UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGIA

DA NATUREZA, DA CULTURA E DA AMAMENTAÇÃO: UM ESTUDO DO CENTRO DE LACTAÇÃO DE SANTOS

Dissertação de Mestrado

Aluna: Ximena Pamela Claudia Díaz Bermúdez
Orientadora: Ellen Woortmann

Banca Examinadora:
Ellen Woortmann
Roque Barros Laráia
Luís Tarlei de Aragão

Brasília, 14 de abril de 1997

INDICE

Pag

Resumo

Agradecimentos

Maternidades

Introdução 1

Capítulo I: Do Cenário e da Importância do Aleitamento Materno 12

Capítulo II: Da Natureza, da Cultura e da Amamentação 49

Capítulo III: Na Rota da Construção do Centro de Lactação de Santos 83

Capítulo IV: A Cultura da Amamentação: O Olhar dos Profissionais de Saúde e as Usuárias do Centro de Resumo Lactação de Santos 120

Conclusão 175

Bibliografia 179

Anexo

Resumo

Esta dissertação é um estudo antropológico sobre a cultura da amamentação tendo como referência, as práticas e saberes que se realizam no contexto institucional do Centro de Lactação de Santos entre profissionais de saúde e usuários do mesmo. Utilizando a oposição das categorias de natureza e cultura, o trabalho aponta para as dimensões sociais e os aspectos simbólicos que subjazem à prática da amamentação, bem como os condicionamentos de gênero e outros implícitos na sua prática que a definem como uma construção social.

Summary

This dissertation is an anthropological analysis of a breastfeeding institutional culture settled in the Santos Breastfeeding Center, through the experience developeded by a group of health professionals as well as the women users of those services. Considering the nature/culture opposition, this essay looks out for the social dimension and symbolic matters hidden within breastfeeding perceptions and practices and analyzes subjacent gender conditions that seem to be closely linked to mothering and breastfeeding practices, supporting them as part of the social construction process.

Agradecimentos

Quando se conclui um trabalho de longa data, como este, são inúmeras as pessoas com as quais ficamos agradecidas. Começo pela minha orientadora, professora Ellen Woortmann, cuja contribuição e permanente receptividade, fizeram possivel avançar neste projeto. Durante a pesquisa de campo , agradeço especialmente a Keyko Teruya, pela sua acolhida e pelas horas dedicadas a mostrar-me seu trabalho no Centro de Lactação e abrir-me as portas do hospital. A Laís Bueno e ao Dr. Jayme Murahovschi, pelo seu tempo falando sobre a amamentação. A toda a equipe do Centro de Lactação de Santos, interlocutores deste estudo, pela sua valiosa cooperação como informantes. A todas as mulheres usuárias com quem tive a oportunidade de conversar sobre o tema e que me permitiram olhar um pouco de suas vidas. Sou muito grata também aos professores do Departamento de Antropologia da Universidade de Brasília, pelo aprendizado e por haver-me iniciado no fazeres da Antropologia no Brasil. Meu especial reconhecimento a Rosa Macedo e Sirlene Ferreira, funcionárias do nosso Departamento de Antropologia, pela colaboração permanente nas questões administrativas. Agradeço ainda, à Coordenação do Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior –CAPES, pela bolsa de estudos concedida para o desenvolvimento do curso de Mestrado. Aos amigos que estão sempre junto, especialmente, a Márcia que compartilhou a trajetória do meu trabalho, a Koffi, a Graça e a Analia. A Marina Rea e Tereza Toma, minhas colegas da Rede IBFAN, onde aprendi um novo olhar da amamentação. Ao amigo, professor Mourad Belaciano, pelo tempo cedido na fase final desta dissertação. Não poderia deixar de declarar o reconhecimento a meus pais, Roberto e Alejandra, que cedo me ensinaram a descobrir o outro e a compreender, vivendo-o, que nossa identidade se estende para além da geografia e das fronteiras de um país. Finalmente, dedico meu trabalho ao Julio, pelo seu apoio amoroso e ao Alejandro e Diego, nossos filhos, de quem roubei muito do nosso tempo juntos, buscando a conciliação do tempo da produção com o tempo da reprodução.

MATERNIDADES*

Alejandra Bermúdez

Todo el universo era campo de juego,
el mundo entero cabía en el jardín,
sol y lluvia eran cómplices
y los rincones sonaban a colibrí.

Cualquier charco era un lago,
el arroyo cercano era el mar,
en el patio, el árbol, un bosque,
un puño de arena , los desiertos del salar.

Hijos manantiales
hijos de los ensueños
con mi leche adolescente
calmé todas sus hambres
y me desgarraría una vez más
para parirlos de nuevo.

"Mamá, contános el cuento de la loba,
la que salía de paseo,
con su hijito lindo,
con su hijito feo".

* Fragmentos do poema *Maternidades*, escrito por minha mãe, na Nicaragua em julho de 1993.

INTRODUÇÃO

Esta dissertação é um estudo do aleitamento materno sob uma perspectiva antropológica, isto é, a análise dos símbolos e significados culturalmente atribuídos à prática da amamentação. Considerando que o campo da saúde é de alguma maneira semanticamente significativo, o discurso dos profissionais de saúde e das mulheres usuárias desses serviços, constituem o eixo que norteia a tese a partir do qual tento elucidar a cultura da amamentação.

A idéia de realizar este trabalho surgiu originalmente quando visitei o Centro de Lactação de Santos, num trabalho realizado junto ao Fundo de Nações Unidas para a Infância UNICEF e o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde –PNIAM/INAN/MS, entre 1992 e 1993.

O cotidiano e, ao mesmo tempo, o distante de minha prática no campo da saúde, me instigou a pensar o aleitamento materno como objeto de estudo da antropologia.

Durante esse período minhas atribuições no PNIAM me proporcionaram contato com os formuladores das políticas públicas sobre a amamentação, com os organismos internacionais que apoiam as estratégias de incentivo a essa prática, e com membros do movimento em defesa e promoção do aleitamento materno, constituído em sua maioria, por grupos de

mulheres que praticam a amamentação e que são membros do Fórum Nacional de Incentivo à Amamentação.[1]

Minhas primeiras observações com relação ao aleitamento materno me fizeram perceber que o aleitamento materno é principalmente analisado através dos paradigmas das ciências bio-médicas e suas afins, sustentadas na tradição cartesiana que suporta teoricamente o campo da saúde. Em sua grande maioria, a produção científica nacional bem como a realizada no exterior, se centra nos aspectos fisiológicos e anatômicos da lactação, nos compostos químicos do leite, no seu valor nutricional, na anatomia da mama e nos aspectos patológicos. Foi apenas nos últimos anos que outras áreas do conhecimento intervêm na compreensão da amamentação como um fenômeno mais global e ganha espaço a aplicação desses conhecimentos no fomento de sua prática. De tal forma que os aspectos psicológicos da amamentação para o binômio mãe-filho, o papel dos serviços de saúde na promoção do aleitamento materno, o impacto do *marketing* dos sucedâneos do leite materno no desmame precoce, os aspectos sociais e culturais que subjazem essa prática, a mobilização da sociedade em apoio ao aleitamento materno, os aspectos legais e jurídicos que implica a amamentação e o papel do ensino no resgate dessa prática, são referências importantes na produção científica do tema.

---

[1] Este fórum, criado no III Encontro Nacional de Aleitamento Materno realizado no Recife em 1993, teve suas origens no **Movimento de Incentivo Nacional à Amamentação**, -MINA, criado em 1986, pelos diversos grupos que desde inícios da década vinham atuando pelo Brasil afora. A cada dois anos este grupo se reúne num encontro nacional onde são discutidas as ações governamentais e não governamentais no campo do aleitamento materno bem como a divulgação de estudos, pesquisas e estratégias de ação. O último destes encontros foi realizado em Brasília, em novembro de 1995, coordenado por mi como responsável da Rede-IBFAN seção centro-oeste.

