negação da maternidade entre a sociedade burguesa, através da gravidez indesejada, ou o abandono das crianças pelas mulheres escravas, por falta de condições para criá-las. Isso levou à prática de mães mercenárias e mães escravas de aluguel, que empregavam desastrosas técnicas de alimentação artificial, levando milhares de bebês à morte.

**Roda dos Expostos*: “dispositivo bastante difundido em Portugal, a Roda consistia num cilindro que unia a rua ao Interior da Casa de Misericórdia. No Brasil, apenas Salvador, Recife e Rio de Janeiro estabeleceram tais Rodas no período colonial...a Roda funcionava dia e noite, e qualquer um, furtivamente ou não, podia deixar um pequerrucho no cilindro sem ser notado ou muito menos incomodado” (VENÂNCIO, 1997: 191)

Infelizmente, durante o século XVIII, os médicos e administradores pouca atenção deram ao tema, talvez porque essas mortes fossem consideradas como aspecto positivo durante o período colonial. No entanto, a partir de 1800, o número de crianças encaminhadas às amas através da Direção Mundial das Amas-de-leite declinou substancialmente (BADINTER, 1985).

No séc. XIX, com a implantação das faculdades e academias de medicina, surgiram vários projetos destinados a combater as altas taxas de mortalidade dos expostos. VENÂNCIO (1997) cita que os índices de mortalidade infantil eram assustadores e que os médicos e administradores sempre reforçavam o argumento de que as mulheres seriam as grandes responsáveis e que o descaso das amas-de-leite que acolhiam as crianças na Casa da Roda, consistia nos verdadeiros motivos da morte em massa. *“Confinado ordinariamente a escravas, ou a outras mulheres, cujos hábitos e posições nem sempre as colocam ao abrigo dos vícios, e que além disso um leite sem princípios nutritivos suficientes, ou o que é ainda pior, que sofreram ou sofrem de escrafulas, sífilis, boubas e outros incômodos, não só não cuidam das crianças com atenção precisa, como ainda infiltram o germe das enfermidades de que padecem, dando em resultado uma série não interrompida de sofrimentos e perigos, logo que se manifesta a evolução dentária causando-lhes frequentes vezes a morte no meio de horríveis sofrimento.”*(VENÂNCIO, 1997:217).

Paradoxalmente, essa nova mãe, diferente das antigas, que mal tomavam conhecimento de sua prole, sente-se agora responsável pela saúde do seu filho, não oculta sua ansiedade e pede mais conselhos e ajuda ao médico, que passa a ser mais presente no seio da família.

Caracteriza-se uma mudança do comportamento materno no século XIX através da disposição em aleitar o filho, e só a ele, com exclusão de qualquer outra criança. Além disso, a mulher passa a dedicar a vida ao filho, procurando mudar os hábitos alimentares desde a gravidez, consumindo alimentos mais leves, à base de legumes, frutas e laticínios, e prolongando essa dieta após o parto, pois conhecia a relação essencial entre a alimentação, a qualidade e a quantidade de seu leite e, portanto, a saúde de seu bebê (BADINTER, 1985).

As mulheres que não podiam amamentar e que tinham recursos eram orientadas a contratar uma ama-de-leite em domicílio, fiscalizando todos os cuidados proporcionados ao bebê. Ressaltavam *que “essa conduta só deveria ser adotada em casos desesperados e que a babá- uma segunda mãe, seria o personagem central da família burguesa, que logo adquire autoridade sobre a mãe ignorante. Pensava-se àquela época que o simples fato de contrariá-la, poderia azedar o leite e preferia-se calar a arriscar a saúde do bebê* (BADINTER, 1985:230).

As amas-de-leite, no entanto, “simulavam ser boas mães” e apropriavam-se das crianças, estimulando-as a permanecer a maior parte do tempo com elas. Essa prática tinha como finalidade criar um vínculo mais forte entre a criança e as amas de leite, proporcionando uma condição de “apropriação do bebê”, evitando a substituição ou demissão por parte das mulheres burguesas. O sistema de amas-de-leite prosperou até fins do século XIX. Depois disso, o aleitamento artificial, sob forma de mamadeira com leite de vaca, possibilitado pelo progresso de esterilização, substituirá a amamentação mercenária. (LAWRENCE, 1994; SILVA, 1997; SENA, 1997).

Na metade do século XIX, uma grande quantidade de pesquisas orientadas por médicos, buscava um substituto para o leite materno a ser utilizado durante o período de desmame. São descritos na literatura diferentes opções: leite de vaca, adicionando-se açúcar e água; adição de creme e água limonada para aumentar o pH do leite, favorecendo uma melhor digestibilidade do leite pelo trato intestinal. Com essas e outras descobertas, os profissionais de saúde consideravam estar proporcionando uma melhor nutrição para as crianças (CORADINI & FREDERICQ,1981; LAWRENCE, 1994; SENA, 1997).

Henri Nestlé, um comerciante suíço, combinou açúcar e trigo com leite de vaca da Suíça alimentada na grama dos Alpes. Ele direcionou muito de seus esforços promocionais para mães. Considerava estar atuando junto àquela que seria seu melhor *marketing*: “mães farão a publicidade para mim” (GOLDEMBERG,1988:56) .

Muitas das companhias de alimentos, no entanto, realizavam as campanhas publicitárias em jornais médicos ou paramédicos. As indústrias faziam a propaganda fortemente nos profissionais médicos que prescreviam as fórmulas para as mães, público-alvo. Pouca ou nenhuma recomendação era feita, alertando para o fato de que os produtos poderiam ser preparados com água contaminada. Em 1888, o subcomitê da Associação Médica Americana não pôde chegar a um consenso sobre o melhor leite substituto e a competição entre o *marketing* das indústrias foi bastante evidente no final do século XIX. As propagandas descreviam os produtos como “cientificamente preparados”, entretanto as avaliações nunca eram provadas com documentação científica (CORADINI & FREDERICQ,1981;COSTA, 1985; PALMER, 1988; GOLDEMBERG, 1988).

APLLE (1987) e WALKER (1993) descrevem que a comercialização e a “medicalização” nos cuidados da criança com o estabelecimento da alimentação artificial, não só foi aceita por muitas mães, como também passou a ser uma prática de alimentação “natural” e necessária. As soluções dos problemas da alimentação da criança passam a ser vistas pelas mães através do *marketing* desempenhado pelas indústrias.

GOLDEMBERG (1988) chama a atenção para o fato de que as estratégias de atuação do *marketing* e do papel da propaganda na intermediação entre produção e consumo passaram a ser uma prática socialmente recriada.

A propaganda em revistas, no Brasil, eram realizada tanto em edições para o público em geral, como para sociedades de pediatria. *“A Cigarra e O Cruzeiro em vista de sua antiguidade de lançamento e sua importância alcançada nas décadas de 60 e 70, e, por terem sido estruturadas especialmente para o público feminino. Dentre as revistas especializadas foram pesquisadas, entre outras, a Revista Brasileira de Pediatria por se tratar da revista oficial da Sociedade Brasileira de Pediatria.”*

(GOLDEMBERG, 1989:107).

No conjunto da propaganda, era reforçada a importância do aleitamento materno, citando, no entanto, os estimulantes da lactação como “Lactífero”, “Galactogeno” etc e, posteriormente “Farinha Láctea, Maizena Dureya e Ovolmatine”, para caracterizar esses produtos na falta do leite materno, associado à concepção de a criança saudável ser essencialmente gorda, verificado na época pelos frequentes concursos de “robustez infantil”.

GOLDEMBERG (1989) cita que havia uma supervalorização dos *“substitutos do leite materno, ressaltando-se a equivalência perfeita do produto, a facilidade do*

produto e a recomendação de eminentes pediatras, aparecem esporadicamente .A partir de 1922 observa-se uma crescente veiculação de propagandas de leite em pó”.(1989:108). O “*Lacto Mellin*” era indicado para os casos excepcionais, contrapondo-se o consumo à utilização de leite de vaca, e eram referidos “*as crianças delicadas que se criam só com a mamadeira ou cujas mães não podem aleitar seus filhos*” (GOLDEMBERG, 1989:108).

Em 1933, aparecem na revista *A Cigarra* notícias da fabricação, no Brasil, dos leite em pó pela “*Indústria Nacional de Alimentos Infantis*” (Nestlé) que enfatizava que a *produção do leite no Brasil proporcionaria um produto mais barato e com a vantagem de ser “meio gordo”, substituindo com maior benefício, caso o leite materno “faltasse”*.

Vale destacar que a indústria Nestlé está instalada no Brasil desde 1921, no Município de Araras, Estado de São Paulo, e comercializando leite em pó em 1928, recebendo na época uma produção de mais de 3 milhões de litros por dia, quando controlava 75% do mercado do leite em pó, havendo uma forte influência na estrutura no setor leiteiro no País. (FREDERICQ,1981; GOLDEMBERG, 1989).

FREDERICQ(1981)acrescenta que a Nestlé nessa época a maior representante da indústria de transformação de leite, “*compra parte da produção de leite do país para transformá-la em derivados. Com isso provoca escassez de leite fluido no mercado. Um produto essencial à alimentação popular é desviado para a produção de laticínios cada vez mais sofisticados, destinados a uma parcela da população. São produtos de luxo, apesar de serem comprados também, pelas camadas mais pobres....A empresa acaba impondo hábitos alimentares próprios aos países “desenvolvidos”, colaborando, dessa maneira, para uma queda do nível geral da nutrição.*”(1981:106).

Houve um grande aumento na produção da Nestlé nos anos 40, que destacava nas sua propaganda a facilidade do preparo, conservação das propriedades do leite fresco e digestibilidade do produto, esquecendo-se de esclarecer que, durante o preparo, poderia haver contaminação, expondo principalmente as crianças que possuem condições de vida precária; passa a ser reforçada a importância de generalizar a utilização das fórmulas para todas as crianças, como alimento opcional. (CORADINI & FREDERICQ,1981; GOLDEMBERG, 1989).

Com a deflagração da Segunda Guerra Mundial, desaparece a publicidade de leites em pó importados e verifica-se que tanto a Revista Cigarra como O Cruzeiro reduzem os anúncios relacionados com a alimentação infantil e, quando citados, eram direcionados às crianças maiores. GOLDEMBERG (1989) chama atenção para o fato de que o *Jornal de Pediatria* passa a veicular anúncios do leite em pó em contracapa. Acrescenta: “*diante do custo que essa veiculação envolve, chama-se atenção para a importância da contribuição da indústria de leite em pó na sustentação econômica de revistas especializada.*”(1989:111).

No final dos anos 40, iniciando os anos 50, os produtos são apresentados como uma opção para facilitar a tarefa dos médicos que passam a prescrever indiscriminadamente os produtos às mães, como a forma mais prática e viável para seus filhos, pois asseguravam um “produto confiável”.

Nos anos subsequentes, surge a utilização de leites em pó, desde o momento da secção do cordão umbilical, exaltando-se a composição do produto que teria toda a segurança na substituição do leite materno. Outros produtos foram complementares ao leite em pó como auxiliares no preparo da mamadeira (Mucilon, Nidex etc), “*traduzindo um*

deslocamento flagrante do eixo da propaganda de alimentos infantis, originalmente centrado no aleitamento natural” (GOLDEMBERG, 1985:119).

Durante anos, foi utilizada a prática de fornecimento de produtos lácteos aos profissionais de saúde (médicos e nutricionistas, em especial), que eram considerados seletivos ao fornecimento de mensagens dirigidas às mães. Outras estratégias de propaganda eram utilizadas, tais como: “serviços assistenciais dos hospitais-escola; das reuniões científicas; cursos de atualização e congressos, com o patrocínio e divulgação dessas indústrias; da manutenção de um serviço próprio de divulgação científica, além da contribuição para o sustento de revistas científicas, com a publicação sistemática de anúncios”. (GOLDEMBERG, 1989:122).

Na medida em que essas estratégias eram utilizadas, a indústria incutia nos profissionais de saúde, especialmente os médicos, um sentimento de gratidão pela forma com que eram tratados individualmente. Através desses meios táticos, a “máquina” da propaganda promovia uma marca, e seus produtos eram associados à existência da ciência. Compartilhamos com as palavras de GOLDEMBERG (1989:123): *“não se trata de desconsiderar o valor do leite artificial como um avanço técnico e científico no desenvolvimento de medidas alternativas para o aleitamento natural, nos restritos casos de sua indicação formal. O problema reside, antes de mais nada, na veiculação de certas idéias a partir das técnicas promocionais que fundamentavam e propiciavam o uso indiscriminado dessa medida alternativa.”*

Paralelamente a essa influência da indústria junto aos profissionais de saúde, havia um vazio do ensino médico, que abordava o alimento artificial com um superdimensionamento em relação ao aleitamento natural. Diante do desconhecimento a respeito da lactação e da importância do controle médico da alimentação infantil,

configura-se um momento propício à propagação de idéias distorcidas, impedindo inclusive, a percepção, por parte dos profissionais, do seu envolvimento frente à disseminação do leite artificial (MULLER,1974; FREDERICQ, 1981; BOSI, 1988; GOLDEMBERG, 1989).

A partir da disponibilidade do leite em pó no mercado, as mães passam a ter que escolher entre amamentar seus filhos no seio ou na mamadeira. Consequentemente, houve uma mudança do comportamento dessas mulheres, fato evidenciado pela perda da auto-confiança, conforme descreve FREDERICQ (1981: 144): *“anteriormente, todas as mulheres seguiam a tradição de suas avós e de suas mães, amamentando seus filhos....atualmente, a situação é bem diferente....uma única empresa virtualmente monopoliza, no Brasil, o mercado de leite em pó modificado para o uso infantil: a Nestlé. É esta a principal empresa envolvida no lucrativo negócio de vender leite “maternizado” a mulheres que, quase sempre, têm todas as condições necessárias para alimentar seus filhos de maneira natural e autônoma.”*. No Brasil e em todas os países de economia capitalista ,e nas diversas camadas sociais, há uma diminuição do aleitamento tradicional ao seio. Como consequência, houve um aumento nas taxas de morbidade e de mortalidade, principalmente nas crianças alimentadas de maneira exclusivamente artificial, comprovados em estudos realizados na época (MULLER, 1974; FILHO, 1977; FREDERICQ, 1981; MARTINES et al, 1989).

Em 1974, foi publicado um estudo realizado na Inglaterra com o título *The baby killer (O matador de bebês)*, que descrevia as consequências dos métodos de venda de leite em pó pela Nestlé e a Cow & Gate em alguns países africanos, asiáticos e centro-americanos (MULLER, 1974). Os produtos eram distribuídos gratuitamente nas maternidades ou casas e, em certos países, a venda era feita com descontos,

principalmente para a população com baixo poder aquisitivo. Durante processo contra o grupo responsável pela tradução do livro, promovido pela Nestlé, houve a proposta de mudar o estilo da propaganda da empresa, considerada “*como sendo imoral e não-ética em sociedades subdesenvolvidas*”(FREDERICQ, 1981:153).

No Brasil, a filial da Nestlé, abandonou, especialmente nas grandes cidades, a prática da entrega de latas de leite em pó para as mulheres que deixavam as maternidades, como fazia anteriormente. Suspendeu também as campanhas publicitárias de massa para divulgar o produto. No entanto, continuou a estratégia de divulgação, prioritariamente, aos médicos pediatras, por entenderem que esses profissionais são os intermediários na difusão de sua ideologia e de seus produtos (GOLDEMBERG, 1989;IBFAN, 1998).

FREDERICQ (1981: 172) enfatiza que “*como a Nestlé foi muito criticada por suas campanhas publicitárias “abusivas”, teve de tornar sua influência sobre os consumidores mais sutil: atualmente, são os profissionais de saúde os principais intermediários na difusão de sua ideologia e de seus produtos infantis.*”

Pretendemos com essa abordagem sócio-histórica e cultural, recordar a evolução de alguns aspectos específicos que contribuíram para a prática da amamentação, e refletir sobre as inúmeras estratégias utilizadas em diferentes épocas da humanidade, que repercutiram na tomada de decisão das mulheres em oferecer o leite materno como alimento exclusivo para seus filhos.

Dentro da perspectiva de que essas mulheres recebem influência de diversos segmentos, mas são elas que , de fato, decidem amamentar seus filhos, abordaremos os *aspectos relacionados ao vínculo estabelecido entre mãe e filho.*

2.3. VÍNCULO MÃE E FILHO

2.3.1. Vivenciando um novo momento

Compreender o significado da amamentação está intimamente relacionado ao vínculo estabelecido entre a mãe e o bebê. Por diversos momentos nos deparamos com mulheres que concebem o ato de amamentar como algo de interesse exclusivo do filho, alegando que, através dessa prática: “transmitimos afeto”, “oferecemos saúde para o bebê”, “estamos fazendo a nossa obrigação de mãe”, dentre outras colocações citadas.

Segundo SILVA (1990), “ *o sujeito presente na amamentação é, quase sempre, a criança. Para a qual são dirigidas a maioria das ações que justificam a importância da amamentação, ficando a mãe, na maioria das vezes, ausente, na construção dessa realidade, o que permite afirmar, em outras palavras, que o aleitamento tem sua importância dimensionada na direção da criança, permanecendo a mãe ocultalizada nesse processo* ” (1990:14).

Parece consensual que no período dos doze primeiros meses de vida, quase todos os bebês desenvolvem um forte vínculo com a figura materna. Há no bebê uma propensão inata para relacionar-se com o seio humano, para sugá-lo e possuí-lo oralmente. No devido tempo, o bebê aprende que ligado ao seio está uma criatura humana, a mãe e, portanto, relaciona-se também com ela (BOWLBY, 1993; BUSNEL, 1997). Estabelece um comportamento de apego que segundo BOWLBY (1993), “*é considerado uma classe de comportamento social de importância equivalente à do comportamento de acasalamento e do parental*” (1993: 194).

Acredita-se que os próprios sistemas comportamentais se desenvolvem no bebê como resultado de sua interação com o seu meio ambiente de adaptabilidade e, em especial, de sua interação com a figura principal nesse meio ambiente, que é a mãe. O

primeiro espelho da criança é o rosto da mãe, que muitas vezes expressa esse olhar como um “*namoro do bebê*”. No desenvolvimento saudável, ao olhar para a mãe a criança se vê e fortalece o sentimento de ser. A princípio não há uma diferenciação entre a mãe representando o ambiente e o bebê. O que se vê é um par lactante-lactente (WINNICOTT, 1993; BOWLBY, 1993, PEDROZO, 1993). Sob o

predomínio dos impulsos orais, o seio é percebido como fonte da própria vida. A proximidade física e mental proporcionada pela amamentação, restaura a unidade perdida e a segurança transmitida pela mãe e, muitos bebês estabelecem essa percepção, através de sorriso ou o choro. Mãe e filho se comunicam até o final do primeiro ano de vida num nível afetivo, no qual o bebê, através da descarga de tensão-choro e gritos, pede ajuda. (BOWLBY, 1990; PEDROZO, 1993; WINNICOTT, 1993)

Segundo KAHRBEK (1993: 26) após o parto, *a mãe precisa passar por um processo gradual de separação e renúncia do sentimento de que o bebê ainda se confunde com ela: conquistas e realizações dele se confundem à segurança transmitida pela mãe...como o bebê não possui nenhuma imagem do mundo, os estímulos precisam ser transformados em experiências significativas, a fim de que ele possa construir coerentemente essa imagem. Dessa construção depende a reciprocidade entre mãe e filho, que permitirá que a percepção seja gradativamente aprendida, coordenada e sintetizada, resultando no estabelecimento de relações objetais”*.