O início da década de noventa trouxe para o centro dos debates de governos, organismos internacionais e organizações não governamentais da área da saúde, a certeza da importância do aleitamento materno como principal fonte de alimentação dos bebês e, ao mesmo tempo, como eficaz forma de enfrentar a desnutrição infantil que mazela a maioria das crianças do mundo em desenvolvimento. Se bem houve esforços similares nas décadas de 70 e 80, é nestes últimos anos que as práticas do aleitamento materno, renovadas, passaram a incorporar-se definitivamente na agenda das políticas públicas em saúde[2], com a decisiva contribuição de várias organizações que trabalham na promoção do aleitamento materno, com o apoio da mídia e das técnicas de *marketing*, com a qualificação especializada de recursos humanos, principalmente dirigida aos profissionais de saúde, visando alcançar a meta Saúde para Todos no ano 2000, conclamada em 1978, pela Organização Mundial da Saúde na Declaração de Alma Ata.

Convencida de que a capacidade de criação do homem deve estar ao serviço do bem-estar da humanidade e do papel que a Antropologia pode cumprir na melhoria da qualidade de vida dos grupos sociais e de ser, por excelência, a ciência do estudo do homem, comecei a pensar como um olhar antropológico podia abordar um tema tradicionalmente vinculado as

[2] Em 1984, foi criado pelo Ministério da Saúde o chamado Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança -PAISC, que busca oferecer um atendimento integrado à criança, com prioridade para grupos de risco, visando a diminuição da morbi-mortalidade infantil. Em 1990, o Brasil participou da Reunião Mundial de Cúpula a Favor da Infância e foi signatário da Declaração Mundial sobre Sobrevivência, Proteção e Desenvolvimento da Criança. Como desdobramento destes compromissos, em 1992, a sociedade civil organizada e organismos de governo elaboraram o Pacto pela Infância, um programa de trabalho de cada um dos Estados da Federação para melhorar as condições de vida das crianças brasileiras. Em 1995, se implantou o projeto Redução da Mortalidade na Infância para crianças de 0 a 5 anos dentro das ações do Programa Comunidade Solidária, atuando em 913 municípios de todas as regiões do país que foram considerados de alto risco. Em todos estes programas o aleitamento materno ocupa um lugar destacado.

ciências da saúde e, de que forma, este poderia trazer novos elementos para a compreensão desse evento.

Por outro lado, a Antropologia como ciência da alteridade e onde o pesquisador "entra de peito" na história, tornando-se um nativo, através da obervação-participante, permite refletir com um certo grau de intimidade o seu objeto, sobretudo quando o pesquisador, como é meu caso, está de alguma maneira envolvido. Neste sentido, precisei fazer também um exercício de distanciamento do objeto ao refletir minha própria experiência na amamentação e minha vivência de mulher-mãe.

Pensar em aleitamento é pensar em maternidade. Venho de um país, venho de dois, onde cedo aprendi a brincar de ser mãe e a ver mulheres amamentando seus filhos. No Chile, a amamentação, embora não fosse pública, era costume entre algumas famílias. Porém, é na Guatemala, com sua marcada diversidade étnico-cultural, onde a figura de uma mulher indígena ou uma *ladina*[3], amamentando o filho na rua, era um acontecimento cotidiano. Irmã mais velha de quatro irmãos, não estranhei nunca o peito da minha mãe ser oferecido aos filhos. Num artigo dela sobre o significado da maternidade e da amamentação, minha mãe escreve "...minhas memórias sobre esses momentos são sem excepção de ternura, carinho e felicidade plena".[4]

Percebo que estas idéias não diferem muito do que se exprime do discurso de minhas informantes no Centro de Lactação de Santos nem das minhas próprias, de modo que

[3] Termo nativo utilizado para referi-se à população não indígena.
[4] Alejandra Bermúdez Mallol. *Breastfeeding: A Personal Experience*. Nicarágua, University of Mobile, 1994.

quando o tempo passou e a vida me surpreendeu mãe, não pensei em outra coisa a não ser reproduzir o que as gerações de mulheres da minha família haviam feito para alimentar seus bebês: amamentar. Contudo, lembro-me das dúvidas que me assaltaram sobre as reais vantagens do leite materno e das dificuldades para instalar o processo de amamentação: o choro inexplicável do bebê, as dores no seio e no útero resultado das contrações provocadas pela sucção, o sono e o abatimento que gera estar pendente o dia inteiro das necessidades do bebê.

Com a distância de doze anos do nascimento do meu primeiro filho, posso assegurar que amamentar não foi fácil para nenhum de nós. Sem dúvida, com meu segundo filho, também amamentado, nossa performance foi muito melhor, porém não me livrei tão cedo das dores nem de um período de restrições. A relação tempo /espaço no processo da reprodução, pelo menos no meu caso, giraram 360 graus, porque comecei pensar e classificar meu tempo e, em geral, todo o tempo da vida privada da família, em função das necessidades demandadas pelo cuidado das crianças. Foi um tempo que não observava nitidamente a oposição dia/noite, era uma espécie de *continuum*, sobretudo nos primeiros meses de vida do bebê. No entanto, no longo prazo a sensação que perdura é de satisfação, talvez até pela efêmera certeza de ter me sentido indispensável, simbolicamente atrelada a meus filhos através do meu leite.

A maternidade parece gerar uma idéia implícita de sofrimento, que se inicia com a própria fisiologia do nascimento, e é logo transferida a outras dimensões da reprodução social. Percebi no espaço da minha pesquisa que a amamentação é vista como um aspecto que

valoriza de forma positiva a maternidade. E o oposto também ocorre, entanto que as mulheres que não amamentam são associadas a uma categoria de maternidade incompleta. As dúvidas de amamentar ou não e, se amamentar, quando parar e como faze-lo sem remorso nem culpas, acompanha a trajetória de muitas mulheres que se tornam mães. A sociedade criou imagens que estão profundamente enraizadas sobre o que significa a maternidade que se iniciam na gestação, têm no parto seu momento culminante e continuam no processo de amamentação, estendendo-se por todo o ciclo reprodutivo da mulher.

Foi neste contexto que retomei meu envolvimento com o aleitamento materno a partir de uma perspectiva de objeto de estudo, onde tenho procurado construir por um lado, um campo de trabalho para a Antropologia e, por outro, uma atividade militante, ambas permeadas pelo olhar das relações de gênero. Como aponta Machado (1995), no seu estudo sobre campo intelectual e campo feminista, existem tensões entre os porta-vozes desses campos, cujo diálogo expressa confrontos entre os saberes disciplinares e o feminismo. Percebo tensões similares na reflexão do aleitamento materno através da convergência de olhares da Antropologia e o feminismo, porque ele é pensado ora como um elemento que acentua a subordinação feminina, ora como apropriação do corpo feminino pela mulher num sinal de independência.

Uma leitura antropológica da cultura da amamentação faz pensar a categoria mulher em várias dimensões: o evento da maternidade, as relações de gênero, a sexualidade, o corpo, a dicotomia reprodução biológica/ social e as relações natureza/ cultura. Partindo deste ponto de vista, a amamentação e suas diversas formas culturais permitem contextualizar

sociologicamente um atributo biológico -eminentemente feminino- inserido num conjunto de valores, práticas, espaços, tempos e códigos articulados numa rede de significados que conformam a cultura, na sua perspectiva interpretativista, que no dizer de Geertz (1978:81), constitui "um sistema ordenado de significados e símbolos ...nos termos dos quais os indivíduos definem seu mundo, expressam seus sentimentos e fazem seus julgamentos."

Como muitos outros fenômenos de caráter fisiológico, o aleitamento materno não é apenas um evento natural, faz parte de um sistema de concepções e práticas sociais. Assim como o nascimento, a morte, as funções excretoras do organismo, o intercurso sexual, a menarca, a menstruação, a gravidez e a menopausa, o aleitamento materno não pode ser pensado somente na sua dimensão fisiológica, pois sua realização envolve pelo menos a interação de dois sujeitos: a mãe e o bebê. Em conseqüência, a prática da amamentação, como tento demonstrar neste estudo, é fundamentalmente uma construção social.

No contexto das idéias de tratadas por Mary Douglas no seu *Pureza e Perigo* (1976), posso pensar o aleitamento materno na gama das categorias puro/impuro que têm como função social, segundo esta autora, formas de ordenação do mundo. Paralelamente, se a mulher é um ator fundamental no processo da lactação, a situação de gênero e a identidade feminina se revelam elementos presentes, porém nem sempre assim percebido. Historicamente o aleitamento materno não tem sido uma reivindicação do feminismo. A prática da amamentação lhe valeu a suspeita de que esta reforça o modelo de assimetria de gênero, mantendo a mulher cativa ao mundo privado da vida doméstica, onde ela está simbolicamente inserida. Por outro lado, o movimento social a favor da amamentação não

reivindica, como um todo, os direitos da mulher estendidos a outros planos e, nessa omissão, acaba fortalecendo o modelo da invisibilidade da reprodução social. Foi, porém, necessário algum tempo para ver as coisas por um outro prisma e reconhecer processos mutantes que dão lugar a novas concepções. Desse modo, o aleitamento materno pode ser reconhecido pelo feminismo como uma opção da mulher, especificamente, na ótica dos direitos reprodutivos.

Considerei importante trazer ao texto, referência ao trabalho da pintora mexicana Frida Kahlo, cuja obra esteve marcada pelo sofrimento do seu próprio corpo. A tela *Mi Nana y Yo*, de 1937, que ilustra a capa desta dissertação, é expressão do simbolismo que caracterizou toda sua pintura e da complexidade que pode envolver a prática da amamentação. Frida Kahlo sofreu vários abortos decorrentes das 35 cirurgias a que foi submetida ao longo de sua vida devido a um acidente sofrido quando jovem. Esse episódio selou definitivamente sua vida e sua obra, onde impregnou seus anseios pela maternidade e a concepção. Desse modo os seios, o corpo e a beleza feminina foram matrizes de seu repertório, entre os que destacam *O Aborto, Meu Nascimento, Frida e as Operações de Cesárea.* A iconografia sobre a amamentação pode ser um tema fascinante que foge ao âmbito deste trabalho, porém incluo ao longo do texto duas reproduções de fotografias de madonas e três de mulheres contemporâneas que revelam as formas em que se representa a amamentação e confirmam a riqueza "do corpo como fonte de símbolos", na perspectiva assinalada por Mary Douglas (1976:142). A fotografia da bailarina amamentando foi tomada pelo fotografo J. Marcos, em ocasião do IV Encontro de Aleitamento Materno realizado em Brasília em 1995, numa mensagem associativa entre as concepções estéticas e

a prática da amamentação. A fotografia de J.R. Ripper, reflete as condições sociais de uma parcela majoritária da população brasileira, captando com sua lente toda a carga existencial que vivenciam as mulheres desses setores. A foto do UNICEF mostra a construção de um novo tempo/espaço nas rotinas hospitalares, redefinindo papéis e significados atribuídos à sala de parto. As fotografias das madonas são o símbolo dos modelos analisados na dissertação: *La Tempesta*, do pintor italiano Giorgione, data de 1525 e se encontra na Gallerie dell"Accademia em Veneza, expressa os clássicos valores culturais e morais da maternidade, a madona de Raphael, apropriada pelo *marketing* da Nestlé, apela a esse mesmos valores ressignificados através da mamadeira, e foi veiculada nas campanhas contra essa indústria de alimentos, pelos ativistas da Baby Milk Action, grupo inglês da Rede IBFAN.

Estudos científicos, entre eles Cunningham & Jeliffe (1991), Goldenberg (1988), Savage (1991), Jeliffe & Jeliffe (1978), OMS (1981), indicam que o aleitamento materno é o melhor alimento para o bebê ao passo que para a mulher favorece a recuperação do útero, o espaçamento dos partos e previne o câncer de mama e outros benefícios. Contudo, se a reprodução biológica e social está atrelada ao mundo feminino, é necessário criar condições materiais e políticas que permitam às mulheres não apenas a escolha da maternidade e da amamentação mas, sobretudo, o pleno exercício dessa escolha. A inserção do aleitamento materno no escopo do feminismo passa, a meu ver, pela construção desta prática como um dos direitos da saúde reprodutiva da mulher, onde está implícita a idéia do controle do corpo pela própria mulher e a prática de sua sexualidade sem riscos para a saúde. Isto é, o

desenvolvimento humano integral que permita o bem-estar das mulheres e o exercício pleno de sua cidadania.

Realizei a pesquisa no **Centro de Lactação de Santos** -CLS- onde percebi um processo de construção de uma cultura institucional da amamentação que envolve profissionais de saúde e mulheres usuárias do Centro e me propus compreender os significados atribuídos por esse universo à prática do aleitamento materno.

A dissertação está organizada em quatro capítulos e uma reflexão final, a maneira de conclusão. No primeiro, faço uma introdução ao tema de trabalho, situo o cenário da pesquisa e relato o trabalho etnográfico. No segundo capítulo me aproprio de elementos teóricos da Antropologia para articular o discurso dos meus informantes e interpretar o conjunto de valores e práticas a que remetem suas representações sociais. A través do discurso sobre a amamentação, percebo aspectos simbólicos que subjazem os fenômenos biológicos e, através deles, articulo outros aspectos da vida social, tendo como pano de fundo as relações entre o mundo da natureza e o mundo da cultura. Trago ao texto, experiências e geografias distantes e mostro através delas, referências etnográficas sobre lactância materna. Vinculo ainda aspectos da teoria antropológica sobre a condição de gênero com o discurso das mulheres usuárias do Centro de Lactação de Santos, buscando dar sentido às falas sobre a cultura da amamentação. No capítulo terceiro, reconstituo nos fatos narrados pelos protagonistas, o processo que levou a criação do Centro de Lactação de Santos como uma instituição no marco da gestação de um novo modelo de saúde, que tem no aleitamento materno, sua principal vocação. No último capítulo, articulo o discurso

e as práticas dos profissionais de saúde e das mulheres usuárias do Centro, na perspectiva do que estou denominando cultura institucional da amamentação, principalmente representada pelos profissionais de saúde e a cultura tradicional ou do senso comum sobre o aleitamento materno, que pertence as mulheres que freqüentam o Centro. Finalmente, nas conclusões faço uma síntese de minha leitura da cultura do aleitamento materno, num intento de elucidar a cultura da amamentação, em diálogo com as relações de gênero e os direitos reprodutivos da mulher.

CAPÍTULO I

Do Cenário e da Importância do Aleitamento Materno

> **"Os fenômenos culturais se apresentam todos dispersos num mesmo plano, sem critérios de relevância diferencial. O modo de integrar essa realidade dispersa constitui um problema crucial."**
>
> **Eunice Durham (1988:22)**

Esta dissertação teve sua primeira inspiração em 1992, ocasião em que estabeleci o primeiro contato com o Centro de Lactação de Santos, localizado no Hospital Guilherme Álvaro[5] dessa cidade. Naquele encontro, percebi a possibilidade de concretizar um estudo sistemático do que esporadicamente havia acompanhado no Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, que oportunizou o contato com diferentes Estados e Municípios que participam de programas de promoção à lactância natural.

Vivenciando um espaço privilegiadamente ocupado por médicos pediatras e ginecologistas e por enfermeiros e nutricionistas, perguntava-me quais as contribuições que o conhecimento antropológico poderia trazer à racionalidade médica para a compreensão de uma prática aparentemente tão simples quanto a amamentação, porém revestida de diferentes significados sociais.