Verificamos que durante alguns meses, o bebê é conservado na proximidade da mãe em virtude das ações da própria mãe; contudo, seja por

iniciativa da mãe ou do bebê, a proximidade é sempre mantida. Algumas mulheres no entanto, entendem essa necessidade de contato permanente, como um “risco” de estar transmitindo “*manha*” ao bebê e evitam o contato mais frequente com o filho. Segundo BOWBLY (1990:214) “*só em*

sociedades humanas economicamente mais desenvolvidas e, em especial, nas ocidentais, os bebês estão comumente fora de contato com a mãe durante muitas horas por dia e, com frequência, também durante a noite”.

2.4. Por que as mulheres desmamam?

São inúmeros os motivos alegados pelas mulheres para desmamar os seus filhos. Diversos estudos têm sido publicados, em que associam muitos fatores com a escolha do método de alimentação, como: a percepção e atitudes, trabalho, influência de familiares e amigos, conhecimentos básicos sobre a amamentação, utilização de bicos e chupetas, suporte oferecido pelos profissionais de saúde etc (VICTORA et al, 1983; TUDISCO, 1988; REA & CUKIER, 1988; DIX, D.N, 1991; SOUSA, 1991; SIQUEIRA et al, 1994).

As razões mais frequentes para introdução de suplementos (sejam substitutos do leite materno, sejam sólidos) têm sido a insuficiência de leite e o trabalho da mãe. Verificamos na nossa prática diária, que as mulheres alegam frequentemente que: o “*meu leite fraco*”, “*não sustenta o bebê*”, o “*bebê mama e chora*” ou “*chora a toda hora*”(grifos nossos).

Segundo REA & CUKIER (1988) esses motivos apontados pelas mães como motivo para introduzir a mamadeira, perpassam às diferentes culturas do

mundo. Reforçam as autoras que *“...as mães tendem a dar respostas socialmente mais convincentes e que não firam a auto-estima. Apenas*

quando as causas são inequívocas (tipo “o bebê morreu”, “a mãe foi hospitalizada por doença grave”),o que são infrequentes nos estudos em geral” (1988:185).

Durante muitos anos as campanhas pró-amamentação vêm reforçando a obrigatoriedade das mulheres em amamentarem seus filhos, nos levando a refletir sobre o sentimento de culpabilidade e coação absorvidos pela maioria das mães, dando-lhes chance de, em alguns momentos, expressar o seu desejo em amamentar, outros, de negar a sua vontade de fazê-lo. São inúmeras as dificuldades sociais enfrentadas na vida, muitas delas não compreendidas pela equipe de profissionais de saúde que as acompanham, gerando um conflito permanente naquelas mulheres que não conseguem amamentar com exclusividade o seu filho.

SIQUEIRA et all (1991) reforça que *“a dificuldade da mãe em continuar a amamentar, a despeito de um forte desejo e do reconhecimento do valor do leite humano, poderia estar associada ao não-acesso a um suporte adequado dos serviços de saúde ou de pessoas experientes em aleitamento dentro ou fora da família”.*

Muitas mulheres conseguem amamentar seus filhos apesar das pressões desfavoráveis, o que muitas outras não conseguem, apesar de contar com muito apoio e encorajamento. Alguns autores (MALDONADO et al 1998;

GRAFFY, 1992; DIX, 1991; RASSIN et al, 1994) enfatizam que essa diferença deve-se a fatores da própria personalidade da mulher e da

maneira como ela encara a amamentação. Algumas vezes, há um conflito entre a vontade e o medo de amamentar, gerando uma série de dificuldades.

É comum encontramos mulheres que recusam a amamentar com receio da “dor nos mamilos quando o bebê sugar”, “as mamas ficarem caídas”, “os peitos empedrarem” etc e esses conceitos não tornam-se expressos com facilidade durante as consultas.

Diversos estudos tem demonstrado que a maioria das mulheres decide como alimentar seus bebês antes da gravidez e que seria válido a educação pré-natal com preparação das gestantes, principalmente quando abrange técnicas de como amamentar e buscar estimular a auto-confiança da mãe, fazendo-a sentir-se mais capacitada para cuidar de seu filho. Para isso é necessário o uso de estratégias adicionais, como a inclusão de pais/companheiros, avós, amigos mais próximos, apoio de mães orientadoras no pós-parto etc (WHO,1998; DIX, 1991; SUSIN et al, 1998, LEITE, 1997).

Observamos na nossa prática, que os grupos de gestantes fornecem além de informações sobre a técnica de amamentar, a possibilidade das mulheres desmistificarem alguns conceitos errôneos adquiridos em conversas informais com parentes ou amigas, que interferem na decisão de amamentar com exclusividade o bebê. Ao conhecerem o serviço, sentem-se “mais seguras” em procurar ajuda , quando necessário, e isso fortalece o desejo em amamentar por um período mais prolongado.

2.5. Nasce uma nova mulher: a trabalhadora

Ao abordarmos a questão do vínculo mãe-filho parece-nos essencial situá-la frente a relação a amamentação/trabalho o que impõe a consideração das desigualdades sociais (em particular as classe e de gênero).

A mulher brasileira vem buscando através de grandes lutas, mostrar uma identidade de guerreira, lutadora pelos direitos, ser mãe, trabalhadora e conquistar um espaço como uma condição essencial para poder viver essa a sua identidade. Se compararmos a mulher de 1967 com a cidadã de hoje observamos o quanto a mulher brasileira ultrapassou a inúmeras barreiras e o passo maior foi dado com o ingresso no mercado de trabalho. Em apenas 20 anos, cresceu em 70% a massa de mulheres economicamente ativas no país, contra um decréscimo de 18% entre os homens. O modelo da “dona de casa” rainha improdutiva do lar, criado na Europa em meados do século XIX, provedora da respeitabilidade e harmonia da casa, e invejada pela operária por representar dignidade e ascensão social, implodiu. No emprego, na cozinha, na parada de ônibus, na cama, no analista, no clube de mães, no seu próprio imaginário ou nas estatísticas oficiais, a mulher brasileira não é a mesma (BRASIL, 1995; LEAO et al, 1992;PRIORI, 1997).

No Brasil, a mulher que quer, que precisa trabalhar acaba dando um salto de trapezista sem rede de sustentação- última a ser contratada,

primeira a ser demitida, não tem sequer a garantia de creche ou pré-escola para os filhos. A visão para a transformação social em curso no país, tem sido essencialmente da mulher, para a mulher. Houve a partir dos anos 80

a inserção maciça de mulheres que trabalham fora (39%), bem mais do que no México (22%) ou na Argentina (33%). É possível que o trabalho feminino informal e não regulamentado represente cerca de 50% do total. Do ponto de vista da oferta de trabalhadoras, profundas transformações nos padrões de comportamento e nos valores relativos ao papel social da mulher, intensificadas pelo impacto dos movimentos feministas desde os anos setenta e pela presença feminina cada vez mais atuante nos espaços públicos, constituem mecanismos facilitadores, alterando a constituição da identidade feminina, cada vez mais voltada para o trabalho produtivo. A expansão da escolaridade e o acesso das mulheres às universidades são aspectos fundamentais deste amplo processo de transformação. Mas a rapidez e a intensidade da queda da fecundidade, uma das mais profundas transformações demográficas ocorridas no país a partir dos anos 70, também desempenhou papel fundamental na ampliação da atividade feminina, ao reduzir o número de filhos por mulher, liberando-a para o trabalho. (BRASIL, 1995; LEO et al, 1992)

De acordo com ESTERIK (1991) & REA (1998), atualmente no Brasil, o aumento do número de mulheres trabalhadoras vem ocorrendo de maneira rápida, sendo que os benefícios trabalhistas aferidos pela legislação, não são implementados. É amplamente reconhecido que o apoio

à amamentação nos locais de trabalho, quando existe, em geral beneficia empregadas que trabalham em tempo integral. Existem poucas estratégias

elaboradas para assistir trabalhadoras rurais ou mulheres que trabalham na economia informal.

O papel desempenhado pela mulher no mundo atual não pode ser dissociado das inúmeras dificuldades vivenciadas, desde a reestruturação dos papéis assumidos pela família e pela sociedade, no que se refere aos cuidados dos filhos. Com a saída da mulher das tarefas de casa para fazer parte do mercado de trabalho, até então praticamente ocupado pelo homem, tem ocorrido um processo de conflito e culpa, por não atender satisfatoriamente essa dupla função.

Conforme ESTERICK (1990), a maioria das pesquisas econômicas ainda definem o trabalho como “*atividade que produz renda em dinheiro e as mulheres são classificadas como economicamente ativas ou inativas.....mesmo em estudos de planejamento de tempo, cuidado com os filhos e amamentação são ignorados, considerados como atividades de lazer ou produção associada (ocupando o mesmo tempo e espaço de outras tarefas).*” (1990:8). A pressão para que as mulheres dos países em desenvolvimento entrem na força de trabalho industrial, surge pela necessidade de contrabalançar a diminuição da renda e o desemprego familiar.

Como aponta REA (1990: 9): “*a redução dos benefícios-maternidade pode marcar o início de uma tendência global que tornará crescentemente mais difíceis às mães dos países em desenvolvimento combinar amamentação e trabalho, a menos que um esforço conjunto muito bem organizado seja feito*

no sentido de enfrentar os problemas vividos pelas mães trabalhadoras que amamentam”.

Diversos estudos (ESTERIK & GRAINER, 1981); MOORE (1987); ESTERIK (1990); REA (1998), vêm concluindo que o emprego fora de casa não é a maior razão, nem sequer uma razão importante para a mulher não iniciar a amamentação, introduzir a mamadeira ou terminar a amamentação. No entanto, isso não significa que o emprego materno não seja um fator nas decisões relativas à amamentação. Na maioria dos casos poderiam ser disponibilizadas opções às mulheres trabalhadoras, de modo a facilitar a continuidade do aleitamento materno para seus filhos.

No Brasil, existe a legislação brasileira ao aleitamento materno (Anexo), Seção V. Artigo 400, que determina: “*Os locais destinados à guarda dos filhos das operárias durante o período de amamentação deverá possuir no mínimo um berçário, uma saleta para amamentação, uma cozinha dietética e uma instalação sanitária. As creches à disposição das empresas mediante convênio deverão estar próximas ao local de trabalho.*”(MINISTÉRIO DA SAÚDE et al, 1995)

Algumas alternativas têm sido propostas para proporcionar o acesso das mulheres trabalhadoras em locais para armazenamento do leite

enquanto trabalham, levando posteriormente o leite para o domicílio e oferecendo aos filhos.

Reconhecemos que essas iniciativas são ainda bastante tímidas e necessitam ser mais estimuladas junto às empresas empregadoras. Podemos

citar como exemplo: na Maternidade Escola Assis Chateaubriand da Universidade Federal do Ceará, tem sido desenvolvido um projeto de apoio às funcionárias da Instituição, logo que retornam ao trabalho, orientando-as sobre o armazenamento do leite em frascos estéreis e disponibilizando-as salas para a retirada do leite e freezer para estocagem do produto, até o momento deste ser levado para o domicílio. Verificamos através de uma visão empírica, que essa prática tem prolongado o tempo de aleitamento materno. Necessitamos, porém, de estudos posteriores para a confirmação desse nosso pressuposto.

Com relação as creches nos locais de trabalho, tem sido desenvolvidos estudos que demonstram que essa estratégia torna a amamentação mais factível, mas não há indicações de que as empregadas que amamentam utilizam-na em particular. Segundo ESTERIK (1990: 15), *“há evidências de que as mães relutam em trazer seus bebês ao berçário dos locais de trabalho, parcialmente devido aos transtornos de transporte e das condições do local de trabalho, e parcialmente porque preferem que parente cuidem dos bebês perto de casa. Em muitas sociedades existe preferência a que o bebê seja cuidado em casa.”*

No entanto, estudo desenvolvido em Moçambique, confirma que creche no local de trabalho pode aumentar a produção e reduzir a mortalidade infantil. Outro aspecto observado através de entrevista com os gerentes das empresas entrevistadas, foi o depoimento destes sobre a satisfação das mulheres, a assiduidade no trabalho e a produtividade aumentada, após a implantação da creche. (ESTERIK, 1990).

Há um avanço no Brasil quanto as leis de proteção a mulher e a amamentação, porém longe de serem cumpridas. São escassos os estudos que demonstram o valor econômico da amamentação, uma vez que a economia ocorre em nível individual, familiar, institucional e nacional. Enquanto esforços têm sido realizados para estimar a poupança financeira a nível nacional e familiar, nenhum trabalho comparável tem sido feito no local de trabalho.

As preocupações com a amamentação precisam ser melhor integradas com outras questões das mulheres e dos consumidores, bem como serem discutidas através dos sindicatos e demais segmentos da sociedade, para promover mobilizações de apoio às políticas de incentivo ao aleitamento materno.

Por último pensamos ser um ponto essencial numa discussão atinente à relação mulher/amamentação/trabalho, o papel do pai- seja ele marido ou companheiro- aspectos a nosso ver, pouco valorizados nos estudos desenvolvidos.

2.6. ATITUDE E EXPECTATIVA DOS PAIS EM RELAÇÃO AO ALEITAMENTO MATERNO

2.6.1. Pais: conflitos na hora de “dar o peito”

A amamentação tem sido reconhecida como a melhor forma de alimentar o bebê e os pais podem ter uma grande influência na escolha do método de alimentação e na duração do tempo de aleitamento exclusivo.

São escassos os casos relatados na literatura sobre as reações dos maridos para a amamentação, consistindo, principalmente, de respostas positivas. Enquanto muitos pais ficam satisfeitos, vaidosos e ajudam as mulheres para a amamentação, isso definitivamente não é verdadeiro para todos. Alguns homens não têm uma reação muito acessível à prática da amamentação por suas mulheres e tendem a sentir-se culpados e ansiosos. Isso também pode gerar na mulher irritação e o sentimento de solidão por não existir a ajuda do marido. (WALETZLY, 1979; JORDAN & WALL, 1990; GIUGLIANI, 1994; MALDONADO, 1997;).

WALETZLY (1979) acrescenta que as reações de *stress* vivenciadas pelos pais com a chegada do bebê são muito mais comuns e incômodas, do que especialmente os resultados com a amamentação. A reação mais comum dos pais configura-se no ciúme e no sentimento de estar sendo deslocado ou desprezado pela mulher com a chegada do bebê.

Os novos pais comumente sentem-se incomodados, inferiores e incompetentes para realizar os cuidados com o bebê. Eles também podem sentir-se molestados por serem solicitados a dedicar mais atenção, carinho a esposa, enquanto recebem dessa, menos atenção. Verifica-se um sentimento de frustração e ansiedade, resultante da abstenção no período perinatal e as mudanças na vida sexual ocorridas desde a gravidez.

Durante a amamentação há um longo período de interrupção menstrual, tendo um efeito na privação do estrógeno, o que promove uma diminuição na

lubrificação vaginal. Algumas mulheres também apresentam fissuras mamilares no pós-parto e todos esses fatores contribuem para o

retorno da atividade sexual mais tardio, seja pelo incomodo ou medo do desconforto provocado (APLLE, 1987; JORDAN, 1993; LAWRENCE, 1994).

Ciúme e outros sentimentos negativos citados normalmente não são esperados ou mesmo percebidos frequentemente, mas são refletidos no comportamento negativo, através da falta de apoio ou envolvimento nos cuidados com a mãe e bebê, muitas vezes verificado no pós-parto, especialmente nos primeiros meses (WALETZLY, 1979; FREED et al, 1992).

WALETZLY (1979) reforça a idéia de que o ciúme é particularmente determinado pela atitude de felicidade demonstrada pela mãe quando está amamentando. Acrescenta que muitos homens têm esse sentimento por não conseguirem oferecer o alimento do mesmo modo que a mulher, utilizando o termo psicanalítico como “breast envy”.(1979:350). Outro fator na reação negativa dos maridos relativamente à amamentação, bem como à adaptação sexual, pode ser a função da mama na fantasia sexual (em diferentes culturas predomina como um objeto sexual) e a atividade sexual vivenciada pelo casal antes no nascimento do bebê. A mama lactante pode ser percebida diferentemente pelo marido e mulher. Alguns casais relatam que durante a lactação, não envolvem a mama no sexo por considerar apenas uma exclusividade do bebê; outros a repelem seja pelo odor e gotejamento do leite ou o seu tamanho excessivo. Alguns, no entanto, sentem-se mais

despertados pela “beleza” proporcionada pelo enchimento das mamas produzido pelo leite materno.

Estudo qualitativo realizado por JORDAN & WALL (1990), entrevistando 28 pais, demonstrou que, antes do nascimento, todos relatavam sobre a superioridade do leite e que queriam o melhor para os seus filhos. No entanto, após 6 meses, os pais demonstravam um sentimento inadequado, sentiam-se separados dos seus filhos e consideravam que a amamentação continuou a exclusividade da relação entre a mãe e a criança, existente desde a gravidez.

“She’s breastfeeding, so any time he is hungry he pretty much has to go with her. So he’s linked to her directly in that way and he isn’t really linked to me in any way other than I hold him and occasionally change his diaper.....initially the baby is mostly the mother’s child because of the bonding and breastfeeding...I can’t breastfeed.” (1990:211)

2.6.2. Ajudando os pais a serem “amamentadores”

Os pais participam na escolha do método de alimentação de seus filhos. Entretanto, eles tradicionalmente não têm sido incluídos nos programas de orientação em aleitamento materno.

Alguns estudos têm demonstrado que pode ser efetiva a participação dos pais como promotores da amamentação e que rotineiramente os serviços de saúde, públicos ou privados, não os incluem nas orientações fornecidas durante as consultas de pré-natal. Educação sobre amamentação durante a

gravidez poderia incluir mãe e pai, para assegurar que ambos tenham um conhecimento básico sobre o tema (WALETZKY, 1979; FREED et al 1992; JORDAN & WALL, 1993; GIUGLIANI et al, 1994).

De acordo com FREED et al (1992), o suporte familiar e profissional é fator importante tanto na proporção de mulheres que iniciam a amamentação como no tempo da duração total. O mesmo autor realizou entrevista com 268 homens que acompanhavam as suas mulheres durante as primeiras sessões educativas realizadas em hospitais privados em Houston, Texas, e concluiu que 58% dos pais reportavam que planejaram junto à esposa a oferecer leite materno exclusivamente após o parto, 15% planejavam oferecer leite artificial e 27% oferecer leite materno e fórmula. Os pais que optavam em dar apenas leite artificial tinham uma percepção contrária sobre os efeitos negativos que ocorreriam às suas mulheres e ignoravam os benefícios da amamentação para a criança.

Esses pais poderiam ter uma postura negativa de suporte para suas esposas e, certamente, desencorajá-las a iniciar a lactação. Oferecendo a oportunidade da participação deles no processo de cuidado com o bebê, pode-se também ajudá-los a não sentir a amamentação como exclusividade da mãe, e compartilhar as novas responsabilidades assumidas pelo casal. Estimular a comunicação entre os dois é muito importante para reduzir as reações negativas para a amamentação a fim de que sejam capazes de negociar as mudanças no hábito e os padrões gerais do relacionamento.

FREED et al (1992) ressalta que poucas oportunidades existem para preparar os pais a oferecer ajuda e suporte necessários para a amamentação de

suas mulheres, e recomenda que eles sejam incluídos e solicitados a participar ativamente nos cursos de educação realizados em clínicas e hospitais durante as consultas do pré-natal.

WALETZLY (1979) considera de grande importância um aumento geral na conscientização, educação e discussão sobre as emoções nos grupos de pais. Acrescenta que “qualquer caminho para aliviar o stress experimentado pelos pais é para aumentar o suporte oferecido a eles, enfocando não só a mulher e o bebê, mas também o novo pai” (1979:351)

A participação dos pais nos cuidados diários com o bebê é essencial, não somente pelo vínculo, mas também para aliviar o sentimento de incompetência, inferioridade e ciúme. Os serviços públicos e privados raramente dispõem de acesso que permita aos pais participarem do seguimento durante a gestação, parto e puerpério de suas companheiras. Entretanto, observamos a satisfação daqueles que têm a oportunidade de estar presentes às consultas e tornar-se agentes ativos no incentivo, ajuda prática e apoio à amamentação.

A compreensão dos profissionais de saúde torna-se necessária, para que seja proporcionado aos pais maior acesso e mais informações sobre os cuidados com o bebê, fazendo com que a amamentação também seja percebida por toda a família como o melhor método de alimentação infantil.

Acreditamos ser necessária a realização de um estudo mais aprofundado para esclarecer o sentimento vivenciado pelos pais no período de amamentação do seu filho.

3. OBJETIVO

Com base nas abordagens e reflexões apresentadas, definimos como objetivo geral deste estudo:

- Explorar as concepções e vivências das mulheres que amamentaram exclusivamente seus filhos, por um período mínimo de seis meses, identificando os fatores que colaboraram para a continuidade do aleitamento materno.

4. METODOLOGIA

No desenvolvimento deste estudo, a metodologia utilizada foi a qualitativa por sua adequação ao estudo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o material que corresponde ao plano mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser expressos em linguagem quantitativa (DESLANDES, 1995; MINAYO, 1996). A natureza do nosso objeto de estudo indicava que as respostas deveriam ser encontradas à luz da abordagem qualitativa, pois como afirma SILVA (1997) a opção pelo método deve se basear “*na natureza do fenômeno, o quanto e o quê se conhece acerca do assunto e os objetivos propostos para a investigação*” (1997:40). Neste sentido, a tradição qualitativa possibilita a compreensão de aspectos da experiência humana, numa dada situação, cujos dados não podem ser obtidos adequadamente através de outros métodos, dada a complexidade que encerram. Quanto a isto, a questão levantada em relação à quantificação, na análise sociológica, é a possibilidade de reduzir o fenômeno social, correndo-se o risco de, muitas vezes, termos uma “*resposta exata*” para “*perguntas erradas ou imprecisas*” (WHO, 1994; DESLANDES, 1994; HAGUETTE, 1995; TESCH, 1995; MINAYO, 1996; SILVA, 1997).

MINAYO (1996) questiona o fato de que “*as leis sobre o comportamento humano tenham sido produzidas sem observação do que acontece na realidade e de que as abordagens quantitativas sacrificam o significado no altar do rigor matemático*” (1996: 53).

Autores como BOGDAN & BIKLEN (1982); DESLANDES (1994); CRESWELL (1994); MINAYO (1996) e SILVA (1997) nos ajudam a sintetizar as características básicas de um estudo qualitativo; ao mesmo tempo em que fundamentam o percurso escolhido nesta investigação:

- a pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como parte direta dos dados e o pesquisador como seu instrumento chave. Os fenômenos ocorrem naturalmente em seu ambiente e são influenciados pelo seu contexto.
- a pesquisa qualitativa está interessada no processo, em como se dá o fenômeno, mais do que simplesmente o produto. Isto significa que o pesquisador examina “como” as ações ocorrem e como ocorre a determinação do seu desenvolvimento
- no processo qualitativo, a análise dos dados tende ao processo indutivo. Não se buscam evidências que comprovem hipóteses pré-estabelecidas. As abstrações são construídas a partir do quadro formado pelos dados obtidos, e é a partir delas que se fundamentam as interpretações e a formulação dos conceitos desenvolvidos pelo pesquisador.
- O “*significado*” é o interesse essencial do método qualitativo, ou seja, o significado que as pessoas atribuem às coisas e à sua vida são focos de atenção especial do pesquisador. Este tenciona captar a *expectativa do participante*, a maneira como ele encara as questões que estão sendo focalizadas
- para a realização de pesquisa, nos métodos qualitativos, a empatia e a intuição do pesquisador são usadas deliberadamente e essas habilidades são cultivadas. Ele deve estar intensamente envolvido com as experiências do pesquisado, devendo

permanecer aberto à percepção do sujeito mais do que tentar compor o significado pelas suas próprias experiências.

4.1. DEFINIÇÃO DA AMOSTRA:

Na presente investigação não é considerado relevante a representatividade estatística e a casualização da amostra, pois não se coloca como propósito do estudo a generalização dos resultados para além do grupo estudado. Buscou-se obter informações suficientes para a reconstrução do universo simbólico dos informantes de modo a permitir uma análise aprofundada das falas envolvendo a questão central do tema pesquisado (PATTON, 1987; TRIVIÑOS, 1995; MINAYO, 1996).

Segundo MINAYO (1996) apud DESLANDES (1994) nos trabalhos qualitativos, *“a amostragem boa é aquela que possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões”* (1994:43). Assim, para delimitar a amostra da pesquisa qualitativa, MINAYO (1996:102) propõe alguns critérios básicos para a amostragem, que foram aqui adotados, dentre eles:

- definição clara do grupo social mais relevante para as entrevistas e para a observação;
- o delineamento do quadro empírico da pesquisa como “indicação” do esgotamento do trabalho de campo
- a previsão de um processo de “inclusão progressiva” encaminhada pelas descobertas do campo e seu confronto com a teoria
- o emprego do procedimento de “triangulação”. Isto é, em lugar de se restringir apenas

uma fonte de dados, multiplicar as tentativas de abordagem.

Dessa forma, o tamanho da amostra de nossa pesquisa foi dimensionado com base na recorrência das categorias discursivas no material empírico. Os atores sociais entrevistados são mulheres atendidas na rede pública e privada de saúde, que tenham amamentado exclusivamente até o 6º mês.

A seleção das entrevistadas, teve como **critérios:**

- *Residir em Fortaleza (área metropolitana)*
- *Ter amamentado **exclusivamente** até 6 meses de vida do(a) filho (a)*

Decidimos eleger as mães que amamentaram exclusivamente seus filhos durante um período mínimo de 6 (seis) meses, levando em conta que este é o período máximo preconizado pela Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde do Brasil para amamentação exclusiva

- *Possuir ou não companheiro fixo*

Sabemos que muitas vezes a opinião e o apoio do companheiro são importantes na decisão de amamentar, mas não priorizamos apenas aquelas com companheiros, procurando entender como a mulher solteira também vivência esse momento

- *Pertencer a estratos sócio-econômicos diferenciados*

De modo a permitir um contraste e, ao mesmo tempo, evidenciar as diferenças existentes numa população metropolitana, no que se refere ao objeto de análise

- *Com ou sem ocupação fora de casa*

Abordamos as mulheres com emprego formal, informal e as donas-de-casa, buscando entender as diversas alternativas que buscaram para amamentar durante os 6 primeiros

meses

- *Ser alfabetizada ou não*

Alguns estudos demonstram que o nível escolar tem forte influência na decisão da mãe em amamentar, mas não priorizamos nenhum grupo em especial de modo a verificar este aspecto ao longo do estudo

A seleção das mulheres nos serviços públicos e privados foi feita através de contato com os profissionais de saúde que acompanham as mães e filhos e, procuramos formar um grupo de mães o mais homogêneo possível, além de tentar uma análise sobre o envolvimento dos profissionais.

Após uma busca incansável e, resalte-se, com grande dificuldade, dado o número reduzido de mulheres que nos últimos cinco anos amamentaram exclusivamente até os seis meses, conseguimos identificar 20 (vinte) mulheres que atendiam os critérios e aceitaram participar do estudo. Vale acrescentar, que não buscamos identificar as mulheres em serviço de saúde delimitado, pois devido ao baixo índice de mulheres em amamentação exclusiva, esse critério provavelmente dificultaria a aquisição da amostra. A partir da indicação dos nomes através de profissionais de saúde contactados previamente, procurávamos manter contato para marcar a entrevista e pudemos obter uma heterogeneidade de mulheres de diferentes classes sócio-econômica. Ao final foram entrevistadas 13 (treze) mulheres, divididas em dois diferentes segmentos sócio-econômicos, utilizando-se como critério de diferenciação, a faixa de renda familiar superior ou inferior a três salários mínimos vigentes no Brasil*.

Vale ressaltar que o processo de recorrência levou-nos a concluir a fase de campo antes de completarmos as entrevistas com a amostra inicial prevista, de 20 (vinte) mulheres, dado que o conjunto de treze entrevistas nos possibilitou recuperar o universo simbólico focalizado nesta investigação.

4.2. O TRABALHO DE CAMPO

A seleção das mulheres foi realizada através de contato com os profissionais de saúde responsáveis pelo acompanhamento de crianças nos ambulatórios da rede pública e privada. Solicitou-se a relação de mulheres que estavam dentro dos critérios mencionados e que, segundo relatos, *amamentaram exclusivamente* até os 6 meses de vida dos filhos.

Posteriormente, foi realizado um contato (domiciliar ou por telefone) com as mesmas, para avaliar a disponibilidade e aceitação para participar do estudo.

Uma vez obtida a concordância aplicávamos inicialmente um questionário, contendo os seguintes tópicos:

1. data do nascimento,
2. local de residência com endereço completo,
3. ocupação,

Nota*: * Nota: o salário mínimo atual no Brasil é de R\$136,00-cento e trinta e seis reais, equivalente a US\$75,00-setenta e cinco dólares americanos). De acordo com o DIEESE (Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Sócio-Econômicos), as famílias com renda total abaixo de 3 (três) salários mínimos, ou o equivalente a US\$ 230.00 (duzentos e trinta dólares americanos), estão inseridas na faixa de pobreza absoluta.

4. estado civil,
5. nº de gestações,
6. nº de filhos vivos
7. tempo de amamentação exclusiva do último filho,
8. renda familiar,
9. local de nascimento do bebê e do ambulatório público ou privado em que foi realizado o acompanhamento pediátrico.

Finalmente, após combinado um local reservado, data e horário, foram realizadas as entrevistas não diretivas orientadas por um eixo decorrente das nossas questões condutoras. Conforme TRIVIÑOS (1987:146) a construção deste eixo parte de *“de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante”*.

. Essa técnica permite ao entrevistado discorrer mais livremente sobre o tema proposto, sem respostas ou condições pré-fixadas pelo pesquisador. Acrescenta DESLANDES (1994:57) que *“num primeiro nível, essa técnica se caracteriza por uma comunicação verbal que reforça a importância da linguagem e do significado da fala. Já, num outro nível, serve como um meio de coleta de informações sobre um determinado tema científico.”* Atentamos ainda para a necessidade da observação da linguagem não verbal, expressa nos gestos e, até mesmo, no silêncio das mulheres entrevistadas, material que muito colabora e reforça a análise da dimensão subjetiva do grupo.

As entrevistas não ultrapassaram o período de 1 hora. Antes de iniciarmos o processo, informávamos as mães sobre o nosso interesse em realizar um estudo sobre a mulher que amamenta exclusivamente, explicitando-se os objetivos e a natureza do estudo. Solicitamos às entrevistadas permissão para a gravação das entrevistas, assegurando o respeito ao sigilo quanto a seus sentimentos, confidências, opiniões e informações pessoais.

Na primeira entrevista, utilizamos um eixo provisório e após a análise da experiência, construímos um roteiro definitivo (Anexo 1).

A primeira parte do instrumento consta de dados objetivos, relativos ao perfil sócio-econômico-demográfico, bem como dados sobre a experiência vivenciada com outros filhos e durante a gravidez (pré-natal e orientação sobre amamentação prévia, dentre outros).

Na segunda parte do roteiro, focalizamos itens relacionados à temática da investigação: a amamentação exclusiva aos seis meses, resgatando, através da fala dos atores, o significado dessa experiência, além de outros temas relacionados à identificação do desempenho feminino e masculino, quanto às responsabilidades durante o processo.

Conforme já dito, a segunda parte desse roteiro serviu unicamente para nortear a entrevista, permitindo-se que as entrevistadas explorassem o mais livremente possível questões relativas à sua experiência de modo a que pudéssemos apreender através das falas, as contradições, similaridades, bem como os fatores sócio-ambientais que contribuíram, tais como: participação do companheiro, avós e outros familiares, apoio dos profissionais de saúde, etc, orientando-nos na elucidação da questão que investigávamos.

Para tanto desdobrávamos o próprio conteúdo dos discursos das entrevistadas de modo a ampliar e aprofundar a temática em questão, evitando sempre a introdução de valores, juízos ou conteúdos pessoais da entrevistadora.

4.2.1. DIFICULDADES ENCONTRADAS/CONTROLE DE QUALIDADE

No início da pesquisa, buscamos encontrar mulheres que atendessem aos critérios e, ao mantermos contato com as mesmas, muitas relatavam que haviam introduzido algum alimento antes de completar os seis meses. O desmame não era relatado aos profissionais que nos indicavam os nomes das mulheres, pois as mães muitas vezes entendiam que introduzir suco, chás ou frutas não caracterizava “alimento complementar” ou não informavam a utilização de outros alimentos com receio de repreensões por parte dos profissionais.

Conforme já dito, durante o estudo de campo, sentimos a necessidade de realizar a técnica de grupo focal com mulheres que não amamentaram exclusivamente. Esta técnica, bastante utilizada na pesquisa qualitativa, permite obter informações, explorar o tema amplamente, sendo capaz de levantar um grande número de idéias com vistas ao seu aprofundamento através da combinação com outras técnicas (TRIVIÑOS, 1987; TESCH, 1995; VIZCAINO, 1996; MINAYO, 1996).

Acrescenta MINAYO (1996:130) que *“além da sua importância pelo aprofundamento*

qualitativo de questões socializáveis e pela possibilidade de comparação com grupos semelhantes e distintos, reforçamos o papel complementar da discussão de

grupo...onde juntamente com entrevistas abertas ou semi-estruturadas, o pesquisador constrói uma série de possibilidades de informações que lhe indicam se seu caminho está correto. É a triangulação dos dados.”

Convém esclarecer que, ao entrevistarmos as mães que amamentaram exclusivamente, verificamos a recorrência de algumas categorias e julgamos que ouvir o discurso das mães que não amamentaram contribuiria para ampliar o conhecimento e nos remeteria a uma construção de estratégias a serem elaboradas posteriormente. Cabe ressaltar que ***nosso intuito não foi o de realizar um desenho comparativo***, mas possibilitar um contraste que nos permitisse uma melhor visualização dos aspectos investigados junto às mulheres que conseguem amamentar.

4.3. PROCESSAMENTO DOS DADOS

As entrevistas foram transcritas e organizadas no editor de texto WINWORD 7.0. Os dados obtidos através dos grupos focais e da observação sistemática também foram organizados e transcritos no mesmo editor de texto WINWORD 7.0. Após a leitura exaustiva e interrogativa de todo o material arquivado, foram construídas as categorias analíticas. O texto das entrevistas foi codificado por categorias analíticas pelo pesquisador e então processado, utilizando para tal o programa ETHNOGRAPH 4.0.

Posteriormente, com o referencial teórico subjacente às categorias analíticas, realizou-se um diálogo com o pensamento anterior tendo em vista a reflexão do

empírico com o teórico e vice-versa.

4.4. NOTAS DE CAMPO

O estudo foi realizado no Município de Fortaleza, nos meses de março a junho de 1999. As entrevistas foram realizadas nos domicílios em sua maioria, de modo a favorecer a observação do ambiente familiar e também por entender que a mulher, naquele momento, poderia estar mais à vontade para expressar os seus sentimentos.

A elaboração do roteiro da entrevista semi-estruturada surgiu da nossa própria experiência e questionamento sobre valores e atitudes vivenciados por essas mulheres, além da orientação teórica sobre a construção da identidade feminina no que se refere ao ato de amamentar.

Convém aqui ressaltar que os depoimentos percorreram um conjunto bastante amplo de temas, desde a sensação de poder amamentar, as decisões tomadas, dificuldades enfrentadas, formas de superá-las e relação familiar, corpo, sexualidade e amamentação, etc. Reforçamos ainda que, durante a realização das entrevistas, procuramos realizar uma conversa bastante amigável, em que havia momentos de descontração, sorrisos, mas também de choros e lamentações pela vida cheia de obstáculos. Certamente esse clima amistoso favoreceu muito a liberdade total de

expressão dessas mulheres sobre a prática da amamentação vivenciada. Vale acrescentar a experiência nos grupos focais, que se mostraram bem abertos a colocar as suas idéias,

não havendo em nenhum momento, qualquer constrangimento em falar sobre temas mais delicados, como a vivência com o corpo e a sexualidade.

Conforme já relatado, todas as entrevistas foram agendadas segundo a conveniência das mulheres. Dessas 09 (nove) mulheres optaram pela entrevista no próprio domicílio, enquanto que 01 (uma) foi entrevistada no banco de leite humano da Maternidade Escola Assis Chateaubriand e 03 (três) no ambiente de trabalho considerando que em todas as entrevistas eram consumidos alguns minutos de conversa informal, para facilitar a interação pesquisadora e entrevistada, sem a “presença” ostensiva do gravador.

As primeiras entrevistas foram sempre iniciadas com questões abertas, com temas comuns, que tinham o intuito de elucidar questões relativas a experiência das mulheres que amamentaram exclusivamente por seis meses, iniciando sempre com a pergunta: **o que fez você decidir amamentar seu bebê?**

Com o desenvolvimento das entrevistas chegávamos às questões relacionadas a temática estabelecida, permitindo também que outros temas fossem determinados pela própria mulher e, sempre que necessário, acrescentávamos perguntas que nos trouxessem mais clareza do que estava sendo falado por elas, por exemplo: “ **como a senhora se sentia enquanto amamentava? Conte-me mais sobre essa sua experiência**”.

Dessa forma, as questões elaboradas inicialmente serviam como roteiro, mas durante o desenvolvimento, garantíamos a liberdade de expressão para todas as mulheres, procurando não fugir à temática pré-estabelecida.

No decorrer do processo, a análise dos dados que emergiam, permitiam a elaboração de novas questões que passavam a orientar as questões seguintes, garantindo, desta forma, um procedimento dialético entre a empiria e o delineamento teórico.

Ao término desta etapa, julgamos ter acessado o material focalizado nesta investigação- concepções e vivências de mães que conseguiam amamentar exclusivamente seus filhos- cuja categorização realizada na etapa de processamento e análise (com base no modelo de análise temática adotado), nos indicou uma convergência das categorias empíricas em torno de cinco temas sobre os quais passamos a discorrer:

1. Significado do aleitamento materno na ótica da mulher
2. Suporte social e familiar
3. Vivenciando a amamentação
4. Alternativas para amamentação
5. Introdução de outros alimentos: aceitação ou recusa

Além das categorias empíricas, constatamos e apresentamos dados que caracterizam as mulheres participantes do estudo.