---

[5] O Hospital Guilherme Álvaro é um hospital-escola. É considerado referência para pacientes com AIDS. No entanto, o que mais o diferencia dos outros hospitais é seu serviço ambulatorial especializado em aleitamento materno que, como mostro ao longo da tese, foi criado por um grupo de médicos dedicados à defesa e promoção do aleitamento materno na cidade de Santos.

O Trabalho de Campo

Desenvolvi o trabalho de campo em duas fases, ocorrendo a primeira etapa em outubro de 1992, como participante do Curso de Treinamento de Equipes Multiprofissionais em Amamentação, impartido pelo Centro a profissionais de saúde do Brasil e outros países, com o apoio da Organização Mundial da Saúde -OMS e do Ministério da Saúde do Brasil. O referido curso visa capacitar recursos humanos no manejo clínico da lactação e a criação de condições que permitam aumentar os índices de prevalência da lactância natural. Neste contexto, atuei como observadora-participante, o que me proporcionou uma visão geral do trabalho que pretendia realizar, bem como o estabelecimento de contatos e relacionamentos que tornariam possível meu retorno para continuar o trabalho de campo na condição de pesquisadora, sem relação laboral com o Programa Nacional de Aleitamento Materno.[6]

A **observação participante**, tem sido no fazer antropológico um modo insubstituível de apreender o outro, legado que recebemos de Malinowski na sua célebre introdução aos *Argonautas do Pacífico*, como forma de aceder aos aspectos não explícitos de uma sociedade e retomado posteriormente por vários autores. No Brasil, uma discussão interessante sobre este tema é desenvolvida por Durham (1988), no contexto de pensar e sistematizar aspectos metodológicos e conceituais que entranham a pesquisa etnográfica e que ocupou acalorados debates de alguns dos encontros da Associação Nacional de Pós

[6] Me parece importante mencionar que esta experiência mostrou para mi, enquanto pesquisadora, a importância do *status* das pessoas no processo de pesquisa. Minha relação inicial com o Centro de Lactação foi de caráter estritamente profissional e restrita a minha condição de consultora do PNIAM. No entanto, quando voltei como pesquisadora sem vínculo com o PNIAM a relação com os profissionais do Centro foi por assim dizer, menos hierárquica.

Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais - ANPOCS[7], no final da década dos setenta. A observação participante supõe um envolvimento do pesquisador com seu objeto de estudo e uma incorporação ao cotidiano do universo pesquisado para buscar compreender as relações travadas entre os grupos e desvendar as preocupações dos observados, suas redes e espaços de significação numa posição desde dentro do grupo. De acordo com Durham (1988: 25), na observação participante "se nota uma valorização crescente da subjetividade do observador - a experiência, os sentimentos, os conflitos íntimos do pesquisador são amplamente descritos e analisados.... concomitantemente ha um esforço consciente de identificação do antropólogo com a população que estuda, privilegiando-se a *participação*". Certamente isso me ocorreu até porque como disse na introdução, eu tinha passado pela experiência da amamentação e, ao confrontarme com o processo de investigação num exercício retrospectivo que envolveu a reflexão sobre como ocorreu esse processo comigo e com as mulheres da minha família, me senti portadora de conhecimentos próprios e valores que se instalaram ao longo da minha formação como pessoa, em outras palavras me senti parte de uma tradição, como creio ocorre com as mulheres que freqüentam o Centro de Lactação.

[7] Produto dessas reflexões no espírito da ANPOCS, nasceu o livro *A Aventura Antropológica*, organizado por Ruth Cardoso, onde além de Durham, participam autores como Alba Zaluar, Luis Fernando Dias Duarte e Guita Debert, analisando aspectos relacionados ao encontro de subjetividades na pesquisa antropológica, a conversão do antropólogo para a cultura do universo pesquisado e o compromisso do pesquisador com o destino das comunidades urbanas ou rurais com as quais participou e conviveu no processo da investigação. Nessa mesma linha de preocupação, outros autores brasileiros que tem trabalhado este tema são Gilberto Velho, em seu livro *Individualismo e Cultura* (1987); Roberto da Matta, em seu famoso ensaio sobre *O Ofício do Etnólogo ou como ter "anthropological blues"*. (1974) e, mais recentemente, Mariza Peirano (1991), em seu livro *Uma Antropologia no Plural*.

Continuando com a reflexão de Durham (1988:27), esta autora assinala que a observação participante está transitando para o que ela chama de **participação observante,** que estaria dada por um envolvimento, diríamos mais orgânico, "resvalando para a militância" relacionada com o objeto de estudo e as pessoas que representam esse objeto. No meu caso, posso dizer que em alguns momentos da pesquisa, como veremos, reconheço traços dessa participação observante e que continua até hoje no meu envolvimento com grupos de apoio ao aleitamento materno e com experiências profissionais que tem como objeto principal a questão da amamentação. Muito embora, teoricamente possa ser possível a identificação do pesquisador com seu objeto, as distâncias de classe, as experiências subjetivas e a percepção das experiências partilháveis relativizam, a meu ver, nosso acercamento ao a outro, e não substituem -como poder-se-ia acreditar- a relação de estranhamento que persiste tanto para o pesquisador quanto para o sujeito pesquisado.

Iniciei o trabalho etnográfico observando e registrando a atuação dos profissionais de saúde no cotidiano hospitalar. Nesse período percorri as instalações do Centro, conheci os membros da equipe do serviço materno-infantil e suas rotinas hospitalares, áreas convencionais do hospital como a maternidade e enfermarias, o ambulatório pediátrico, o ambulatório de ginecologia e obstetrícia e, em particular, o **ambulatório de amamentação,** uma inovação na estrutura da organização hospitalar[8], que é a marca registrada do Centro.

[8] Ambulatório dentro do campo da saúde se refere à consulta externa, é o oposto da internação.

Meu papel de aluna permitiu-me ter acesso tanto aos conhecimentos teóricos e práticos que os profissionais de saúde transmitem sobre a amamentação, assim como a observação de sua prática num cenário de ensino e não apenas nas práticas assistênciais. Por outro lado meu *status* de aluna me colocou numa situação completamente nova e exótica para mim, como foi ensaiar, sob a supervisão de um médico ginecologista, algumas práticas de revisão clínica com as pacientes do hospital. Por exemplo, análise da postura, tacto das mamas para a identificação de suas partes externas, assim como aspectos teóricos de anatomia e fisiologia completamente novos no meu repertório de conhecimentos. A única pessoa leiga nas questões de saúde era eu, sendo que meus colegas de curso eram médicos clínicos, ginecologistas, pediatras, enfermeiros e nutricionistas.

Através do discurso dos profissionais de saúde, atuando como professores, identifiquei na suas falas valores e práticas portadoras de um sistema de idéias mais amplo do processo saúde-doença englobante do aleitamento materno, do cuidado com os bebês, das relações médico-paciente, além de identificar percepções sobre como são vistas as mulheres usuárias nos serviços de saúde naquele Centro. Paralelamente, iniciei, durante as conversas informais com os diferentes membros da equipe de saúde, um diálogo sobre a experiência de trabalho no incentivo à amamentação, as expectativas e conquistas neste campo, e o registro da significativa afluência de mulheres que comparecem ao Centro. Foi neste ambiente que percebi, no discurso e nas práticas dos profissionais de saúde, um esforço sistemático de construção e/ou resgate do que estou entendendo como **cultura institucional da amamentação**, orientada por formas de participação diferenciáveis em termos de seu *ethos* e pelas formas de inserção cultural dos mesmos.

Ainda nessa primeira fase do trabalho de campo iniciei os contatos com as usuárias do Centro, mulheres cujas idades oscilavam na faixa dos 18 e 40 anos, vivendo sua fase reprodutiva sendo algumas delas, primíparas e outras com longa experiência em assuntos de partos e nascimentos. Vale a pena destacar que nesse Centro também comparecem adolescentes grávidas, sendo tão significativa a gravidez precoce nesse grupo etário. No entanto, durante o período das entrevistas não se registrou nenhum caso de adolescentes. As mulheres do universo pesquisado se inserem de diversas formas nas atividades econômicas que garantem sua sobrevivência e são, em sua maioria, habitantes da cidade de Santos ou dos municípios próximos à Baixada Santista. Constituem, em sua maioria, mulheres de baixa renda e baixo nível de escolaridade e integram o setor informal da economia. No entanto, também freqüentam o Centro algumas mulheres pertencentes a níveis sócio-econômicos mais altos e, conseqüentemente, desfrutam de melhores condições de vida. A maioria das mulheres que entrevistei, afirmara que o cuidado das crianças é normalmente uma atividade feminina, porém algumas contavam com o apoio ocasional do marido. Em várias atividades ambulatórias, observei a presença de alguns homens acompanhando as mulheres e filhos o que pode ser interpretado como uma questão ocasional, já que o cuidado das crianças aparece pensado como parte do mundo feminino.

Na segunda etapa do trabalho de campo, ocorrida entre junho e agosto de 1993, fiz estadia mais prolongada na condição de pesquisadora, e desligada do Programa Nacional de Aleitamento Materno. Nesse período, recorri novamente os diversos serviços do hospital e fui apresentada às diferentes equipes de modo que fosse possível circular pelo hospital e desenvolver a pesquisa em condições adequadas. Neste tempo, realizei um conjunto de

entrevistas abertas - porém orientadas por alguns tópicos- dirigidas tanto aos profissionais de saúde quanto as mulheres usuárias do Centro, buscando identificar as **representações sociais** sobre o aleitamento materno na cultura institucional e na cultura tradicional ou de senso comum, que constituiu uma das minhas principais observações quando do meu primeiro contato com o Centro.

As entrevistas às mães foram realizadas dentro do hospital, ora durante sua internação na maternidade após celebração do parto[9], ora no atendimento ambulatorial ou, ainda, na sala de espera dos consultórios onde normalmente são dadas informações sobre o parto, o aleitamento materno, a assistência ao recém nascido, métodos de anticoncepção, planejamento familiar e outros temas abordados através de palestras em grupo e do intercâmbio de experiências entre as usuárias.

A idéia de **instituição social** pensada neste texto tem como referência a noção desenvolvida por Erving Goffman na sua análise das "instituições totais" (1988). Nestes termos, os hospitais, assim como outras entidades, são espaços que compartilham um conjunto de características e objetivos comuns que encontram-se também em outras organizações sociais tais como asilos, manicômios penitenciárias, escolas, conventos e quartéis. Me apropio da idéia de Goffman (1961:15) de que as instituições, "no sentido diário do termo, são locais tais como salas, edifícios ou fábricas em que ocorre atividade de determinado

[9] Chamo a atenção para o fato que na língua espanhola a palavra *celebración*, além do sentido de realização, se utiliza, sobretudo, para denominar a realização de rituais. Por exemplo, celebração de uma missa, de uma festa , de um batismo ou ato oficial. Nesse aspecto, o ritual do parto é pensado como uma comemoração da vida.

tipo." De tal modo que entre as pessoas e as instituições se estabelecem vínculos, baseados na participação, identificação e ligação emocional. Pois, no entender deste mesmo autor (1961:148), a participação numa entidade social impõe compromisso e adesão. Como mostro no decorrer do trabalho, encontrei características similares no universo pesquisado reveladas nas relações e práticas entravadas no Centro de Lactação de Santos, entre profissionais de saúde e usuárias na promoção e prática da amamentação.

Do ponto de vista da abordagem teórica, posso aproximar este ensaio etnográfico ao campo da Antropologia da Saúde ou da Antropologia Médica, num intento de incorporar elementos das Ciências Sócias ao campo explicativo e discursivo da **interpretação do fenômeno saúde-doença e as práticas de saúde**. A maneira pela qual um grupo social percebe a experiência do processo saúde-doença tem sido o cerne dos estudos sob a ótica da Antropologia da Saúde, assim como a sustentação de que este processo é constituído socialmente. Este novo paradigma que convive com o enfoque biologicista, se opõe ao conceito de doença como sendo a colonização de um "ser" estranho no organismo, fundado na predominante concepção biologicista do discurso e da prática médica, cuja racionalidade está voltada principalmente à procura da patologia (Abed 1993: 126). François Laplantine (1991:01) afirma que as representações sociais das "formas elementares da doença e da cura" são extremamente diferentes numa mesma sociedade, incluindo nesse conjunto de idéias o sistema de pensamento, as diferenças de classe, as correntes médicas, as escolas e os comportamentos sociais. Estes fatores todos influem na maneira em que se pensam e se realizam as práticas de saúde, assim como refletem também a forma em que se concebe ao ser humano, situação que observei entre os profissionais de saúde e usuárias dos serviços de

saúde do universo pesquisado. Mostrando a importância metodológica da incorporação do conhecimento antropológico no campo da saúde, Crapanzano (1990:145) assinala que os estudos sobre doença, saúde, miséria, rituais e morte que descrevem aspectos diferentes de uma sociedade, permitem fazer o que é característico da antropologia, sua confrontação inclusive "subversiva" com o outro, num intento de fazer inteligível e dar sentido aos diferentes arranjos psicológicos e da cultura com os que se depara o pesquisador. Se como acontece num plano mais geral da pesquisa antropológica, o pesquisador procura desvendar o sentido dos fatos sociais numa comunidade específica, me proponho neste estudo, a buscar a lógica e as representações que ordenam o mundo no contexto do Centro de Lactação e contribuir para um campo de estudos altamente estimulante como é a interface entre os fenômenos do campo da saúde e do campo social num arcabouço antropológico que incita a pensa-los como processos eminentemente sociais e, portanto tanto, semanticamente relevantes.

Os dados que reuni através das entrevistas realizadas junto aos profissionais de saúde, me revelaram suas motivações para engajar-se em atividades em prol da amamentação, formas de organização de sua prática nos serviços de saúde, aspectos sobre sua relação com outros profissionais e, particularmente, elementos das relações com as pacientes. As entrevistas ocorreram em diversos espaços do hospital, a maioria das vezes durante o horário laboral, incluindo também outros ambientes como áreas administrativas, a direção do Centro e as salas de aula. Entrevistei diversos profissionais de saúde do conjunto de serviços que integram a área materno-infantil, ou seja, a atenção prestada à mulher e seus filhos durante os períodos da gestação, parto e puerpério, tanto a nível ambulatorial quanto secundário,

nas internações por ocasião do parto.[10] A maioria dessas entrevistas foram individuais. Contudo, em duas oportunidades estiveram juntos dois ou três membros da equipe, o que me possibilitou confrontar idéias e aclarar fatos que na minha leitura apareciam soltos e fragmentados.

No caso das mulheres usuárias do Centro, assuntos relacionados com os motivos da escolha do hospital, sua história de vida reprodutiva, suas formas de inserção laboral, as formas de cuidado dos filhos, os hábitos alimentares, os cuidados com o corpo e a importância do aleitamento materno, constituíram temas centrais das entrevistas.