5. O ALEITAMENTO MATERNO NA ÓTICA DAS MULHERES

5.1. CARACTERÍSTICA DA AMOSTRAGEM: ENTREVISTA

Realizamos as entrevistas com 13 (treze mulheres) que amamentaram seis meses exclusivamente os seus filhos. A média de idade foi de 28 anos. Quanto ao estado

civil, 04 (30,7%) das mulheres eram solteiras (duas delas moravam com o companheiro), 08 (61,5%) casadas e 01 (7,8%) separadas. Agrupamos as mulheres entrevistadas por estrato social, sendo que 07 (53,8%) delas tinham uma renda familiar entre 2 a 3 salários mínimos vigentes no Brasil e 06 (46,2%) ganhavam mais de 7 salários mínimos. Caracterizando, portanto, dois estratos distintos tal como o pretendido neste estudo, a maioria das mulheres (71,4%), do grupo sócio econômico mais baixo apresentava um baixo nível de escolaridade (apenas o 1º grau) enquanto que nas de nível social mais elevado 83% concluíram formação em nível superior. Todas elas realizaram pré-natal, sendo que 61,5% receberam alguma informação sobre amamentação no período gestacional. Apresentamos a seguir uma caracterização sumarizada das informantes:

Nota*: * Nota: o salário mínimo atual no Brasil é de R\$136,00-cento e trinta e seis reais, equivalente a US\$75,00-setenta e cinco dólares americanos). De acordo com o DIEESE (Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Sócio-Econômicos), as famílias com renda total abaixo de 3 (três) salários mínimos, ou o equivalente a US\$ 230.00 (duzentos e trinta dólares americanos), estão inseridas na faixa de pobreza absoluta.

Quadro 1. Principais características das mulheres entrevistadas no Município de Fortaleza-CE, março a junho de 1999

Entrevistada	Idade	Escolaridade	Est.Civil	Nº filhos
01-CL	32	1ºG Incompleto	Solteira	01
02- MZ	29	1ºG Completo	Casada	01
03- MV	20	1ªG Completo	Solteira	01
04-MM	32	1ºG Completo	Casada	01
05- EM	26	2ºG	Casada	01
06-TA	20	2ºG	Solteira	01
07-MN	34	1ºG Completo	Separada	02
08-EM	28	Superior	Casada	01
09-KM	32	Superior	Casada	02
10-LP	33	Superior	Casada	03
11-AA	35	Superior	Casada	02
12- DO	14	1ºG Completo	Solteira	01
13-RC	37	Superior	Casada	03

Quadro 2. Outras características das mulheres entrevistadas no Município de Fortaleza-CE, março a junho de 1999

Entrevistada	Pré-natal	Orientação na gravidez	Ocupação	Renda familiar (SM)
01-CL	Sim	Não	Lar	3
02- MZ	Sim	Não	Lar	2
03- MV	Sim	Sim	Lar	2
04-MM	Sim	Sim	Doméstica	3
05- EM	Sim	Não	Aux.de Enferm	3
06-TA	Sim	Sim	Secretária	3
07-MN	Sim	Não	Costureira	2
08-EM	Sim	Sim	Autônoma	+10
09-KM	Sim	Sim	Ass.Social	+10
10-LP	Sim	Sim	Enfermeira	+10
11-AA	Sim	Sim	Enfermeira	+10
12- DO	Sim	Sim	Lar	7
13-RC	Sim	Não	Enfermeira	+10

5.2. CARACTERÍSTICA DA AMOSTRA: GRUPO FOCAL

Realizamos os grupos focais com 13 (treze) mulheres que não conseguiram amamentar exclusivamente seus filhos até completarem seis meses de vida. O eixo de discussão utilizado foi idêntico ao que norteou as entrevistas com mães que amamentaram (Anexo 1).

Tal como procedemos em relação às entrevistas reunimos grupos distintos, evidenciando o segmento sócio-econômico como delimitante no processo de organização dos grupos focais. Foram constituídos dois grupos diferentes, que contaram com 05 (cinco) mulheres com renda familiar menor ou igual a três salários mínimos e 08 (oito) mulheres com renda maior que 3 salários mínimos.

O grupo focal 1 (Fo1)*, constituiu-se por 08 (oito) mulheres de nível sócio econômico mais elevado, onde a média de idade foi de 30 anos, sendo que 07 delas (87,5%) são casadas. Quanto ao nível de escolaridade 07 (87,5%) concluíram o nível superior e 01 (uma) concluiu o 2º Grau. A média de filhos é de 1,5 filhos e todas realizaram pré-natal, sendo que apenas 50% receberam orientações sobre aleitamento materno no pré-natal.

O grupo focal 2 (Fo2)*, constituiu-se por 05 (cinco) mulheres de nível sócio econômico mais baixo, onde a média de idade foi de 28 anos, sendo 04 (80%) delas casadas e 01 (20%) separada. Quanto ao nível de escolaridade, 3 mulheres (60%) estudaram até o 1º Grau e 2 (40%) concluíram o 2º Grau. A média de filhos é de dois (02) filhos e todas realizaram pré-natal, sendo que apenas 02 (40%) receberam orientações no pré-natal.

Uma caracterização sumarizada das informantes pode ser apreciada nos quadros que se seguem:

Quadro 3. Características principais das mulheres que participaram dos grupos focais realizados em Fortaleza-Ce, março a junho de 1999

Entrevistada	Idade	Escolaridade	Est.Civil	Nº filhos
01-CA (Fo1)	31	Superior	Casada	01
02-AM (Fo1)	27	Superior	Casada	02
03- AS (Fo1)	30	Superior	Solteira	01
04-CF (Fo1)	33	Superior	Casada	02
05-RL (Fo1)	27	Superior	Casada	01
06-GM (Fo1)	27	Superior	Casada	01
07-FS (Fo1)	37	2ºG	Casada	01
08-RC (Fo1)	31	Superior	Casada	03
09-MM (Fo2)	41	1ºG Incomp	Casada	03
10-TM (Fo2)	30	2ºG Completo	Separada	03
11-LR (Fo2)	18	1ºG Imcomp	Casada	01
12-AL (Fo2)	30	2ºG Completo	Casada	01
13-MT (Fo2)	22	1ºG Completo	Casada	02

Quadro 3. Outras características das mulheres que participaram dos grupos focais

realizados em Fortaleza-Ce, março a junho de 1999

Entrevistada	Pré-natal	Orientação na gravidez	Ocupação	Renda familiar (SM)
01-CA (Fo1)	Sim	Sim	Médica	+10
02-AM (Fo1)	Sim	Sim	Enfermeira	+10
03- AS (Fo1)	Sim	Sim	Enfermeira	+10
04-CF (Fo1)	Sim	Não	Enfermeira	+10
05-RL (Fo1)	Sim	Não	Liberal	+10
06-GM (Fo1)	Sim	Não	Dentista	+10
07-FS (Fo1)	Sim	Sim	Secretária	7
08-RC (Fo1)	Sim	Não	Médica	+10
09-MM (Fo2)	Sim	Sim	Doméstica	3
10-TM (Fo2)	Sim	Sim	Aux.Enferm	2
11-LR (Fo2)	Sim	Não	Estudante	2
12-AL (Fo2)	Sim	Não	Lar	3
13-MT (Fo2)	Sim	Não	Secretária	3

Obs: Entrevistas 1 a 8= Fo1* e 09 a 13= Fo2*

5.3. IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO

A saúde e o desenvolvimento da criança, conforme aponta a literatura, está diretamente relacionada ao aleitamento materno exclusivo pelo menos durante o primeiro ano de vida (JELLIFFE & JELLIFFE, 1988; PERNETTA, 1988; SILVA, 1997; MONTE, 1998). Contudo, apesar do reconhecimento de muitas mulheres sobre a importância do leite materno, ainda é reduzido o número daquelas que o oferecem com exclusividade para o seu filho.

Foi interessante observar através da fala das mulheres entrevistadas neste estudo, nos diferentes segmentos sócio-econômicos estudados que, além de fatores de defesa do leite humano para o bebê, há uma associação da amamentação com o vínculo estabelecido entre mãe e filho:

“...evita também a criança pegar doença porque dizem que a mama é a vacina da criança, então eu decidi dar de mamar até seis meses e é uma forma de carinho, de amor que eu estou passando pro meu filho”
(E.1)

“...eu me sinto vitoriosa por ter mostrado o lado bom da amamentação, as boas faces e todas as pessoas acabavam vendo assim meus filhos tão saudáveis, tão apegados a mim...é bom ver os filhos saudáveis, crescidos com saúde” (E.10)

Ao lado disso, as mulheres demonstram conhecer as vantagens da amamentação, especialmente na prevenção de diarreias e infecções respiratórias. Diversos autores

(JELLIFFE & JELLIFFE, 1979; CUNNINGHAM, 1981; KING, 1994; CESAR, 1995; GIUCLIANI & VICTORA, 1998), assim como as propagandas veiculadas nos meios de comunicação, apontam as vantagens da amamentação, reforçando os aspectos preventivos para o bebê e, dessa forma passa a ser lembrado pelas mães como de suma importância para a saúde do seu filho:

“eu penso que ele é um menino forte porque eu peguei a virose, tive gripe e ele não pegou gripe de mim, pegou agora, mas acho que é dos dentes, ele não sentiu febre, então eu vejo que o que fiz valeu a pena durante esses meses que dei de mamar pra ele” (E.1)

“Ah! Eu digo com muito orgulho pras mães que dê o peito até os seis meses porque vale a pena, eu tiro hoje pelo meu filho que é difícil o menino adoecer, nem uma gripe não tem de jeito nenhum. Nunca teve diarreia e é uma criança danada demais e eu tenho certeza que isso tudo foi consequência já do leite materno.” (E.5)

“...se a bebê está bem eu estou bem também, ela é muito saudável e veio ter uma gripe agora e antes nunca tinha tido uma gripe já teve depois de sete meses, teve uma diarreia mais eu acho que foi uma reação dos dentes, se não fosse isso com certeza ela não tinha essa saúde que tem hoje” (E.8)

Durante muitas décadas, as mulheres passaram a desacreditar na sua capacidade de ter leite “suficiente” para o bebê, não produzir leite de boa qualidade, por considerá-lo “ralo e fraco”, etc e todas essas construções foram sendo bem assimiladas por diversas gerações. O padrão de cor e consistência do leite humano foi sendo culturalmente instituído com base nos referenciais estabelecidos para a pecuária leiteira: “leite, para ser forte, tem que ser gordo”. (COSTA, 1983; BADINTER, 1985; PRIORE, 1997; ALMEIDA, 1999).

Essa concepção aparece, ainda nos dias de hoje, nos discursos das mulheres, o que nos leva a refletir sobre a forte influência desses conceitos no processo de continuidade da amamentação e como fator determinante na auto-confiança da mulher quanto a sua capacidade de produzir um leite de qualidade. No caso das mulheres que amamentam, esses conceitos não se encontram introjetados, apresentando-se em seus discursos fortes questionamentos:

“...eu sempre tive leite e quanto mais a criança suga o peito da gente tem mais leite e também não tem esse negócio de leite fraco, não sei porque falam isso....o meu era muito grosso” (E.1)

“...eu acho que o leite não é fraco é produtivo pra criança, traz saúde...eu tenho três filhas e todas elas mamaram até sete meses e eu acho que não é fraco o leite materno, ele é muito forte, mas tem mães que não acreditam” (E.4)

“...todo mundo dizia que meu leite não ia sustentar pois ele era muito ralo, mas cada vez que ia no pediatra ele ganhava peso....daí eu pensava comigo mesmo, ele é forte.” (E.12)

A amamentação não tem sido vista pela mulher apenas como importante para o crescimento e desenvolvimento de um bebê saudável, tanto sob o ponto de vista biológico, quanto no que se refere ao aspecto físico (vínculo mãe-filho, por exemplo), mas também para a sua própria saúde, quando previne doenças da mama, pela maior praticidade, bem como evitando outras despesas familiares:

“...é bom pra criança como é bom pra mim, porque previne câncer de mama e de colo e evita também a criança pegar doença...eu achei melhor pros dois” (E.1)

“...foi ótimo porque eu não gastei nenhum tostão com ele nem em questão de remédio, nem em leite...e eu ficava me sentindo muito bem sabendo que ele estava saudável” (E.2)

“..porque é muito bom amamentar, tanto é bom pra mãe e previne o câncer de mama, o filho se previne de doenças, é ótimo” (E.5)

“...é a melhor opção pra mãe, pra criança e mais saudável pra mãe também, do ponto de vista que diminui o trabalho porque pra onde você vai tá lá e você não tem trabalho com nada...se eu tivesse dez filhos eu amamentaria todos dez”.(E.8)

Considerando ser importante a concepção e entendimento das mães quanto aos benefícios, praticidade e inúmeras vantagens do aleitamento materno para o filho, em especial, não é suficiente para considerarmos que a informação seria o único caminho viável para incentivarmos a continuidade da amamentação.

- **Decisão para amamentar**

O ato de amamentar é uma função por excelência da mulher e de acordo com expectativas culturais, se constitui em momentos de realização plena da feminilidade, mas com uma forte influência do meio social. Curiosamente, as mães atuais passam por situações de incentivo para amamentar exclusivamente, outras sob forte pressão para adotar práticas bem incorporadas pela geração anterior, onde o desmame precoce era adotado com muita frequência. O que levaria a algumas mães vivenciarem esse momento de plenitude, superando todas as barreiras adversas?

De acordo com SILVA (1997: 214), *“a tomada de decisão em amamentar, ou dar continuidade ao processo, também é baseada nas prioridades identificadas e estabelecidas pela mulher, tendendo ao atendimento das necessidades da criança, que assumem importância que as necessidades maternas...os benefícios da criança, identificados pela mãe, anulam aquilo que seria necessidade ou riscos maternos, sendo, a amamentação vista em algum prisma, como benefício para a mulher”*.

Ao entrevistarmos as mulheres que amamentaram exclusivamente, observamos que há uma motivação interior que as motivam a superar as opiniões contrárias, sentindo-se seguras quando decidem amamentar os filhos:

“...com certeza eu sempre quis amamentar e sempre falava assim: eu vou dar de mamar pra ele os seis meses, custe o que custar..e ele nunca tomou nem água nos seis meses...”(E.6)

“...foi uma decisão tomada com muita consciência, desde o início eu decidi que queria amamentar, então qualquer obstáculo que foi aparecendo eu nunca tomei como uma

barreira para impedir amamentar, sempre eu considerei como parte do processo e fui continuando, decidindo, decidindo...” (E.8)

“...eu acho que no final das contas o que pesa mesmo é a boa vontade da mulher amamentar, e encarar com naturalidade e saber que não existe fórmulas, receitas pra se amamentar, a amamentação é um processo vai surgindo uma dúvida você vai tirando e acaba surgindo naturalmente...” (E.10)

A tomada de decisão em amamentar, está intimamente ligada aos valores nutricionais do leite, onde também a mãe passa a se responsabilizar em promover e manter a saúde do seu filho (ARANTES, 1991; NAKANO, 1996; ALMEIDA, 1999). Além disso, entendemos que a motivação, interesse e persistência estão sempre presentes, pois apesar de mulheres de diferentes segmentos sócio-econômicos vivenciarem momentos distintos em suas vidas, todas aqueles com uma forte auto-determinação, conseguem superar as adversidades que encontram durante o processo de amamentação. Além desses aspectos, é interessante observar que alguns acontecimentos vivenciados pelas mulheres entrevistadas no período de sua infância, são relembrados no discurso, quando consideram ter sido importante para incorporar o desejo de amamentar:

“...olha, é muito difícil assim a gente dizer o que foi que você fez, porque é um trabalho interior, é um trabalho de conscientização, mas eu lembrava sempre da mãe amamentando minha irmã

quando eu era pequena, eu via as minhas tias amamentando e eu pensava, se elas são capazes, porque eu não?” (E.2)

“...eu sempre quis amamentar...era bom ver meus irmãozinhos com saúde....eu via isso e mexeu muito quando eu lembrava disso. Logo quando eu engravidei eu não tinha dúvida, eu tinha certeza que ia amamentar..”(E.13)

No entanto, é preciso ressaltar que há um conjunto de interações estabelecidas na prática da amamentação que atribui o significado dessa experiência para a mulher e que determina o seu curso, demonstrando a fragilidade do discurso muitas vezes utilizado pela mídia, no que diz respeito ao valor nutricional e afetivo da amamentação. Alguns autores (NAKANO, 1996; SILVA, 1997; ARAÚJO, 1997) considerarem as propagandas como veículos de mensagens que abordam mais os aspectos biológicos e influenciam, muitas vezes, o aspecto emocional, a partir do momento que passam a encarar a amamentação como algo perfeitamente natural, sem discutir as soluções diante das dificuldades enfrentadas. Verificamos, no entanto, que no discurso das entrevistadas a propaganda foi bastante mencionada como um fator colaborou para despertá-las para a amamentação:

“...porque eu via na televisão que saía uma propaganda assim: “amamente seu filho até o sexto mês”...então eu sempre via na televisão aí eu ficava pensando que quando tivesse um filho eu ia amamentar ele pra ver se é verdade, se a criança vai ser

saudável, então eu tive a curiosidade...aí eu peguei e amamentei e tou vendo como é importante..” (E.1)

“...mexia comigo quando eu era moça e via na televisão sempre falando da amamentação..e eu sempre quando via falava pra mim: no dia que eu for mãe eu quero ser igualzinha a essas...” (E.9)

Podemos perceber que os elementos determinantes no processo de amamentação devem ter a sua compreensão em uma visão do conjunto a que pertencem e concordamos com ARANTES (1991) e SILVA (1997) quando reforçam que além do desejo em amamentar um filho, a influência de familiares, amigos e profissionais também são determinantes para o sucesso na amamentação.

5.4. SUPORTE SOCIAL E FAMILIAR

Durante o período da amamentação, a mulher sofre inúmeras influências do meio em que convive interferindo, muitas vezes, na decisão em continuar oferecendo o leite materno de forma exclusiva ao filho ou introduzindo alimentos complementares.

A pressão exercida pelos familiares, especialmente as avós e pais revela-se como um fator determinante para a continuidade da amamentação ou desmame precoce, à medida que são emitidos julgamentos, provocando na mulher sentimentos de incapacidade, conflito nas relações familiares, pelas constantes cobranças sobre sua atuação no espaço público.

Segundo SILVA (1997) as opiniões e conselhos, sejam dos profissionais de saúde, como das pessoas mais próximas, constituem elementos que têm forte significado na avaliação que a mãe faz do estado alimentar da criança e da sua capacidade em atender às necessidades do filho.