Eventualmente, as mulheres têm a oportunidade de conversar com a trabalhadora social do Centro, que é responsável pelas orientações de caráter geral como por exemplo, assuntos relacionados com licenças trabalhistas, problemas de emprego, moradia, dificuldades na comunidade, encaminhamento para entidades assistências e, inclusive, encaminhamento a outros serviços do hospital. Durante o dia da consulta, e enquanto aguardavam seu turno, consegui entrevistar algumas destas mulheres e me aproximar das conversas paralelas que correm soltas nas salas de espera. Nas enfermarias e na maternidade, percebi que algumas mulheres mostravam ansiedade e vontade pelo rápido retorno à casa para tomar conta logo dos filhos que aguardavam no lar e retomar as tarefas domésticas que se acumularam na sua ausência, como bem declara uma mãe:

---

[10] Em 1983 foi criado o **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher** -PAISM-, visando oferecer uma atenção específica e integrada à mulher e não apenas na fase reprodutiva, que caracteriza os programas materno-infantis.

> "Ontem chorei pela saudade que tenho do meu filho, ainda bem que já estou de alta e vou poder estar com ele mais o nenêm".

Outras, entretanto, aproveitavam o conforto do hospital para descansar um pouco e tomar fôlego para o retorno a casa com sua prole aumentada.[11]

As entrevistas e conversas que considero foram mais complicadas em termos da interação pesquisador/informantes, ocorreram com mulheres que estavam ainda na cama do hospital começando a recuperar-se das energias liberadas durante o trabalho de parto ou do desconforto da cesárea, com seus rostos perplexos ainda ao se verem subitamente "convertidas" em mães ou no caso das mulheres multíparas, experimentar novamente o acontecimento da vida. Um outro ambiente utilizado para as entrevistas foi durante o processo de saída da maternidade, com mulheres que aguardavam na enfermaria os trâmites finais para serem "dadas de alta" e, junto ao filho, retornar para casa e dentro de sua bagagem, incorporar as orientações dadas durante esses dias para continuar a amamentação.

Percebo que o fato das entrevistas terem acontecido nesse contexto, teve efeitos positivos para a pesquisa, pois permitiu presenciar muitas reações "espontâneas" das mulheres, sua relação com os filhos e as práticas cotidianas de médicos e enfermeiras. Durante essas efêmeras relações que estabeleci com minhas informantes, me revelaram emoções, sentimentos, anseios e angustias a flor de pele daquelas mulheres que acabavam de passar pelo evento do parto, num exercício pessoal de percepção da experiência subjetiva do

[11] Segundo dados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde realizada em 1996, nos últimos dez anos a taxa de fecundidade das mulheres brasileiras diminuiu em 30%. A taxa registrada para as áreas urbanas é de 2,3 filhos por mulher e de 3,5 nas áreas rurais. Ver Boletim IHAC Nº 17.

outro. Observei seus comportamentos e obtive delas idéias e declarações espontâneas e talvez "impulsivas" do que estavam vivendo e como o percebiam. Registrei seus sentimentos de satisfação pelo fato de ter gerado um filho e estar celebrando o acontecimento da vida, emoções que se alternavam com a fragilidade da situação pós-parto.[12] Porém percebo também algumas limitações desse contexto. Embora pudessem estar outras pessoas, por exemplo os familiares das parturientes, tratava-se de um espaço socialmente controlado pelos profissionais de saúde, impregnado dos símbolos do ambiente hospitalar fechado que caracteriza uma internação, mesmo na ausência da doença, como era o caso. O fato de ter estado dentro de uma instituição hospitalar, estranha ao cotidiano das mulheres, deixava-as mais frágeis, de certo modo, propensas ao poder instituído pela cultura médico-hospitalar, num cenário propício para evidenciar o confronto dos saberes oficial e de senso comum. Nesse espaço institucional se articula e difunde o saber técnico sobre puericultura, maternidade e nutrição, sendo apresentado às mulheres pela cultura institucional, onde a paciente facilmente se "contamina" dos conhecimentos e das práticas que ali se desenvolvem, e se confrontam com o saber nativo. É nesses territórios onde percebo acontecem as microfísicas do poder assinaladas por Foucault (1985).

As possibilidades que as mulheres internadas na maternidade têm para externalizar e praticar seu capital cultural e saber sobre bebês, corpo e cuidados pessoais, são de certa forma limitadas. Não por uma prescrição, mas pelo fato de estarem distanciadas de suas reais condições de vida. Cada uma delas detêm uma bagagem de conhecimentos próprios, de

[12] Nenhuma das mulheres que entrevistei manifestou sentimentos de rejeição ao filho ou a chamada depressão pós-parto.

tradições e costumes e de formas de entender os cuidados a serem dados ao bebê no ambiente doméstico. As perspectivas de reproduzir os "comportamentos" do hospital na volta para casa, dependem muito da valoração dada às orientações transmitidas no hospital e às condições materiais de vida. Por outro lado, há também outros aspectos subjetivos que ali estão presentes e que é importante considerar. A mulher na maternidade está mais para ouvir mensagens institucionais do que preocupada em mostrar suas práticas nativas de entender e fazer os cuidados dela e do bebê. Assim, ela incorpora mais facilmente o código institucional e absorve sem maiores contradições a cultura institucional de saúde que se impõe perante dela. Nesse sentido, como pesquisadora entendo que é mais fácil para essa mulher incorporar as mensagens institucionais e até assumir o discurso dos outros, preservando suas categorias nativas para espaços onde sejam socialmente legitimadas, como vemos no depoimento a seguir:

> "A gente aqui aprende muita coisa, algumas eu já sabia e fica mais fácil. Em casa você tem outros serviços..."

A "porta de entrada" para o Hospital Guilherme Álvaro podem ser os serviços ambulatóriais de controle pré-natal para as mulheres gestantes, a atenção ao parto em caráter de demanda espontânea e, finalmente, a atenção ambulatorial durante o puerpério para as mulheres que, após parto realizado no hospital, são encaminhadas ao Centro de Lactação onde se oferece atenção ambulatorial durante.os seis primeiros meses de vida do bebê. Nesse ambulatório, mãe e filho recebem os cuidados e o acompanhamento materno-

infantil correspondentes, tendo como especificidade o incentivo da amamentação e o acompanhamento desse processo até o início do desmame.

Na sua primeira visita, as mulheres são registradas e cadastradas para obter os dados pessoais e a ficha clínica que deve constar num prontuário médico. Alem disso, por meio de entrevistas individuais realizadas pela assistente social, procura-se conhecer suas condições sociais de vida e os principais problemas que enfrentam no momento em que se apresentam ao serviço de saúde. Em algumas ocasiões é possível acionar recursos da comunidade, do Estado ou do Município para obter alguma ajuda em termos de cesta básica, creche, emprego, moradia, problemas trabalhistas, assessoria jurídica e outras medidas cabíveis dentro de uma atenção assistêncial e, quando possível, fortalecer aspectos que têm a ver com o exercício da cidadania das mulheres, como mostra o depoimento a seguir de uma das principais assistentes sociais do Centro.

> "Conheço os recursos da comunidade, vocês podem falar comigo, tenho seus registros individuais e depois do primeiro contato que mantivemos, estamos aqui para ajudar e orientar vocês para que possam amamentar da melhor forma possível e resolver problemas".

As mulheres que fazem o parto no hospital Guilherme Álvaro, a diferença do que acontece em outras maternidades públicas das grandes cidades, permanecem durante três ou quatro dias internadas, iniciando aí o período de resguardo após o parto, alimentando-se bem, aprendendo cuidados do bebê e amamentando-o. É um tempo aproveitado pelos profissionais de saúde para incentivar as mulheres a amamentar seus bebês. Para tanto,

recorre-se de informações sobre os benefícios do aleitamento materno, tanto para o bebê quanto para a mãe, assim como ao apoio da estrutura hospitalar para resolver problemas derivados da lactância. Especialmente, desenvolve-se trabalho educativo sobre como melhorar as técnicas, posturas e a performance geral do aleitamento materno, trocando idéias com outras mulheres sobre os cuidados com o corpo, com os seios, a importância do aconchego e da afetividade para um melhor desenvolvimento do filho. Estas práticas, coletivizam a experiência do parto e suas conseqüências para as mulheres que ali estão internadas e convertendo-se num território informal de trocas e falas sobre os mais diversos temas, além de propiciar condições físicas, materiais e técnicas para uma recuperação mais confortável.

Como vemos a seguir, as falas dos informantes sobre o aleitamento materno revelam idéias classificatórias e formas de ordenamento do mundo em algo que pode ser entendido como "**natureza**", em contraposição a uma outra ordem que chamo de "**cultura**". Rodrigues (1978:07) na sua pesquisa sobre aspectos simbólicos da alimentação, encontrou que as categorias alimentares se relacionam a formas de ordenação do mundo. De forma similar, os corpos discursivos dos meus informantes são expressões das representações desses profissionais de saúde e das mulheres usuárias, onde a associação de aspectos como gênero, maternidade, corpo, papeis sociais da mulher, saúde e outras dimensões, foram dando sentido a essas representações e me apontaram o caminho para sua interpretação. No caso das mulheres, mostro o seguinte exemplo onde se percebe o aleitamento materno como uma questão de valores tradicionais e sua classificação como algo natural.

> "Muito antes de engravidar eu já pensava em amamentar. É uma coisa que vem de *dentro do corpo*."

Outra mulher usuária, mãe de dois filhos, fazendo alusão à questão de gênero e a sua hierarquia de interesses, derivada de eventuais atritos com o companheiro pelo deslocamento da atenção para os filhos me disse:

> "Acho que a gente se preocupa muito com os filhos, em *primeiro lugar* para mim está o nenêm."

Paralelamente, percebo no discurso dos profissionais de saúde o interesse por mostrar que as equipes de saúde têm realizado esforços para tornar mais familiar e menos rígidos os espaços da maternidade, realçando por exemplo, que permitem a presença do pai do bebê ou de algum acompanhante e que estabelecem relações menos autoritárias com as mulheres. Porém, observo que estas relações estão ainda reguladas pelo paradigma médico tradicional e fortalecem a cultura institucional. Em termos espaciais, a disposição das camas e o arranjo dos quartos nas enfermarias não apresenta mudanças visuais em relação a outras maternidades e não ostentam uma decoração especial, a não ser alguns cartazes sobre aleitamento materno e normas por escrito que lembram aos profissionais de saúde da importância de constituir-se em facilitadores do aleitamento materno. Porém, a frieza das paredes nuas, ainda habita o visual das maternidades e as roupas como camisolas e roupões clássicos dos hospitais dão o visual às mulheres. Em cada sala cabem aproximadamente 12 leitos, um criado mudo e os respectivos berços ao lado, acomodados em duas fileiras em forma de retângulo, deixando entre elas um corredor de circulação que vejo pensado como um território de socialização.

O espaço privado é constituído pela cama individual e o berço do bebê. A posição das camas permite que entre uma fileira e outra as mulheres se encontrem frente a frente. Assim, as mulheres que tiveram parto normal ficam acomodadas numa mesma sala. As pacientes com parto tipo cesárea, que precisam de outros cuidados, são levadas a outra sala, geralmente menor, onde ficam também acompanhadas dos seus bebês. Há ainda um terceiro tipo de ambiente, reservado para pacientes com gravidez de alto risco, interditado para visitas e para a pesquisa.

Observei na maternidade que as mulheres podem reorganizar seu espaço, aproximando-se, conversando e relacionando-se de uma forma mais colaboradora entre elas, reificando um espaço essencialmente regulado e transformando-o num espaço de interação e trocas. A solidariedade entre umas e outras, por estar vivendo situações similares, logo se manifesta e oportuniza que haja uma maior identificação entre elas. Embora o berçário do hospital tenha sido desativado, como veremos no capítulo III, continua a existir um lugar reservado para os bebês prematuros e de alto risco que ainda não podem ficar com a mãe e requerem de cuidados especializados da equipe de saúde.

Muito embora não constituiu parte da pesquisa, parece-me importante registrar que o hospital está desenvolvendo uma experiência inovadora nas condutas hospitalares para bebês prematuros e de baixo peso, através do **Programa Canguru**. Nos berçários tradicionais, estes bebês são alimentados com sonda devido a que apresentam dificuldades para a sucção, e, principalmente, são separados da mãe ficando numa incubadora desde

onde são alimentados pelas enfermeiras e garantidas condições térmicas adequadas. A novidade do Programa Canguru é precisamente o oposto da separação, que posso pensar como um movimento simbólico de retorno ao útero da mãe para que o processo de crescimento a termo se complete. Segundo dados oferecidos pelos médicos do hospital[13], o programa está mostrando que os bebês que ficam permanentemente no colo da mãe em forma semelhante à bolsa dos marsupiais, podem recuperar peso e condições térmicas rapidamente, e, de maneira gradual, desenvolver suas habilidade de sucção e sua situação emocional é muito melhor que os bebês que ficam separados na incubadora. Os bebês cangurus recebem o leite de sua mãe via copinhos ou na colher, dada por ela mesma, sem prescrição de sondas ou mamadeiras. Se pensamos este processo simbolicamente, vemos uma atitude nos profissionais de saúde de evitar os estados de liminaridade -claramente representados pelo tempo da incubadora- considerados perigosos, portanto tanto, a reintegração junto a mãe mantém o bebê protegido.

As percepções dos médicos, enfermeiras, trabalhadoras sociais, psicólogos, fonoaudiólogos e outros profissionais de saúde, como revelado nos depoimentos que seguem, se referem fundamentalmente às motivações e idéias deles sobre sua prática na saúde e, especialmente, a mostrar sua luta contra a desnutrição infantil, orientada pela estratégia poluição da promoção do aleitamento materno, uma vez comprovado através de inquéritos epidemiológicos dos municípios da Baixada Santista que a desnutrição das crianças

[13] Quando fiz o trabalho de campo não havia na maternidade nenhum "bebê canguru" como são chamados corriqueiramente. Tive apenas a possibilidade de conhecer uma mulher que havia participado do programa com um dos seus filhos e intercambiar rapidamente algumas palavras com ela. No entanto, realizei uma entrevista ao Dr. Mário Rosas, médico responsável pelo programa quem me explicou os objetivos e a experiência com essa proposta, recentemente introduzida no Brasil e com antecedentes muito positivos na Colômbia.

aparecia como primeira causa de óbito na região, constituindo-se no *leimotiv* desse grupo de profissionais para iniciar um trabalho na área do incentivo ao aleitamento materno.

O relato que me foi passado pelos profissionais de saúde foi criando um eixo condutor, baseado nos diferentes fatos que me foram narrados cronologicamente através da reconstituição de momentos, vivências e experiências que, ao longo de um período de vinte anos de prática médica, culminou com a criação do que é hoje o Centro de Lactação de Santos. Neste sentido a pediatra Keyko Teruya, co-diretora do Centro e uma das minhas principais interlocutoras, aponta o seguinte:

> "Nós tínhamos uma mentalidade social muito grande, uma marca muito importante sobre o impacto global das ações básicas de saúde. Ali juntávamos a parte ideológica com as questões do trabalho do dia a dia."

Observei que embora os discursos dos profissionais de saúde e das mulheres usuárias fossem diferencidos, estes se entrecruzam e interdependem. No entanto, é no contexto do Centro de Lactação de Santos que opera o que estou chamando de cultura institucional da amamentação, representada pelos profissionais de saúde que ali trabalham e realizam sua prática médica, num espaço socialmente compartilhado com as mulheres usuárias desses serviços, que representam a **cultura tradicional da amamentação ou de senso comum**.