- **Amamentação: participação do companheiro**

A presença do companheiro vem sendo reconhecida como uma forma de facilitar o processo da amamentação, especialmente quando há uma participação mais efetiva nos cuidados diários com a companheira e o filho:

“eu acredito que ele se sentiu bem do ponto de vista que ele sabia que eu tava fazendo a coisa certa e que ele podia contar com a esposa para beneficiar o filho. No começo ele me ajudava com as massagens para esvaziar um pouquinho e ele fazia isso, ele ficava perto, ele ia pegar o meu filho, ia deixar” (E.8)

“ele era super carinhoso e olhava o nenen e me ajudava a trazer o nenen pra amamentar” (E.4)

Ao compartilhar as tarefas que envolvem cuidados com o filho, a participação do homem é entendida como “ajuda”, nos dois grupos, independente da classe social. Isso oferece a oportunidade do cuidado com o bebê, estimulando-os a sentir a amamentação não apenas como uma exclusividade da mãe e compartilhar com as responsabilidades assumidas pelo casal:

“eu não recordo de nenhum dos filhos eu ter levantado nenhuma vez para pegar o filho; à noite quando chorava, ele ia pegar, botava pra eu amamentar, ele ia deitar, então ele fazia questão de participa..., assim, se ele tava legal ele tava bem dormindo e quando o bebê deitava, se escorava no sofá e deitava o bebê em cima dele, então ele foi muito participativo....até na estória de’u fazer estoque de leite...ele lembrava quando a gente saia que era pra levar os vidros, se botou os vidros na geladeira....então ele só não amamentou porque não tinha leite” (E.13)

“...porque além de eu dar de mamar, ele fica beijando o filho dele, ele acha super bonito, se a criança chora ele diz pra mim pegar a criança e botar no peito e se fica chorando ele fica brincando com ele, ele é assim...” (E.2)

A experiência de algumas mulheres sem companheiro analisadas nos dois segmentos sócio-econômicos, caracteriza-se como um elemento de interferência, especialmente quando ela tem que lidar com a responsabilidade no cuidado exclusivo com o filho, influenciando implicitamente o curso da amamentação. A interpretação dessa experiência, determinada pelos sentimentos, resulta na percepção da sensação de prazer ou de contrariedade em relação a amamentar:

“É muito difícil você criar um filho sozinha, você não ter o amor do pai perto, mas minha família me ajudou muito Graças a Deus e tive muita força aqui das meninas, minhas companheiras de trabalho aqui do hospital e acho que isso me fez seguir em frente, é muito bom você

ter ajuda de uma pessoa principalmente que eu não tinha o pai do meu lado e para mim foi difícil” (E.6)

“Os primeiros quinze dias, que saí do hospital com quatro dias e no quinto dia ele desapareceu e passou quinze dias sem ninguém saber o paradeiro dele....então para um começo de um resguardo é muito pesado, mas eu consegui superar tudo isso, eu sofri muito, muito e ainda sofro hoje por causa disso” (E.12)

Entretanto algumas mulheres que moram com o companheiro, vivenciam momentos de inquietude quando não recebem o apoio do companheiro, gerando medo de não produzir leite ou de continuar a amamentação:

“Foi difícil porque eu ficava dizendo eu vou, mas tinha aquela pessoa.....e eu pensei até em tirar o peito porque o menino tá chorando e o marido também entrava junto com a mãe dele, porque ele escutava a mãe dele e mandava eu dar porque o bichinho tá

chorando, mais foi difícil, foi uma decisão mesmo...”(E.11)

“.....muito difícil a gente se sente nada mesmo...eu não gosto nem de falar, eu pensei até que fosse ter problema no leite porque dizem que quando a gente fica assim, o leite seca e realmente tem dias que reduziu, mas mesmo assim, eu fui estimulando” (E.7)

É importante destacar que apesar de se considerar o nascimento de um filho como um fato relevante e de grande transformação na vida do casal, alguns homens têm uma reação que configura-se pelo ciúme e com o sentimento de estar sendo deslocado dentro do contexto familiar. WALETZLY (1979) reforça que muitos homens apresentam esse sentimento por não conseguirem oferecer o alimento da mesma forma que a mulher:

“...ele é muito ciumento diz que depois que eu tive a menina eu só passei a cuidar dela e não cuido dele....ai hoje ele não fala mais comigo, eu não moro na casa dele, ele não tem mais nada comigo”
(E.3)

“...ele ficava um pouquinho enciumado quando eu queria me preocupar mais com o bebê que tava amamentando do que com ele no momento que ele também queria um carinhosinho...era que ele achava que eu só queria meus peitos pro meu filho, ele sempre achava que tava livre, eu não queria dividir sei lá outra boca, outra coisa ali

com meu bebê, apesar de acabar precisando.” (E.10)

NAKANO (1996) acrescenta que a existência de outros conteúdos subjetivos ou até mesmo inconscientes levam o homem a rejeitar nas interações sexuais, contatos físicos com a mama, os quais podem ter sido originados no cultural carregado de conteúdos moralistas.

Vale ressaltar que esse sentimento de tensão, ciúme e insegurança na função de alimentar o

filho e atender ao papel de esposa, também é vivenciado pela mulher e, às vezes, expresso de uma forma verbal:

“ele mudou e na verdade eu fiquei com um pouco de ciúme porque ele ficava mais pro lado do bebê....aquela coisa toda, aquele carinho, aí esqueceu um pouquinho de mim e aí fiquei com ciúmes. Mais eu fiquei falando pra ele que olhasse um pouquinho pra mim que a criança já tava ali e já tava cuidando e pronto, era o primeiro filho também”
(E.6)

“...eu queria que ele entendesse que agora sou mãe e falava isso sempre pra ele....queria que ele tivesse mais paciência até ela ficar mais grandinha....” (E.9)

As imagens estereotipadas da paternidade e maternidade mostram-se portanto ainda presentes nos dias atuais. A figura de “pai ausente” construída no século XVIII, referida por BADINTER (1985), NAKANO (1996) E ARAÚJO (1997), ainda são referidas atualmente,

quando mulheres percebem que seus maridos reclamam por atenção especial.

A compreensão do aleitamento materno pelo pai é entendida como um ato simbólico de transmissão de saúde que é fornecida através do leite materno para seu filho, tal como encontramos no presente estudo:

“eu acredito que ele se sentiu bem do ponto de vista que ele sabia que eu tava fazendo a coisa certa e que ele podia contar com a esposa para beneficiar o filho...”.(E.8)

“ele acha bom porque ele vê que eu acompanho muito meu filho e ele faz é me aconselhar pra mim nunca deixar o Davi de mão, pra ele não ficar na mão dos outros porque sempre a mãe é que cuida bem do filho, ninguém substitui a mãe” (E.12)

“...ele disse: minha filha é o seguinte, faça o que for melhor pro nosso filho” (E.4)

O envolvimento do pai apresenta-se portanto, como um aspecto fundamental, pois ao desempenhar um papel de participante no processo da amamentação este passa a aumentar o suporte oferecido a companheira e ao bebê e, sente-se como um elemento importante, participe e cúmplice na sua função de “novo pai”.

- **Profissionais e serviços: um contexto contraditório**

A dificuldade enfrentada pela grande maioria das mulheres quanto a problemas mamários, dúvidas em relação à sua produção de leite, insegurança nos cuidados com o bebê, etc, são sempre discutidas entre mães e profissionais de saúde.

Segundo ALMEIDA (1999) as ações assistenciais em amamentação são exercidas por profissionais de saúde que passam a desempenhar uma função tranquilizadora, na intenção de colaborar com o restabelecimento da autoconfiança materna. É importante ressaltar o quanto as mulheres reverenciam as opiniões dos médicos, especialmente do pediatra:

“eu fui ao pediatra dele e ele disse também que eu desse o tanto que eu pudesse e tanto que ainda continuo dando ainda” (E.4)

“eu ainda não tinha nenhuma experiência profissional com relação a isso depois recebi orientação da pediatra pra só amamentar” (E.10)

Conforme se vê, a relação médico-paciente se baseia no duo afeto/confiança, conferindo ao médico uma grande influência no poder exercido no cotidiano. Segundo BOSI (1998:363) “esse poder poderá influenciar não só na conduta das pessoas diante das ações desenvolvidas pelos serviços, como também na família, trabalho, na comunidade”.

No entanto, a ausência de informações vem sendo percebida e cobrada pelas mulheres, já que sentem a necessidade de orientações prévias ao parto:

“eu acho que o conhecimento é fundamental, eu acho que quanto mais instrução a mulher tiver sobre as vantagens do aleitamento materno tanto para a criança como pra ela porque toda mãe quer acertar”(E.3)

“...e se ela tiver apoio mesmo....mas não acontece assim porque os profissionais estão mais distantes e a gente não tem tanto acesso e o que acontece é ir pelo lado mais fácil e o lado mais fácil é enviar a mamadeira na boca do menino” (E.9)

“O contato nosso a gente que tá grávida durante nove meses é com o obstetra. Eu acho que deveria começar daí e não acontece muito esse incentivo durante o pré-natal e a mesma coisa do parto normal, não acontece muito, se você vai amamentar ótimo, mas também se não

conseguir não não se culpe, aí você vai ao pediatra e a maioria já começa a introdução aos três meses” (E.12)

“...a única coisa que me pegou de surpresa pelo fato de não ter recebido orientações do pré-natal no meu primeiro filho foi nas primeiras mamadas aquela dorzinha e me pegou de surpresa...achei que poderia ser alguma coisa errada que tivesse acontecendo.”(E.10)

O sentimento predominante dos depoimentos é a sensação de total falta de apoio e a necessidade de ter acesso a uma maior participação dos profissionais no processo da amamentação. Verifica-se no entanto, que há uma compreensão da mulher sobre a possibilidade de escolha do médico que irá apoiá-la nos cuidados com o filho, especialmente naquelas de estrato social mais elevado, caracterizado principalmente pela facilidade de escolha do profissional que acompanha seu filho, ao contrário daquelas que na maioria das vezes são atendidas em serviço público :

“eu fui perguntar se ele queria fazer a sala de parto porque depois eu queria que ele continuasse me acompanhando...aí tudo bem e conversei com ele e disse que um dos motivos que estou te escolhendo é porque você incentiva a amamentação e ele disse: que bom!” (E.8)

“eu deixei que o profissional fizesse a orientação correta. Também escolhi um profissional que já trabalha na nossa linha e que também não ia introduzir uma alimento antes do necessário” (E.10)

Nessa direção, é interessante atentarmos para as práticas exercidas tanto no plano de

condutas profissionais, quanto nos das práticas desenvolvidas pelos serviços de saúde que contribuem ou colocam em contraponto o desejo da mulher em amamentar:

“...só quando eu tive a primeira filha que eu não tinha mais leite, mas as médicas fizeram umas massagens nos meus seios, aí logo eu tive bastante leite”

“No hospital quando eu ganhei nenê elas me ensinaram a posição melhor e também me ensinaram como tirar o leite” (E.7)

“a enfermeira chegou para mim e perguntou se eu queria que desse complemento e eu respondi que não, que ela estava proibida de dar complemento e pra onde o meu filho ia eu mandava alguém atrás que era com medo tanto de raptarem como de darem alguma coisa pra ele” (E.8)

O apoio fornecido pelos bancos de leite humano, vem tomando uma dimensão favorável para a continuidade da amamentação. Um dos objetivos iniciais do banco de leite no Brasil nas décadas de 40 e 70 era o de coletar o leite humano e hoje, esse serviço vem oferecendo uma ampliação da assistência, o que passa a ser percebido como uma atividade de promoção para a amamentação:

“Eu vim aprender muita coisa no banco de leite, o pessoal dizia pra continuar dando de mamar, aí eu continuei. Foi uma experiência maravilhosa e eu adorei, então eu vou guardar pra sempre....eu tinha dúvida mais quando eu cheguei no banco de leite a primeira

vez, teve uma reunião e elas explicaram pra gente como é.” (E1)

“...olha, sei não, no começo eu fiquei ansiosa. Peguei minha mãe, meu marido e fui ao banco de leite da Maternidade Escola e quando cheguei lá parecia que tinha chegado no céu....aí voltamos pra casa aliviados e ele mamou tranquilo depois.” (E5)

“...aqui mesmo no hospital tive muita orientação inclusive tive as meninas do banco de leite, elas passaram por lá e me ensinaram muita coisa como eu amamentar e isso foi ótimo.” (E12)

O resultado do trabalho que vem sendo desenvolvido pelos bancos de leite, a exemplo do que ocorre no Estado do Ceará, vem ratificar a importância dessa iniciativa adotada no

Brasil, que hoje conta com uma rede de mais de 100 bancos implantados. (BRASIL, 1998; ALMEIDA, 1999).

A credibilidade pelo serviço aponta a necessidade de que sejam criadas novas unidades para que possam servir de suporte às mulheres que tenham dúvidas e dificuldades na amamentação, bem como captar o leite em excesso para doação a crianças que necessitam desse leite para o seu desenvolvimento e sobrevivência.

- **A importância fundamental das avós:**

Durante algumas décadas, as mulheres sofreram uma forte influência do marketing produzido pelas indústrias, incentivando principalmente o desmame precoce através

de propagandas que consideravam o leite fraco, não suficiente para atender as necessidades do bebê, contextualizando a amamentação como um fator responsável pela flacidez das mamas, dentre outros (CORADINI & FREDERICQ, 1981; SILVA, 1997; ALMEIDA, 1999). Isso se transformou em problema a partir do momento em que a falta de informação correta proporcionou uma geração de mulheres que desacreditaram no leite materno como fonte exclusiva de alimento. Considerando que essas mulheres de diferentes segmentos sócio-econômicos, na sua grande maioria, são avós nos dias de hoje, há uma tendência ao repasse de informações adquiridas a essa nova geração. No entanto, apesar dessa pressão negativa exercida, foi interessante observar que algumas nutrizes percebem as interferências que sofrem e tomam a decisão de parar ou não a amamentação:

“...minha mãe me falava, porque minha mãe não amamentou os filhos dela porque o leite virou água, aí ela disse que o leite dela era muito fraquinho” (E.2)

“Inclusive até a minha mãe tá ignorando e diz: minha filha quando você nasceu eu fiz aquilo, mas eu digo que não, eu vou por esse ladinho aqui mesmo” (E.4)

“...eu tive também dificuldade porque a minha família, a minha mãe não queria que eu amamentasse porque eu trabalhava e dizia que o menino ficava com fome e era pra mim dar o mingau que era mais forte e engordava mais...mais aí eu sofri porque eu chorava de um

lado e queria amamentar e eles não queriam deixar, mas eu consegui” (E.5)

“...ela disse que tinha criado sete e nunca tinha dado de mamar e tava tudo aí” (E.6)

“A minha sogra ligava de um outro Estado dizendo...” não se culpe se você não conseguir amamentar porque o meu também era uma criança muito grande e ele começou a dormir quando eu dei minguaú” (E.8)

Vale considerar que em alguns casos as avós também desempenham um papel muito importante no processo de incentivo a amamentação, muitas vezes por considerarem que lhes faltaram a elas informações suficientes para que prolongassem o aleitamento materno e por considerarem o leite materno como um elemento fundamental para a saúde e o desenvolvimento do bebê:

“...foi a minha mãe e meu pai sempre deu a maior força, porque naquele tempo não tinha ninguém que aconselhasse, mais agora não, mais ela me aconselhou a dar de mamar até seis meses” (E.1)

“...aí ela disse que queira uma filha que amamentasse o neto dela. Ela dizia: minha filha amamente porque seu filho vai ficar sempre saudável e vai ficar muito apegado com você e quando os dentinhos dele nascer ele não vai ter diarréia, a amamentação pra ele vai ser sempre importante na vida dele.” (E.2)

“Ela sempre reforçava que era importante eu continuar amamentando e que ela ia crescer uma criança sadia e não ia Ter nenhum problema, o conhecimento que ela tinha pra mim passar era esse...” (E.11)

O apoio fornecido pelas avós e familiares é claramente percebido pelas mulheres entrevistadas, como um elemento facilitador para a continuidade da amamentação aos seis meses, especialmente quando há uma transmissão do aprendizado anterior para a filha:

“ela amamentou todos os filhos dela e ela diz que além de ser bom amamentar, a criança fica mais saudável” (E.2)

“...exatamente esse apoio, apoio do marido, dos meus familiares, quer dizer eu tinha toda estrutura....tava todo muito ali empenhado, não era que todo mundo ficava ali, mais tem alguém pra trazer o bebê, levar o bebê, fazer alguma coisa pra me dar água ou suco, porque dá muita sede....” (E.12)

“...mas eu acho que o que me ajudou muito foi a minha família aceitar, todos me ajudavam.” (E.13)

A mulher durante o período da amamentação apresenta-se vulnerável às opiniões e conselhos das pessoas com as quais interage em seu meio, seja o pai, avós, familiares e esses são personagens que avaliam a situação apresentada através da interação mãe e filho,

emitindo o seu julgamento. Conforme reforça SILVA (1997: 178) *“a opinião e conselhos, dessas pessoas próximas e de profissionais de saúde com os quais a mulher tem contato, constituem em elementos significativos na avaliação que ela faz do estado alimentar da criança e da sua capacidade em atender às necessidades do filho. Elementos estes, que podem atuar de forma a reforçar sua confiança no seu desempenho”*

5.5. VIVENCIANDO A AMAMENTAÇÃO

Inúmeras são as razões apontadas pelas mulheres para amamentar seus filhos, mas todas vivenciam em algum momento, situações que as levam a encontrar alternativas práticas, tornando a amamentação uma possibilidade real.

- **Mulher trabalhadora: superando dificuldades, buscando soluções alternativas**

Decidir entre parar as atividades ou estudo temporariamente tem sido uma alternativa encontrada por algumas mulheres que priorizam os cuidados com o filho, considerando ser essa atitude fundamental para a continuidade da amamentação (NAKANO, 1996; REA, 1997).

Ao entrevistarmos as mulheres participantes desta investigação, pudemos constatar que algumas delas buscam envolver familiares para colaborar na administração do leite materno que é estocado previamente à saída da mãe para atividades externas ou “sacrificam” um pouco a vida rotineira para amamentar com exclusividade:

“...eu tinha que decidir entre continuar estudando ou dar de mamar....não teve jeito, eu pensei nele e parei um ano pra dar de mamar e não me arrependo, ainda sou nova....”(E.5)

“...eu tive a oportunidade de ficar um pouco em casa cuidando deles, então nas três oportunidades eu amamentei...na primeira eu saía pra faculdade, depois pro meu trabalho, pois eu não tive licença maternidade, mas mesmo assim amamentei por seis meses” (E-10)

“...eu trabalhava só num emprego nessa época e tinha dois plantões só na semana, então eu tinha muito pouco tempo fora de casa, então eu fazia ordenha do leite e colocava na mamadeira e conservava na geladeira e deixava a minha irmã pra dar no lugar do suco, às vezes era um sufoco, mas eu queria muito dar de mamar.....” (E.11)

O trabalho vem sendo apontado como um dos obstáculos para a continuidade da amamentação, sendo que os benefícios trabalhistas aferidos pela legislação, não são implementados (ESTERIK, 1991; REA, 1998). Isso gera uma série de incertezas à mulher desde quando engravida, pois tem que organizar a sua vida no trabalho, no lar, muitas vezes forçando-a a largar o emprego para continuar a amamentação ou realizar “malabarismos” para prolongar a amamentação:

“...olha não foi fácil chegar até seis meses...tinha horas que dava vontade de parar, pois minha patroa deixava eu sair antes das 2h, mas às vezes eu ficava nervosa pra tirar o leite e o bichinho ficava chorando até eu chegar, mas deu certo, Graças a Deus”. (E.4)

“...eu só sinto revolta por não ter conquistado um direito de ter licença que é um direito garantido pela Constituição, mais o fato de eu ter trabalhado não atrapalhou na amamentação de hipótese alguma,

no momento se eu não podia alguém levava minha filha no posto e eu amamentava, eu tinha todo aquele cuidado de lavar as mãos e me preparar toda...dou um conselho é a coisa mais fácil do mundo”. (E.8)

“...eu ia pro posto mais eu tinha um celular e na hora que minha filha acordava, eu deixava sete horas ela dormindo e ela dormia até às dez e eu ficava mais ou menos controlando...então quando ela se mexia telefonavam pro meu celular e eu tinha carro e imediatamente estava em casa em questão de quinze minutos...eu preparei um certa estrutura pra amamentar...” (E.10)

Os empregadores, na sua grande maioria, não disponibilizam opções às mulheres trabalhadoras, facilitando a continuidade do aleitamento para seus filhos. Isso foi ratificado no discurso das mães, verificando que apenas uma mulher entrevistada do segmento social mais baixo, teve acesso a permanecer com seu filho no ambiente de trabalho:

“...eu fiquei muito preocupada quando engravidei, pois trabalhava como empregada doméstica, mas minha patroa me deu a maior força e até hoje ele vem comigo e passamos a semana aqui e na sexta vou pra casa...se não fosse isso não sei como ia ser”. (E.4)

Podemos observar que apesar de não ser mencionado na literatura como o obstáculo de maior impacto citado pelas mães para o desmame precoce (REA & CUKIER, 1988; ESTERIK, 1994; SIQUEIRA et al, 1994), o trabalho passa a ser uma grande barreira,

especialmente considerando que nas camadas inferiores da sociedade com a característica mais informal do emprego (trabalho sem registro), a mãe se vê obrigada a precocemente desistir do aleitamento materno exclusivo, para permitir a sobrevivência dela e do filho. Consideramos que isto corre pelo fato de haver um desrespeito à condição de lactante, inserindo portanto a discussão no âmbito da temática da construção da cidadania no campo da saúde.

Acrescente-se que mesmo com garantias no plano legal, reduz-se a oferta de emprego às mulheres, causando receio às trabalhadoras, aspecto que as obriga a retornar às suas atividades antes do tempo previsto, pelo medo de perder o emprego.

- **Corpo e sexualidade**

A história retrata que a mulher carregava um grande peso do pecado original, sobretudo em relação à sexualidade, que era vigiada de perto, pois o desvio de comportamento observado, era considerado como um desrespeito ao pai e depois ao marido. Além

disso, a educação, principalmente sob a influência da Igreja, exercia forte pressão sobre o adestramento da sexualidade feminina, limitando a mulher exclusivamente aos afazeres domésticos e com dedicação exclusiva aos filhos e ao marido, buscando assumir um papel de “mulher sagrada” (JELLIFE&JELLIFE, 1978;NAKANO, 1996; ARAÚJO, 1997; PRIORI, 1997). Essa representação na história, observada até o século XIX trouxe a concepção do seio erotizado, sempre distinguido do “seio-nutriz”, marca de exclusividade do desejo da criança.

Verificamos através da fala de algumas mulheres desse estudo, que a visão do peito como fonte de alimento e prazer é percebida sem maiores problemas, proporcionando muitas vezes um aumento da libido:

“...interferiu não porque eu sei dividir as coisas, eu sei separar o meu marido e sei separar o meu filho e não atrapalhou em nada, aumentou ainda mais o nosso tesão.....pelo contrário o fato de meus peitos terem crescido me fez sentir mais atraente e meu marido ficava me admirando...” (E.2)

“...eu lembro que o pessoal perguntava se eu não tinha vergonha de botar o peito pra fora, mais eu não tinha vergonha, fugia aquela coisa da sensualidade, era uma questão bem materna...mas com meu marido aumentou muito o tesão...” (E.9)

“...ele também nunca se preocupou com esse lado de mudança, pelo contrário, ele sempre achou meus peitos muito bonitos e uma parte do meu corpo que eu sinto mais prazer...talvez tenha sido por isso que eu

amamentei tanto e tenho uma produção de leite tão grande e é uma parte que eu curto muito” (E.10)

Ao discutirmos sobre as alterações do corpo vivenciadas pelas mães, observamos que apesar do discurso atual valorizar a mama como um “símbolo sexual”, associando a flacidez mamária com a amamentação, muitas das mulheres entrevistadas nos dois segmentos sócio-econômicos, sobrepõem o papel de mãe e as necessidades da criança, aos apelos da estética e da “cultura do corpo perfeito”:

“...peito caído todo mundo fica, eu ainda não constatei cem por cento pois ainda estou amamentando...também se eu não tivesse amamentado ele ia cair de qualquer jeito porque é gravidade, então se vai cair que caia por uma coisa justa, um benefício...” (E.3)

“...depois de algum tempo ele preferiu uma mama do que a outra, então eu fiquei com uma simetria danada e era meio esquisita, mais fazia parte e sempre tive muito orgulho de amamentar...” (E.7)

“...a gente acaba aceitando, porque é um processo tão natural na nossa vida, na vida da mulher e mistura essa mudança com a realização, que dá um sentimento tão gostoso...” (E.10)

....eu não acreditava nessas coisas do peito cair, acho que meu corpo modificou mais pela minha idade, mesmo pelo tempo, do envelhecimento e não porque eu amamentei, até porque pro meu filho foi maravilhoso e isso me faz ficar feliz, não ligo pra essa história de peito cair....” (E.11)

As concepções e condutas dessas mulheres reforçam, de forma concreta, a representação de doação e sacrifícios da qual a mulher percebe voltada para fora de si mesma, despojando-se em prol dos “outros”, fazendo-a conceber o ato de amamentar como algo superior à sua auto imagem corporal. Ao lado disto, percebe-se um processo de construção da identidade e de fortalecimento da auto-estima mais fortemente vinculados à autonomia, do que à satisfação de padrões hegemônicos impostos sobretudo pelos meios de comunicação de massa.

5.6.ALTERNATIVAS PARA AMAMENTAÇÃO

- **Amas de leite**

A prática da utilização de amas-de-leite para alimentar filhos de senhoras burguesas é citada na literatura com grandes detalhes, relatando as diferentes formas de recrutamento de mulheres de modo a suprir as crianças com leite materno (BADINTER, 1985; LAWRENCE, 1994; SENA, 1997; ALMEIDA, 1999).

No Brasil, era costume das mães ricas não amamentarem seus filhos, tendo sido uma prática transferida de Portugal, quando aqui se instituiu a figura das saloias. As índias cunhãs foram as primeiras mulheres utilizadas como saloias brasileiras, mas devido à rejeição cultural existente na época, foram substituídas pelas escravas (COSTA, 1983; ALMEIDA, 1999).

Apesar de ter continuado durante muitos séculos a “adoção” de crianças por parte de outras mulheres para alimentá-las, verificava-se um aumento crescente de mortes infantis, associadas às doenças adquiridas pelas amas-de-leite. É interessante

lembrar que a utilização de “chifres de bois” furados e outros instrumentos passaram a ser oferecidos, pois se considerava que amamentando diretamente ao seio, transmitia-se afeto e a criança formaria um laço afetivo mais íntimo (BADINTER, 1985; SILVA, 1997).

Em relação às mulheres entrevistadas nesta investigação, verificamos que a maioria das que pertenciam ao estrato sócio-econômico mais elevado consideram a prática de ama-de-leite nos dias de hoje, como um procedimento inseguro e de risco:

“...eu fui uma pessoa que eu mamei o leite de outra mãe, eu tinha minha mãe e tinha a mãe de leite e eu acho que...não sei hoje porque a gente tem medo e tem que ver a qualidade desse leite e eu não sei se faria não.” (E.11)

“...olha, eu nunca me imaginei não amamentando, eu nunca me imaginei nessa situação, mas eu acho que se precisasse do leite do Banco de Leite, eu usaria, porque eu acredito no trabalho do Banco de leite, do controle de qualidade...eu já fui até doadora...” (E.15)

Em contraste, as mulheres do estrato social mais baixo enfatizam o benefício dessa conduta, não tendo sido referido qualquer preconceito ou associação com o risco de transmissão de doenças :

“...até que ele tomou leite de outra mãe, foi nos primeiros dias depois que eu tive ele aí eu não pude ir e fui ver ele no outro dia aí as mães que doam leite, ele ainda tomou e depois a partir do segundo

dia foi que eu fui lá e dando o peito pra ele...elas me ajudam muito Graças a Deus” (E.3)

“...eu acho que se fosse o caso de dar leite de outra mãe eu pegaria com certeza...” (E.4)

“...eu acredito que ela tenha tomado leite de outras lá no Hospital porque ela tava se alimentando através de sonda porque ela tava na cubadora...eu acho isso muito importante e sou muito grata por isso...” (E.7)

Esse tipo de conduta deve ser melhor avaliada necessitando-se formular novas estratégias de divulgação sobre os perigos dessa prática, pois os relatos acima demonstram que muitas mulheres ainda não estão esclarecidas sobre os riscos de expor o filho ao leite de uma ama-de-leite, sem passar pelo processo de pasteurização realizado em todos os bancos de leite humano, procedimento que inativa, inclusive, o vírus da AIDS (BRASIL, 1998; ALMEIDA, 1999).

5.7. INTRODUÇÃO DE OUTROS ALIMENTOS: ACEITAÇÃO OU RECUSA

A prática da amamentação estabelece uma interação básica entre mãe e filho, que implica na geração de efeitos percebidos, principalmente, no sentido do vínculo do recém-nascido com sua mãe. Desde o nascimento do filho, a mãe passa por um processo gradual de aprendizagem em relação a conhecer e compreender a linguagem do recém-nascido. É a partir de diversos elementos que a mãe avalia se a criança “está bem”, considerando fundamentalmente o ato de alimentar o filho como de sua inteira

responsabilidade (WINNICOTT, 1993; VANDIVER, 1997; SILVA, 1997; SUSIN, 1998).

Amamentar exclusivamente durante seis meses estimula a produção de diferentes significados pela mãe, seja porque há uma maior interação entre o binômio, como também gera uma percepção de doação, sacrifício e satisfação por ter conseguido superar todos os obstáculos e amamentar. No entanto, verificamos através do discurso das mulheres entrevistadas dos diferentes segmentos sócio-econômicos, o relato da dificuldade ao introduzir alimentos, pois os bebês “não aceitavam”, o que também pode ser interpretado como “não aceitação” da separação por parte da mãe, quando simboliza o ato de desmamar como a perda de domínio e da interrelação estabelecida entre os dois durante um período de seis meses com exclusividade:

“...muita gente dizia que eu ia ter problema com a nenen porque ela não vai querer outra coisa, mas eu disse que tinha leite bastante e vou dar o leite embora que eu quebre a cara mas na frente como eu estou tendo a maior dificuldade em ela comer outras coisas, mais o valor é imenso..” (E.7)

“...não, eu não tive problema...quer dizer, no começo eu chorava quando sabia que ela ia comer e não tinha mais o peito....” (E.11)

A informação fornecida por profissionais passa a ter um importante valor durante essa transição, principalmente quando há uma introdução gradativa de outros alimentos, preparando mãe e filho para uma nova etapa. Alguns autores (MARTINS FILHO, 1984; PERNETTA, 1988; GOLDEMBERG, 1988; MONTE, 1998) já descrevem a dificuldade vivenciada por algumas mulheres, reforçando a

necessidade de um melhor preparado durante esse período de transição. Observamos através do discurso das mulheres dos distintos segmentos sociais, que aquelas com maior informação, muitas vezes compreendiam com maior facilidade esse novo momento de adaptação do bebê, vivenciando momentos de tranquilidade:

“...no começo eu perdia muito tempo com isso, mas sabia que ia conseguir pela saúde dela....até que a gente viu uma entrevista em televisão de um médico que falava como dar a comidinha, que tivesse calma, insistisse e foi só isso mesmo, hoje ela come tudo...” (E.6)

Alguns autores (PERNETTA, 1988; BUSNEL, 1997; DIX, 1994) citam que quando o bebê passa a receber novos alimentos, demonstra um comportamento inicial considerado como “rejeição”, gerando muitas vezes um clima de ansiedade para a mãe que se sente culpada por esse momento de intranquilidade. Esse fato pode comprometer a decisão de amamentar um outro filho, por considerar que existem alternativas mais práticas para introduzir o alimento, especialmente antes do bebê completar os seis meses. As mulheres entrevistadas demonstraram essa insegurança:

“...não resta dúvida de que a amamentação foi importante pra ele, mas se eu tiver um outro filho acho que só dou uns 4 meses, pois ele brigava muito pra comer e eu me desesperava...o pediatra disse que é assim mesmo, mas eu até chorava quando ele não comia...só queria meu peito” (E.3)

“...quando o pediatra passou a sopinha, frutas, eu chorei muito

pois parece que eu ia perder o meu filho...mas sei não outro filho eu não queria que desse o mesmo trabalho, passava mais de uma hora pra dar comida a ele e ele não aceitava mamadeira....” (E.8)

As inquietações maternas nesse período de transição de alimentos, são amenizadas a partir do momento em que se buscam alternativas para aliviar as tensões, reforçando, fundamentalmente, uma avaliação do contexto familiar e individual da mulher, procurando trabalhar esse momento de separação. A adaptação da criança para a aceitação de novos alimentos também necessita ocorrer como um processo gradativo, pois estão envolvidos, além do vínculo estabelecido entre mãe e filho, a monotonia alimentar a que são submetidas.

6. REFLEXÕES E CONCEPÇÕES DAS MULHERES QUE NÃO AMAMENTARAM

Ao realizarmos a análise dos grupos focais com mulheres que não conseguiram obter êxito em amamentar exclusivamente até os seis meses, pudemos observar algumas similaridades, ao lado de importantes diferenças em relação ao discurso das mulheres que amamentaram.

Neste tópico, procuramos sintetizar nossas reflexões acerca dos elementos principais que se evidenciaram neste contraste, ressaltando mais uma vez, que ao realizar este exercício, o fazemos dentro de certos limites sem perder de vista que nosso objeto é a percepção das mães que vivenciaram a amamentação.

Um primeiro aspecto a ser comentado é o ciúme demonstrado pelos pais relatada pelas mulheres participantes dos grupos focais, bem como também mencionado pelas

mulheres entrevistadas dos dois segmentos sócio-econômicos, nos levando a perceber o forte impacto que é vivenciado por alguns homens que não se adaptam ao nascimento do filho. Isso acarreta um sentimento de intranquilidade na mãe que passa a absorver também mais uma função- a de amamentar:

“..ele é muito ciumento, disse que eu não ligo mais pra ele depois que a menina nasceu, mas eu só posso cuidar dela, ela depende muito de mim ainda e ele não entende. O pior é que ele nem fala mais comigo” (Fo2)

“...eu não tive apoio de ninguém não ao contrário, meu marido dizia que isso era besteira, porque a menina chorava com fome, aí eu ficava calada e não comentava não, mas ele tem que entender que eu tô procurando fazer o bem pra filha dele também” (Fo2)

“...eu passei assim um período terrível com meu esposo, ele com ciúmes da criança, se ele chegasse em casa e eu tivesse amamentando, da porta do quarto ele voltava, ele passou assim uns três meses, ele só falava comigo, oi bom dia e boa tarde, era horrível” (Fo1)

Fo1 (Grupo focal 1. Mulheres do estrato social mais elevado); Fo2 (Grupo focal 2. Mulheres do estrato social mais baixo)

“....a participação do meu foi zero....dizia que o bebê tinha que ficar

com a mãe porque a mãe é que tinha cuidado, podia dar de mamar, depois de crescer é que o pai participa mais....”(Fo1)

Entretanto alguns homens tornam-se participativos ou mantêm-se neutros no processo, fornecendo à mulher apoio necessário que certamente a tranquiliza e torna o companheiro como partícipe da nova vida do casal:

“...o meu marido não incentivou muito, mas teve uma época já que quando o menino começava a chorar, ele dizia: bota no peito.” (Fo1)

“..com relação a meu companheiro ele nem contribuiu muito mas também não atrapalhou, me deixou a vontade...às vezes ele chegava em casa e eu tava chorando dando leite e ele perguntava o que tinha acontecido e eu dizia que tava doendo demais mas ele também não contribuiu muito não, ficou neutro” (Fo1)

“...o meu sempre me ajudou quando, às vezes, acontecia de tá muito cansada e a nenen acordava e queria mamar ele vinha e trazia a nenen e sempre me apoiou, não tenho nada a reclamar, ele foi ótimo”.(Fo1)

.....eu tive foi o apoio do meu marido, a esse sim eu digo foi por causa dele foi que eu devo ter hoje o reconhecimento que ele

me ajudou a dar de mamar aos meus três filhos” (Fo2)

Nessa situação particular, a adaptação do companheiro deve merecer destaque especial quando há uma abordagem sobre os cuidados com o bebê e divisão das tarefas entre o casal, para tornar a relação mais participativa e agradável. Os depoimentos das mulheres entrevistadas, como também das participantes dos grupos focais, vem confirmar os achados em estudos realizados por WALETZELY (1979); JORDAN & WALL (1990) e GIUGLIANI (1994) onde os pais percebem a importância do leite materno, mas demonstram um sentimento de inadequação, sentindo-se, muitas vezes, separados dos cuidados com a mãe e o bebê, especialmente no período pós-parto. Esses pais poderiam ter uma postura negativa de suporte para as suas companheiras, desencorajando-as a iniciar ou continuar a lactação.

Outro aspecto que também emergiu nos grupos focais foi o papel desempenhado pelas avós. Pudemos constatar através das falas que, de modo similar às mães que amamentaram exclusivamente, o papel das avós é fundamental no processo de amamentação. Certamente essa geração de avós sofreu todo o impacto negativo produzido pela forte influência exercida através das propagandas que estimulavam o uso de fórmulas infantis, especialmente nos anos 60 a 70 (MARTINS FILHO, 1984; REA & CUKIER, 1984; GOLDEMBERG, 1988):

“...minha sogra chegava e dizia: dá logo o leite porque ela dorme tranquila e você descansa a noite...a minha mãe sabia que eu estava direcionada e ela ficou com medo porque eu usei antibiótico, se não

fazia mal...a minha sogra queria que a menina crescesse obesa porque na casa dela ninguém mamou e a família é tudo de obesos...” (Fo1)

“...a minha sogra ela queria que eu desse outros leites e a minha mãe, embora nutricionista, se bem que ela já tá aposentada, ela me questionava perguntando se meu leite não era fraco e eu dizia que não, o que isso não existe...” (Fo1)

“...minha mãe, ela participou bem ela sempre me mostrava as experiências dela amamentando, agora a sogra queria que eu introduzisse o leite...” (Fo2)

“...minha sogra e minhas cunhadas diziam: menino é diferente, menino exige mais da mãe, você não vai aguentar duvido muito...elas insistiram muito pra eu dar alimento dizendo que eu ia matar o menino de sede, aí eu disse que deixasse comigo que eu ia ver...” (Fo2)

Ao analisarmos as falas dessas mulheres participantes dos grupos focais, pudemos observar que há uma forte influência, no sentido de um desestímulo à amamentação, principalmente das sogras (avó paterna), fato que nos chamou a atenção, por se reiterar nos discursos da maioria das mulheres participantes dos dois grupos focais, assim como na fala de alguma mulheres que amamentaram exclusivamente. Acreditamos ser necessária uma análise mais detalhada sobre os motivos pelos quais essas avós têm adotado uma postura contrária à

amamentação.

Verificamos que a indicação de fórmulas infantis também é adotada, com frequência pelos profissionais de saúde, que diante dos problemas enfrentados pelas mães, buscam encontrar uma alternativa avaliada como de maior praticidade. Conforme já aqui

citado, ao longo do século XVIII, os profissionais referiam a utilização de práticas “modernas” para alimentar as crianças, estimulando a introdução de alimentação artificial (BADINTER, 1985; PALMER, 1988; GOLDEMBERG, 1989; VENÂNCIO, 1997; ALMEIDA, 1999). Através do discurso das mulheres participantes nos grupos focais, observamos que essa estratégia é muito utilizada ainda nos dias de hoje:

“...eu recebi orientação no pré-natal e quando ela nasceu eu recebi mais ainda e a pediatra disse que se eu não desse a mama, desse apenas o Nan 1 que era parecido com o leite do peito” (Fo2)

“....o pediatra é colega e quando eu referia que talvez entrasse logo com leite, ele disse: não, é melhor ser só o leite materno, mas como você é profissional e a gente sabe que é difícil, às vezes eu como pediatra prescrevo o leite artificial mais por ansiedade da mãe do que por mim mesmo, porque se a gente não prescrever o leite, ela vai dar sozinha, ele referia isso, aí eu dei.....” (Fo1)

O maior contato da mulher para orientá-la sobre a alimentação do seu filho é com

o pediatra, profissional que, na maioria das vezes, prescreve a fórmula infantil precocemente (MULLER, 1974; IBFAN, 1998; REA, 1988). No entanto, muitas das mulheres participantes dos grupos focais e das entrevistas, referem também a necessidade de orientação prévia durante o pré-natal, o que vem a reforçar a importância das informações recebidas durante a gravidez:

“Orientação com relação a meu médico não foi nenhuma, talvez ele achando que eu fosse profissional...mas dele, tanto de amamentação como se portar durante o trabalho de parto não teve nenhuma” (Fo1)

“...eu tive uma maior orientação do pediatra, o obstetra ele só fez perguntar se eu ia amamentar aí ele disse que eu era enfermeira e não precisava falar sobre isso....eu acho que sim, é importante você ouvir as pessoas dizer, falar, dizer como fazer, eu gostei muito dos cuidados que o pediatra teve em orientar a alimentação...” (Fo1)

“...o meu obstetra também não me orientou em relação à amamentação....eu não achei bom pois a gente quer se sentir como paciente e ter o direito de paciente, de ser orientado e tudo....” (Fo2)

“...na minha opinião eu acho que pra incentivar as mães pra amamentar eu acho que deveria ter assim, os médicos do pré-natal se juntar, porque existem muitos médicos novatos que tá entrando agora e não liga pra incentivar as mães” (Fo2)

Os inúmeros trabalhos que abordam as causas de desmame precoce (KAPLOWITZ & OLSON, 1983; MARTINS FILHO, 1984; REA, 1988), apontam a influência dos profissionais de saúde quando introduzem precocemente alimentos complementares, bem como reforçam o impacto positivo quando esses assumem uma postura de incentivo, apoio e compreensão.

No discurso destas mulheres e das que amamentaram exclusivamente, há relatos da contribuição que muitos profissionais oferecem para a continuidade da amamentação, quando

se dispõem a ajudar e incentivar a oferta de leite materno, mesmo diante das dificuldades:

“ o pediatra sempre me deixou à vontade, ele viu que eu tinha um grande esforço na amamentação...agora quem mais se esforçava para eu continuar a amamentação era o neurologista, porque ele sabia da estimulação que isso poderia acontecer para ela” (Fo1)

“o obstetra me orientou mesmo sabendo que eu era profissional de saúde e fui aluna dele, mais em quase todas as consultas ele orientou, ensinou como se eu fosse paciente e eu achei ótimo” (Fo1)

“..no período do meu parto tinha uma cunhada que a dois meses tinha tido nenen então de início até eu pensei dar o leite dela e perguntei pro pediatra se eu precisasse, se ela poderia amamentar e ele disse que seria melhor procurar o banco de leite” (Fo1)

“..antes de eu tirar ele da mama pra vir trabalhar eu vim aqui, aí conversei com a enfermeira e ela disse que eu esquentasse o leite materno no banho-maria e dessa a ela...” (Fo2)

“...recebi ajuda só do pediatra, mais eu tentei amamentar, mas não deu certo.....” (Fo2)

A participação dos profissionais e serviços torna-se um elemento fundamental para a continuidade da amamentação, conforme observamos através do discurso das mulheres participantes dos grupos focais. Os problemas que ocorrem durante o período de

amamentação, como: dificuldades na pega e posicionamento, insegurança da mãe quanto a qualidade do leite produzido, patologias mamárias, crenças e mitos, conflitos familiares, dentre outros, podem ser perfeitamente contornados através do apoio irrestrito de todos os profissionais de saúde que convivem de perto com o binômio mãe e filho. Para que seja alcançado esse propósito, necessita-se credibilidade dos mesmos quanto à indicação do aleitamento de forma exclusiva, ética, profissionalismo e, principalmente, melhorar a relação humana para criar um clima de maior empatia e segurança na abordagem entre profissional, mulher e familiares.

Ao abordamos as dificuldades enfrentadas, verificamos que as mulheres com emprego desmamaram o bebê antes mesmo de completar quatro meses de vida, revelando-se ser este, um fator muito influente no processo de desmame. Esse tema também foi abordado nas entrevistas realizadas com mães que amamentaram exclusivamente, porém verificamos que essas últimas buscaram estratégias mais concretas para continuar a amamentação ou encontraram apoio efetivo por parte de seus empregadores. Algumas mulheres que não

amamentaram e participaram dos grupos focais, conhecem a alternativa de estocar o leite, porém sentem-se cansadas em fazê-lo, pois essa seria mais uma atividade em sua vida, já cheia de atribuições:

“..deixei de amamentar porque voltei a trabalhar com dois meses e eu desmamava e deixava na chuquinha na geladeira....aí deixei de dar porque ela exigia muito e eu já não tinha condição de desmamar a

noite toda...ela exigia mais leite e eu não tinha condição de dar” (Fo1)

“voltei a trabalhar com dois meses, então era muito difícil assim, porque ela mamava muito de noite, então três horas da manhã eu andando em casa porque tava caindo de sono pra poder conseguir desmamar e dava na colherinha, mas o pior era saber que tinha que acordar às 5:30 horas pra ir trabalhar...” (Fo1)

“...agora eu queria poder dar de mamar até dizer chega, mais eu não posso porque eu trabalho e eu preciso trabalhar, não dá pra fazer as duas coisas ao mesmo tempo...” (Fo2)

“...só tem um problema que eu trabalho, aí eu não posso dar de mamar direto, aí eu tenho que dar comida, mais se eu vivesse em casa eu ia amamentar ela até ela querer...” (Fo2)

Esse fato nos chamou a atenção, pois mulheres com as mesmas condições adversas que participaram das entrevistas, buscavam alternativas, mesmo tendo que enfrentar as situações de stress e falta de apoio de empregadores.

Nesse caso, as mulheres que não amamentaram, sentem a necessidade do apoio dos empregadores, tornando-se para estas, um fator importante no processo de continuidade da amamentação exclusiva:

“...eu acho que além da informação, o apoio é necessário pois iniciar o trabalho dois meses após o parto, isso dificulta muito a

amamentação que a gente tem que amamentar e deve amamentar durante seis meses, mas iniciar o trabalho aos dois meses fica difícil...não se tem apoio, como vamos fazer?”

(Fo1)

“...eu acho que é indiscutível essa questão de muitas mulheres terem que voltar a trabalhar antes e isso dificulta muito, então é uma questão a ser realmente trabalhada...” (Fo1)

“...não levar não dá não, é muito longe e eu pego dois ônibus e não tem condições não aí eu tenho que deixar ela em casa...ela facilitou um pouquinho o meu horário, disse que eu chegasse às seis e podia sair a uma e meia... na hora que eu chego em casa eu amamento...mais graças a Deus até agora não teve problema nenhum não, Deus tá tomando conta de meus filhos...”(Fo2)

Diante do que foi apresentado pelas mulheres participantes nos grupos focais, verificamos que há necessidade de articular os diferentes segmentos da sociedade para apoiar a mulher que trabalha, para que possa prolongar a amamentação e sentir-se protegida quanto ao emprego que lhe é oferecido.

Quanto ao tópico “sexualidade e corpo”, sentimos que o tema, apesar de ser considerado delicado para discussão em grupo, apresentou alguns fatos interessantes, tendo sido abordado com desenvoltura pelas mulheres que participaram dos grupos focais. Uma característica observada foi a dimensão simbólica dada ao corpo, similar ao apresentado pelas mães que amamentaram, considerado como de importância secundária à dedicação e

compromisso em oferecer o leite ao filho para vê-lo mais saudável, em detrimento da alteração corporal vivenciada:

“...peito cai um pouco, mas tem que cair mesmo, fica pesado. Mas a mãe devia pensar é na saúde do filho....se eu não gostar mais na frente, faço plástica, mas Deus me fez mulher pra ser mãe e cuidar do meu filho e isso é que importa...” (Fo1)

“O peito não cai não, a criança não vai comer o peito, ele vai tirar o líquido que tem dentro da gente e vai evitar doenças pro bebê, pra ele ter saúde, é uma criança que vai ter mais saúde...eu não tenho dor de cabeça com a criança que mama, eu tenho uma que mamou um ano e não tem nem uma dor na unha, nem gripe, ela não tem e Graças a Deus nunca tive problema de seio, nem câncer, nem caroço...eu não

me importo com peito bonito.” (Fo2)

Era observado no século XVI e XVII que as mulheres consideravam a amamentação como responsável pela espoliação do corpo e as tornavam velhas antes do tempo (LAWRENCE, 1985; BADINTER,1985 e PALMER, 1988). Hoje sabe-se que há uma grande valorização das mamas, considerada como um símbolo sexual, de prazer, ocorrendo a associação entre “mamas caídas e amamentação”. Interessante observar que algumas mulheres dos diferentes estratos sociais, participantes da entrevista como também dos grupos focais, consideram a lactação como fator importante para a valorização da beleza feminina e da sexualidade:

“...com relação ao desejo sexual a atração eu acho que aumentou tanto durante o período que eu ainda tava amamentando como até durante o período da gravidez....eu acho que tudo aumentou, meus peitos ficaram mais bonitos, então acho que fez foi despertar mais....”

“...em mim não atrapalhou nada não, ao contrário ele achava bom quando eu tinha bebê porque eu ficava gorda e ele ficava alegre e quando eu amamentava ele dizia que eu ficava com os peitões....porque homem gosta que a mulher tenha seios grandes e eu sempre quis peitos grandes também , é bonito...” (Fo2)

Através deste sintético exercício visando um contraste entre as mulheres que obtiveram êxito na amamentação, com aquelas que não alcançaram este resultado, concluímos, conforme já assinalado, que os dois subgrupos, apesar dos comportamentos opostos, no que se refere ao fenômeno aqui analisado, se aproximam e nos remetem a uma reflexão sobre a complexidade do processo de amamentar.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao realizarmos este trabalho, pudemos observar a complexidade do ato de amamentar, considerada por muitos como simples e possível de ser vivenciada por todas as mulheres, independentemente das circunstâncias em que se encontram, uma vez que é visualizado, preponderantemente, sob uma perspectiva biológica e naturalizante.

A maioria dos trabalhos apresentados na literatura aponta as causas e consequências do desmame precoce, demonstrando apenas a decisão final obtida, muitas vezes sem clarear os reais motivos que levaram as mães a não continuar oferecendo o leite materno como alimento exclusivo. Concordamos com SILVA (1997) quando enfatiza que a maioria dos estudos relativos a amamentação fornece uma visão fragmentada, e algumas vezes restritiva da realidade, distanciando do que representa ser, na verdade, o processo de amamentar.

Quando avaliamos os dados epidemiológicos aqui apresentados, reafirma-se a questão do desmame precoce como problema de saúde pública, ressaltando-se ainda, a multidimensionalidade do fenômeno, cuja solução não depende de um fator isolado tal como, muitas vezes, pressupõem as Instituições responsáveis pela formulação e implementação de intervenções.

Fica evidente a necessidade de se propor alternativas mais viáveis às mulheres lactantes, sendo necessário para tanto, além de esclarecimento sobre as vantagens que o leite materno proporciona, apoio social, familiar, político e institucional. Tornou-se claro para nós, que muitas estratégias até então utilizadas em nosso meio, visando estimular o aleitamento materno por um período mínimo de 4 a 6 meses, têm obtido um êxito limitado, tendo em vista a necessidade de se desenvolver estratégias que busquem não só motivar as mães, como

desenvolver um processo de construção de cidadania no campo da saúde que possa compactar em segmentos da sociedade.

Tivemos a oportunidade valiosa de ouvir o depoimento de 13 mulheres que conseguiram obter êxito com a amamentação, nos levando a refletir, essencialmente, na reavaliação e redefinição de nossas atitudes e estratégias que vem sendo adotadas para incentivar a prática do aleitamento materno exclusivo.

Ao analisarmos a fala das mulheres entrevistadas neste estudo, pudemos constatar que o sucesso da amamentação caracterizou-se, principalmente, pelo significado construído pelas mesmas durante toda a sua vida cotidiana, absorvendo e reinterpretando concepções pré-estabelecidas antes e durante a sua experiência em amamentar. Além disso, a sua motivação e percepção do processo de amamentar é construída através de experiências na família, pela capacidade da mulher em obter auto-confiança e, principalmente, forte determinação para amamentar, desencadeando a possibilidade em lactar, superando dessa forma, as diferentes adversidades que surgem como possíveis obstáculos para a amamentação.

Conforme vimos e a literatura ressalta, o processo de amamentar diz respeito às interações que precedem a experiência de amamentar, ainda na gravidez, quando a mulher passa a perceber um novo significado de transformação em sua vida (MARCON, 1989; SILVA, 1997; NAKANO, 1996). Com efeito, ocorrem modificações profundas ao longo da gravidez, mas ao analisarmos as falas das mulheres entrevistadas neste estudos, pudemos observar que há concepções anteriores advindas do contato com informações, por meio de experiências positivas de outras mulheres com o ato de amamentar, estimulado-as a “tentar” alcançar o objetivo de amamentar. Dessa forma, fica evidenciado que a gravidez, provavelmente, sedimenta um processo que se inicia num período bastante precoce da

socialização das mulheres. Portanto, a decisão de amamentar pode ser entendida como resultante de uma complexa rede de determinantes objetivos e subjetivos, não devendo, assim, ser reduzida a fatores isolados. Assim, a motivação e o desenvolvimento de estratégias educativas e participativas junto às crianças e adolescentes, são aspectos decisivos para o sucesso de iniciativas de intervenção frente às futuras mães.

Amamentar envolve também, a articulação de inúmeros elementos que podem contribuir para superar as dificuldades vivenciadas pelas mães, dentre elas, o apoio de familiares e profissionais de saúde.

Ao abordamos o tema família com as mulheres entrevistadas, vimos que a figura do pai e das avós têm uma forte predominância no discurso, quando ao interagir com um novo elemento fazendo parte da família, o pai, em especial, apresenta diferentes comportamentos nos cuidados dispensados ao filho.

Nosso estudo ratifica o que descreve WALETZKY (1979) e JORDAN (1990), ao apontar que alguns homens demonstram ciúmes do filho, possivelmente por sentirem-se deslocados dentro do novo contexto familiar. Há uma clara verbalização de diferentes atitudes referentes ao ciúme no discurso das entrevistadas, demonstrando que, ainda hoje, centraliza-se a atenção aos cuidados com a mãe e bebê, deslocando o pai do processo. A partir da compreensão de que amamentação envolve diferentes papéis e atores, refletimos sobre o incentivo que os serviços de saúde têm proporcionado aos pais, no que tange à sua participação nos cuidados dispensados à companheira nos diferentes momentos da gravidez, parto e puerpério.

Aliado ao fato de considerarmos o companheiro como partícipe do processo de amamentação, devemos estar atentos a um novo grupo crescente de mulheres que não vivem

com seu parceiro e considerar que o apoio não deve, necessariamente, surgir de um único membro da família. Quanto a esse tema, pudemos verificar que algumas mulheres que não vivem com o companheiro sentem, inicialmente, uma certa tristeza, descrita verbalmente ou através do choro enquanto relatam a vivência durante a amamentação, mas buscam ancorar a família como suporte para superar as dificuldades encontradas.

Com relação à participação das avós, avaliamos como tendo um papel fundamental para a ajuda nos cuidados com o bebês, seja influenciando, positivamente ou negativamente, no processo de amamentação. Ao analisarmos os resultados desse estudo, pudemos resgatar o que a literatura relata como forte componente de interferência na amamentação nos dias de hoje, ou seja, a influência negativa exercida pela propaganda das indústrias de alimentos infantis, especialmente nas décadas de 60 e 70 no Brasil. Se focalizarmos o marketing desenvolvido nessa época, podemos considerar que estamos diante de uma geração de avós que sofreu uma forte influência de conceitos errôneos que, certamente, nos dias de hoje, são repassados a essa nova geração de jovens mães. Aliado a esse fator, as avós têm sido excluídas das sessões educativas realizadas nos serviços de saúde e consideradas como *fortes inimigas* tendo em vista os conceitos que explicitam, fortalecendo assim, a duplicidade de informações e percepções pré-concebidas erroneamente sobre a amamentação. Vale aqui ressaltar que durante a fala das mulheres entrevistadas e participantes dos grupos focais, foi diversas vezes verbalizada a influência negativa exercida pelas avós paternas (sogra), o que nos leva a questionar sobre os motivos que as levam a agir dessa forma, sendo necessário estudos no sentido de resgatar essa tema com maior profundidade.

Percebe-se, nitidamente, que as avós que obtiveram sucesso na amamentação reforçam o apoio às filhas, facilitando a adaptação e compreensão do ato de amamentar.

Outro aspecto a ser realçado através da representação das mulheres quanto a decidir amamentar, refere-se à participação dos profissionais de saúde, seja apoiando ou não, a continuidade da amamentação. Interessante observar que ao analisarmos a participação dos profissionais, torna-se enfática a atuação do pediatra como o maior intermediador entre a prescrição do aleitamento de forma exclusiva ou artificial. A forte influência do modelo higienista adotado no Brasil desde o século XVIII forneceu ao médico um padrão de autoridade e superioridade, não tendo sido possível contra-argumentações sobre a prática adotada àquela época. Aliado a esse fato, houve uma forte penetração da indústria de alimentos no mercado, que promovia os seus produtos através dos profissionais de saúde, estimulando a concepção de que a fórmula artificial passaria a resolver grande parte dos problemas alimentares da época, bem como facilitaria a vida das mulheres. Sabemos que essa prática vem sendo limitada por ações de promoção e proteção da comercialização de produtos infantis, mas muitos profissionais ainda utilizam a prática de introdução precoce de fórmulas ficando claro que a prescrição do alimento é atribuição inerente ao pediatra. No entanto, pudemos observar no discurso das mulheres que amamentaram, que estas buscam orientações dos profissionais, mas ao mesmo tempo tomam suas próprias decisões, passando a agir conforme suas necessidades e percepções.

Os profissionais de saúde que pretendam apoiar o programa de incentivo a amamentação, deverão compreender que o aleitamento materno sofre inúmeras influências, e que o conhecimento técnico para o processo de lactação e orientação alimentar para o

desmame, por si só, não satisfaz às necessidades da população que procura os serviços públicos de saúde. Há de se considerar a importância da relação entre o profissional e a população, no sentido de propiciar a compreensão das dificuldades, expressas ou ocultas, de uma clientela, na maioria das vezes, despojada dos direitos de cidadania.

Vale aqui ressaltar que, tanto os profissionais quanto a população, são elementos ativos de mudanças no setor saúde e que, para que estas transformações ocorram, torna-se necessário, paralelamente ao processo de capacitação desses profissionais e a relação dinâmica e harmoniosa entre profissional e clientela, o empenho de todos na reorganização dos serviços e na redefinição de seu papel face às necessidades concretas da mulher, da criança e família.

Acreditamos que cabe ao Estado e à sociedade, assegurar à mulher, condições indispensáveis para que o objetivo de prolongar o aleitamento materno por um período mínimo de seis meses, se concretize: segurança e apoio no emprego durante a gravidez e no pós-parto; instalação de creches e de locais de aleitamento no trabalho; remuneração e desmistificação da separação de papéis sociais homem e mulher no contexto familiar, o que implica uma dupla jornada exercida pela mulher trabalhadora.

É importante reforçar que o papel desempenhado pelos pais e avós torna-se necessário junto ao processo, sendo fundamental que os serviços de pré-natal e pós-parto possam envolvê-los, incentivando-os e valorizando-os quanto a sua participação e colaboração no apoio à mulher, para o estabelecimento do aleitamento materno.

Conforme as considerações anteriormente expostas, sentimo-nos inclinados a apresentar algumas proposições no sentido de aperfeiçoar a prática institucional e dos profissionais, voltadas para o problema do desmame precoce em nosso meio. Dentre as

medidas que nos ocorrem no processo de reflexão e construção do trabalho ora apresentado, julgamos oportuno assinalar:

- Promover ações educativas em escolas, abordando o tema aleitamento materno;
- Desenvolver iniciativas educacionais que objetivem aumentar na mulher o interesse em amamentar e a compreensão da importância do aleitamento materno;
- Realizar discussões sobre amamentação com os adolescentes;
- Incentivar a participação dos pais nas consultas pré-natais e puerpério;
- Estimular a participação das avós nas consultas;
- Desenvolver a formação de grupos de apoio com avós, para estimular a amamentação;
- Promover condições que possibilitem às mulheres trabalhadoras, ampliar o tempo de amamentação e obter direito de creches no local de trabalho;
- Orientar, capacitar e habilitar os profissionais de saúde para apoiar as mulheres para que possam amamentar plenamente
- Desenvolver em Instituições de saúde que trabalham com a mulher e criança, medidas e propostas de estímulo ao aleitamento materno, tais como a iniciativa hospital amigo da criança, maternidade segura, grupos de apoio, cursos de treinamento em aconselhamento em amamentação, dentre outros.

Esperamos que este estudo possa colaborar na compreensão de que, sendo a amamentação uma tarefa das mulheres, deve ser compartilhada com homens, profissionais de saúde e todos aqueles que, de algum modo, se mostram sensíveis à importância desta prática e a entendam como um processo não instintivo, que necessita, principalmente, de apoio e orientação para que possa desenvolver-se plenamente.

Consideramos essencial que o profissional de saúde entenda o seu papel como esclarecedor, conscientizador e motivador, mas coadjuvante, já que **a decisão de amamentar será sempre da mãe.**

No nosso trabalho há algo de balisador: a esperança, o sonho de que a amamentação seja cada vez mais a opção natural de quem dá à luz a um novo ser humano. E, vivenciando esse momento expectativa quanto ao nosso trabalho em prol da amamentação, procuramos refletir o que foi descrito por Gedeão: *“Eles não sabem que o sonho é uma constante da vida, tão concreta e definida como outra coisa qualquer. Eles não sabem nem sonham que o sonho comanda a vida, que sempre que o homem sonha, o mundo pula e avança como bola colorida entre as mãos de uma criança”*.

Que o futuro recompense nossos sonhos de hoje. E que o nosso trabalho faça o mundo avançar com a alegria de um sonho pela vida.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, J. A . G. **Amamentação: um híbrido natureza-cultura**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- APLLE, R.D. **Mothers and medicine**. Wisconsin: The University of Wisconsin Press, 1987.
- ARANTES, C.I.S. **O fenômeno da amamentação: uma proposta compreensiva**. Ribeirão Preto, 1991. 86p. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- ARAÚJO, L. D. S. **Querer/poder amamentar: uma questão de representação?**. Londrina: UEL, 1997.
- ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1981.
- BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. 8 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BARNES, L. A . History of infant feeding practices. **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 46, p.168-70, 1987.
- BARRIGA, P., VIZCAINO, G. **Cambio de comportamiento en salud: técnicas de investigación cualitativa**. Equador: Apolo, 1996.
- BARROS, F.C. et al. Use of pacifiers is associated with decreased breast feeding duration. **Pediatrics**, v.95, n.4, p. 497-499, 1995.
- BITTENCOURT, S. A . et al. Crescimento, diarreia e aleitamento materno: o caso da vila do João. **Cadernos de Saúde Pública**, v.9, n.1, p.07-13, 1993. Suplemento.

- BOSI, M.L.M. Cidadania, participação popular e saúde: com a palavra, os usuários da Rede Pública de serviços. **Cad. Saúde Pública**, v.12, n.2, p. 355-365, 1998.
- BOSI, M.L.M. **A face oculta da nutrição: ciência e ideologia**. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1988. 220 p.
- BOWLBY, J. **Apego**. In: **O vínculo da criança com a mãe: comportamento de apego**. Martins Fontes, 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno**. Brasília, 1991.
- BRASIL. Ministério da Saúde.. **Promoção do aleitamento materno: texto básico para apoio ao ensino do aleitamento materno nas escolas de saúde**. Brasília, 1995.8 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Recomendações técnicas para o funcionamento de bancos de leite humano**. Brasília, 1998. 48 p.
- BRETAS, A .J.F. **Dissertação Inaugural Sobre a Utilização do Aleitamento Maternal e os Inconvenientes que Resultarão do Desprezo Deste Dever**, 1838. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina.
- BUDIN, P.C. **La Nourrosion**. Paris: Octave Doin, 1900.
- BUSNEL, M.C (Org.). **A linguagem dos bebês: sabemos escutá-los?**. São Paulo: Escuta, 1997. 371 p.

- CAMPERO, L et al. "Alone, I wouldn't have known what to do": a qualitative study on social support during labor and delivery in Mexico. **Social Science & Medicine**, v. 47, n.3, p. 395-403, Aug. 1998.
- CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado. **II Pesquisa de Saúde Materno Infantil no Ceará – PESMIC 2**: comparação de dois estudos de abrangência estadual 1987/1990. Fortaleza, 1990.
- CESAR, J.A . **Epidemiologia das hospitalizações por pneumonia no período pós-natal em Pelotas, RS**. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas, 1995.
- CORADINI, O.L., FREDERIQ, A . **Agricultura, cooperativas e multinacionais**. Rio de Janeiro: Zahar , 1981.184 p.
- COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. 2. ed., Rio de Janeiro: Graal, 1983.
- CUNNINGHAM, A.S. Breastfeeding and morbidity in industrialized countries: na update. In: Jellife, D.B, Jelliffe E.F.P. **Advances in international maternal and child health**. New York: Oxford University Press, 1981. p.128-68
- DESLANDES, S.F, OLIVEIRA NETO, C.O, GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.
- DIX, D.N. Why women decide not to breastfeed. **Birth**, v. 18, n. 4, p. 222-225, 1994.
- ESTERIK, P. V. Breastfeeding and feminism. **International Journal of gynecology & obstetrics**, v.47, p. 41-54, 1994. Supplement.

- ESTERIK, P.V. **Mulher, trabalho e amamentação**. Canadá: York University, 1990.
- FRANCO, F.M. Tratado de educação physica dos meninos para o uso da nação portuguesa. Lisboa: Real Academia de Ciências, 1790 apud VENÂNCIO, R.P. Maternidade negada. In: PRIORI, M.D. **História das mulheres no Brasil**. 2 ed. São Paulo: Contexto, 1997
- FREED, G.L, FRALEY, J.K, SCHANLER, R,J. Attitudes of expectant fathers regarding breast feeding. **Pediatrics**, v.90, n.2, p.224-227, 1992.
- FREED, G.L. Accuracy of expectant mother's predictions of fathers'attitudes regarding breast feeding. **The Journal of family practice**, v. 37, n. 2, p. 142-148, 1993.
- FREDERICQ, A.. A “Babá” dos brasileiros: uma multinacional no setor leiteiro. In: CORADINI, O.L., FREDERIQ, A . **Agricultura, cooperativas e multinacionais**. Rio de Janeiro: Zahar, 1981, 184 p.
- GIUGLIANI, E.R.J.; VICTORA, C.G. **Normas alimentares para crianças brasileiras menores de dois anos (bases científicas)**.Washington:OPAS, 1997
- GIUGLIANI, E.R.J. et al. Are fathers prepared to encourage their partners to breast feed? A study about fathers'knowledge of breast feeding. **Acta Paediatr.**, v. 83, p. 1127-1131, 1994.
- GOLDEMBERG, P. **Repensando a desnutrição como questão social**. Campinas: UNICAMP, 1988.

- GRAFFY, J. Mothers' attitudes to and experience of breast feeding: a primary care study. **British Journal of General Practice**, v. 42, p. 61-64, 1992.
- GRIECO, S. F. M. Breastfeeding, wet nursing and infant mortality in Europe (1400-1800). In: UNICEF. **Historical perspectives on breastfeeding**. Florence, 1991 .p.15-25
- IBFAN. **Defenda a amamentação**: conheça a norma brasileira de comercialização de alimentos para lactentes. 2 ed. Recife: Comunicarte, 1993. 17p.
- IBFAN. **Violando las reglas 1991**: cartilla publicada sobre el Estado del código por compañía 1991. Montivideo: Prontográfica, 1991
- IBFAN. **Violando las reglas, eludiendo las reglas 1998**. Penang, 1998.
- HAGUETTE, T.M.F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 4.ed. Petrópolis: Vozes, 1995.
- HALLY, M et al. **Factors influencing the feeding of first-born infants**.Acta Paediatr Scand, v. 73, p. 33-39, 1984.
- INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (Brasil). **O aleitamento materno e o município**. Coronário: Gráfica, 1995.
- JELLIFFE, D.B., JELLIFFE, E.F.P. **Human Milk in the Modern World**. Oxford: Oxford University Press, 1979.
- JORDAN, P.L., WALL, V.R. **Breastfeeding and fathers: illuminating the darker side**. Birth, v. 17, n.4, p. 210-213, 1990.
- JORDAN, P.L., WALL, V.R.. Supporting the father when na infant is breastfed. **J.Hum.Lact** , v.9, n.1, p. 31-34, 1993.

- KAHRBEK; D.V.F. Os primeiros anos e a aprendizagem. **Psico**, v. 24, n.1, p. 25-34, 1993.
- KAPLOWITZ, D.D, OLSON, C.M. The effect of na education program on the decision to breastfeed. **Journal of nutrition education**, v. 15, n. 2, p.61-65, 1983
- KING, F.S. **Como ajudar as mães a amamentar**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 1994.
- LARES, B. et al. The cultural context of breast-feeding: perspectives on the recent decline in breast-feeding in Northeast and Northcentral. In: GUERRANT, R., SOUZA, M.A ., NATIONS, M.K. **At the edge of development**: Carolina Academic Press, 1996, p.335-362.
- LAWRENCE, R. A. **Breastfeeding:a guide for the medical profession**. 4. ed. St. Louis: Mosby, 1994.
- LEITE, A .J.M. **Mortalidade perinatal e aspectos da qualidade da atenção à saúde no município de Fortaleza, 1995**. São Paulo, 1996. 116 p. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia)- Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, 1996.
- LEITE, A.J.M. et al. Impact on breastfeeding pratices promoted by lay counselors: a randomized and controlled clinical trial. In: FEINSTEIN, A .R., VANDENBROUKE, J.P. **Abstracts of the Inclen 15 th global meeting of International Clinical Epidemiology Network**. Querétaro, Mexico. v. 51, p. 10S, 1998. Supplement.

- LUCAS, V., COLE, T.J. Breast milk and neonatal necrotising enterocolitis. **Lancet**, v.336, p. 1519-1523, 1990.
- MALDONADO, T.M, DICKSTEIN, J., NAHAOUM, J.C. **Nós estamos grávidos**. 8 ed. São Paulo: Saraiva, 1997.
- MARTINS FILHO, J. **Como e por que amamentar**. São Paulo: Sarvier Editora, 1984.
- McAULIFFE, J., LIMA, L.C., GRANJEIRO, G.P. **III Pesquisa de saúde materno infantil do Ceará/1994-PESMIC 3**. Fortaleza: SESA, 1995. 61 p.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4. ed. São Paulo: HUCITEC, 1996.
- MINAYO, M.C.S. **Os muitos Brasis-saúde e população na década de 80**. São Paulo: HUCITEC, 1995.
- MONTEIRO, C. A . **Saúde e nutrição das crianças de São Paulo**. São Paulo, EDUSP, 1988.
- MONTEIRO, C. A . **Velhos e novos males da saúde no Brasil**. São Paulo: HUCITEC, 1995. 359p.
- MONTE, CMG, SÁ, MLB. **Guias alimentares para as crianças de 6-23 meses no Nordeste do Brasil: da teoria à prática**. Fortaleza: The Bristish Council- Nordeste do Brasil, 1998.
- MOORE, J., JANSÁ, N. A survey of policies and practices in support of breastfeeding mothers in the workplace. **Birth**, v. 14 , n.4, p.191-195, 1993.
- MULLER, M.. **The baby killer: War on Want**. London, 1974.85p.

- NAKANO, A. M. S. **O aleitamento materno no cotidiano**. Ribeirão Preto, 1996. 162p. Tese (Doutorado Enfermagem em Saúde Pública)- Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1996.
- FILOSOFIA E FÉ. **O Povo**, Fortaleza, 1 nov. 1998. Dela's, p.6.
- PALMER, G. **The politics of breastfeeding**. England: Pandora Press, 1993.
- PEDROZO, T.B.L. Winnicott: uma teoria psicossomática. In: FILHO, J.D.M., SILVA, A .L.L. **Winnicott-24 anos depois**. Rio de Janeiro: Revinter, 1993. P.89-94.
- PERNETTA, C. **Alimentação da criança**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.
- PRIORE, M. D. **História das mulheres no Brasil**. 2.ed., São Paulo: Contexto, 1997.
- PRENTICE, A . Breast Feeding and the older infant. **Acta Paediatr Scand** , v.734, p.78-88, 1991. Supplement.
- RAMINELLI, R. Eva Tupinambá. In: PRIORE, M.D.; BASSANEZI, C. **História das mulheres no Brasil**. 2 ed. São Paulo: Contexto, 1997. p.11-44.
- RASSIN, D.K. et al. Acculturation and the initiation of breastfeeding. **J Clin Epidemiol**. v.47, n.7, p.739-746, 1994.
- REA, M.F., CUKIER, R. Razões de desmame e de introdução da mamadeira: uma abordagem alternativa para seu estudo. **Revista Saúde Pública**, v.22, n.3, p.184-191, 1988.

- REA, M.F et all. Possibilidades e limitações da amamentação entre mulheres trabalhadoras formais. **Revista de Saúde Pública**, v.31, n.2, p. 149-156, abr. 1997.
- RUSH, J., CHALMERS, I., ENKIN, M. **Care of the new mother and baby**. Oxford: University Press, 1989
- SEARS, W. **Becoming a father-how to nurture and enjoy your family**. 1987. (The Growing Family, Series, 266.)
- SENA, M. C. F. **Prevalência do aleitamento materno exclusivo no distrito federal e sua associação com o trabalho materno fora do lar**. Brasília. 1997, 141 p. Tese (Mestrado) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, 1997.
- SILVA, H.M.D.L. **O estudo do aleitamento materno a partir do olhar da mulher: a (des) mistificação da mãe biológica**. João Pessoa, 1990. 195p. Tese (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública, Universidade Federal da Paraíba, 1990.
- SILVA, I. A. **Amamentar: uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios**. São Paulo: Robe Editorial, 1997.
- SILVA, I. A. Reflexões sobre a prática do aleitamento materno. **Rev.Esc.Enf.USP**, v.30, n. 1, p.58-71, 1996.
- SIMÕES, C.C.S, MONTEIRO, C.A . Tendência secular e diferenças regionais da mortalidade infantil no Brasil. In: MONTEIRO, C.A (Org.). **Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças**. São Paulo: HUCITEC, 1995. p.153-56.

- SIQUEIRA, R. et al. Reflexões sobre as causas do desmame precoce observadas em dinâmicas de grupo de incentivo ao aleitamento materno. **Jornal de Pediatria** , v.67, n.1/2, p.42-50, 1991.
- SOUSA, L.S.D.F et al. Determinantes do êxito do aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, v.67, n.1/2, p.42-50, 1991
- SOUZA, M.A, LIMA, R.L.T.M. **AME: Aleitamento Materno Exclusivo**. Fortaleza:UFC, 1988.56p.
- SUSIN, L.R.O et al. Uma estratégia simples que aumenta os conhecimentos das mães em aleitamento materno e melhora as taxas de amamentação. **Jornal de Pediatria** , v..74, n..5, P.368-375, 1998.
- TRIVIÑOS, N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.
- TUDISCO, E. Alimentação no desmame em áreas periurbanas de quatro capitais brasileiras: resultados preliminares. **Jornal de Pediatria**, v.64, n.6, p.231-236, 1988.
- VANDIVER, T. A. Relationship of mothers' perceptions and behaviors to the duration of breastfeeding. **Psychological Reports**, v.80, p.1375-1384, 1997.
- MULHER: a grande mudança no Brasil. **Veja**, a .27, p.4-29, ago./set. 1994.
- WALETZKY, L. Husbands' problems with breastfeeding. **Amer. J. Orthopsychiatric**, v. 49, n.2, p. 349-353, 1979.
- WALKER, M. A fresh look at the risks of artificial infant feeding. **Journal Human Lactation**, v.9, n.2, p. 97-105, 1993.

WHO. **Evidence for the ten steps to successful breastfeeding.** Geneva, 1998

WINNICOTT, D.W. O relacionamento inicial entre uma mãe e seu bebê.

In: WINNICOTT, D.W. **A família e o desenvolvimento individual.**

São Paulo: Martins Fontes: 1993, p.21-28.

YAM, N.B.B., DARBY,L. Fathers and breastfeeding: a review of the literature. **J. Hum. Lact.**, v.13, n.1, p.45-50, 1997.

ZURAYK, H. C.; SHEDID, H. E. The trend away from breastfeeding in a developing country, a woman's perspective. *J. Trop. Pediatr*, v. 27, p.237- 44, 1981.

Anexo 1**1. Instrumento (entrevista)****Parte 1**

Nome:

Endereço:

Bairro:

Data do nascimento: ___/___/___ Estado civil: _____

Mora com quem:

Nº de filhos vivos:

Data de nascimento do último filho: ___/___/___ Ordem de nascimento: ___

Tempo de amamentação: _____

Renda familiar: _____ (salário-s) Escolaridade: _____

Trabalha fora: Sim () Não () Local de trabalho: _____

Fez pré-natal: Sim () Não () Onde: _____

Onde nasceu o bebê: _____ Local onde nasceu o bebê: _____

Data da entrevista: ___/___/___

Parte 2:

- Como foi está/sendo para você amamentar seu filho (dificuldades enfrentadas, motivação, apoio, etc)
- Até quando você pretende amamentar?

- Como você decidiu finalizar a amamentação?
- Em que momento/como se deu sua decisão em amamentar?
- Amamentaria de novo?
- Se você não pudesse amamentar, o que faria?

Anexo 2**2. Instrumento (grupo focal)****Parte 1**

Nome:

Endereço:

Bairro:

Data do nascimento: ___/___/___ Estado civil: _____

Mora com quem:

Nº de filhos vivos:

Data de nascimento do último filho: ___/___/___ Ordem de nascimento: ___

Tempo de amamentação: _____

Renda familiar: _____ (salário-s) Escolaridade: _____

Trabalha fora: Sim () Não () Local de trabalho: _____

Fez pré-natal: Sim () Não () Onde: _____

Onde nasceu o bebê: _____ Local onde nasceu o bebê: _____

Data da entrevista: ___/___/___

Parte 2:

- Como foi está/sendo para você amamentar seu filho (dificuldades enfrentadas, motivação, apoio, etc)
- Até quando você pretende amamentar?
- Como você decidiu finalizar a amamentação?
- Em que momento/como se deu sua decisão em amamentar ou parar?
- Amamentaria de novo?
- Se você não pudesse amamentar, o que faria?