Como complemento das entrevistas, auxiliaram-me na análise dos dados os materiais bibliográficos proporcionados pela pediatra Keyko Teruya. Testemunhei o entusiasmo e a

emoção dos médicos Keyko Teruya e Paulo Sérgio de Andrade Castro, ao vasculharem numa velha caixa de papelão, empoeirados documentos, bilhetes, bibliografias e rascunhos dos trabalhos produzidos por eles na sua longa jornada em prol da amamentação, como o trecho de um texto educativo, organizado em forma de perguntas e respostas onde se lê[14]:

> "Por que Amamentar seu Filho?
> Porque a formação da personalidade e do caráter do adulto tem no aleitamento materno importante contribuição. A amamentação é alimento, segurança, prazer e amor".

E num claro apelo a ordem da natureza, o mesmo documento informa o seguinte:

> "Por que Amamentar seu Filho?
> Porque é *natural*. Deus prepara no corpo da mulher o alimento certo para a criança."

De acordo com meus informantes, não houve durante todos esses anos um registro sistemático de suas atividades, de tal forma que quando realizei as entrevistas e ao pedir sua colaboração para explicar como se havia chegado à criação do Centro, foi para eles uma oportunidade de colocar em ordem o pensamento e dar coerência às lembranças e às idéias que orientaram sua prática. Do mesmo modo, o grupo precisou realizar um esforço interpretativo de suas próprias vivências para transmiti-las a alguém externo ao grupo.

---

[14] Este documento titulado *Porque Amamentar seu filho?* que ordena uma série informações curtas sobre o significado e as vantagens da amamentação, de foi elaborado pelos médicos Paulo Sérgio de Andrade, Keyko Teruya e Laís Bueno a meados da década de 70, e utilizado como apoio a suas atividades de orientação educativa sobre a amamentação. O documento não tem data e consta de 12 páginas com mensagens alusivos a amamentação. Durante a pesquisa de campo os autores me proporcionaram uma cópia do mesmo que me auxiliou na identificação de suas idéias em relação a amamentação.

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança constitui uma declaração conjunta da OMS/UNICEF lançada mundialmente em inícios de 1992, dirigida especialmente aos serviços materno-infantis para introduzir mudanças organizaçionais visando melhorar seu papel na promoção e defesa do aleitamento materno, nos cuidados pré-natais, natais e perinatais prestados nos ambulatórios e internações obstétricas com vistas ao sucesso e manutenção do aleitamento materno, constatada a responsabilidade dos serviços de saúde nos fatores intervenientes no declínio da amamentação.

É importante frisar que os hospitais Amigos da Criança não recebem incentivos financeiros pelos novos serviços ali oferecidos, de tal forma que as carências e as contradições produzidas pela crise financeira pela que atravessa todo o sistema nacional de saúde, se refletem também nestes hospitais. Porém, os hospitais credenciados já conseguiram um impacto positivo na elevação dos índices de prevalência do aleitamento materno , que chega aos 75 dias, sendo apenas de 22 dias em outro tipo de hospital (Boletim IHAC 1996:03).

A referida declaração conjunta relata que foi constatado em várias regiões do mundo que os serviços de saúde contribuiram notavelmente ao declinio da amamentação, seja porque não estimularam sua prática, seja pela incorporação de procedimentos e rotinas inadequados, tais como o uso de água glicosada via mamadeira como alimento inicial do bebê nos berçários, seja pelo uso de leites artificiais. A iniciativa contempla um conjunto de rotinas organizadas num programa que prevê **"Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento**

Materno", dirigidos a todos os estabelecimentos que oferecem serviços obstétricos e cuidados a recém nascidos.[15]

Documentos do UNICEF (1989:04) informam que durante o curto período em que a interação entre os profissionais de saúde e as mulheres é mais intenso, as rotinas e cuidados de saúde exercem maior influência sobre as atitudes das mulheres para a amamentação. Observando os "Dez Passos", os serviços de saúde poderão saber se contribuem ou não para tornar-se facilitadores do aleitamento materno. O objetivo desta iniciativa é duplo: aumentar a compreensão do papel crítico desempenhado pelos serviços de saúde na proteção e promoção do aleitamento materno, e descrever o que deve ser realizado para oferecer informações adequadas e apoio às mães.

A literatura médica orienta hoje que os bebês sejam alimentados "exclusivamente ao seio", isto é, sem chá, nem água, nem outros até os seis primeiros meses de vida, o que é muito difícil na cultura brasileira, com uma forte tradição de incorporar na alimentação do bebê chá e papinhas. A partir dessa faixa recomenda-se a introdução gradual de alguns outros

---

[15] Os **Dez Passos da IHAC** são os seguintes:
"1. Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, que deveria ser rotineiramente transmitida a toda a equipe de cuidados de saúde.
2. Treinar toda a equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar esta norma.
3. Informar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento.
4. Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento.
5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas dos seus filhos.
6. Não dar a recém- nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tal procedimento seja indicado pelo médico.
7. Praticar o alojamento conjunto -permitir que mães e bebês permaneçam juntos- 24 horas por dia.
8. Encorajar o aleitamento sob livre demanda.
9. Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao seio.
10. Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio ao aleitamento, para onde as mães deverão ser encaminhadas, por ocasião da alta hospitalar ou ambulatório" UNICEF (1989:06).

alimentos, tais como frutas e legumes amassados a serem oferecidos com colher. Preferencialmente, no entanto, o aleitamento materno deverá prolongar-se até a criança atingir os dois anos de idade, quando poderão ser adicionados a sua dieta outros tipos de leite. Procura-se desse modo evitar que a criança use mamadeira, pois é ensinada a beber diretamente no copinho. Estas estratégias alimentares me permitem inserir um dado etnográfico registrado por Woortmann (1986:115) na região do Nordeste, num estudo sobre o significado simbólico dos alimento e sua relação com a construção do gênero. Indica este autor sobre a percepção da criança menor de dois anos de idade como num estado de liminaridade, porque

> "até então a criança é um simples prolongamento do organismo materno que continua a se alimentar do sangue materno (tornado leite) tal como em sua vida intra-uterina".

Como vemos, a criança passa a ser considerada criança, somente quando atinge os dois anos de idade, circunstância em que é completamente desmamada, já que durante esse período ainda é percebida como fisiologicamente vinculada à sua mãe. A noção de pessoa nessa região remete, pois, à ruptura do vínculo materno e ao início das habilidades para obter alimentos diferentes daquele oferecido pelo seio da mãe. O anterior pode também estar relacionado ao fato da criança alcançar a capacidade motora que lhe permite a ela própria levar os alimentos à boca.

Com a introdução no Brasil da **Iniciativa Hospital Amigo da Criança** em 1992, os hospitais com serviços de atenção materno infantil começaram a vivenciar um processo de

transformação nas suas rotinas hospitalares e na preparação do seu quadro técnico, para atender melhor as necessidades trazidas pelo estímulo à amamentação. Assim, uma dos principais resultados foi a desativação dos berçários e dos lactários, além do não uso de mamadeiras, chupetas e bicos.

Se num momento da organização hospitalar se orientava a separação da mãe e seu bebê e alimentá-lo com glicose através de mamadeira, a atual estruturação das práticas de saúde prescreve o direito de mãe e filho do direito de ficar juntos e estimular o apego e o aconchego mútuo apenas meia hora após o parto, quando se recomenda que o bebê seja levado pela primeira vez ao seio da mãe, ainda na sala de parto. Mãe e filho têm direito ao **alojamento conjunto**[16], uma prática hospitalar em que o bebê sadio permanece ao lado da mãe, dentro do mesmo espaço a ela garantido, possibilitando à mãe prestar gradativamente os cuidados a seu filho. Dai ela o observa dormindo, acompanha seu próprio ritmo, o amamenta facilmente, decide quando pegar no colo e começa a dar a ele os outros cuidados que um bebê precisa, como troca de fraldas e banho, o que não significa de forma alguma que os profissionais de saúde deixem a mulher sem socorro. A idéia é que não haja essa separação artificial entre mãe e filho e criar condições para a

[16] Portaria do Ministério de Educação em 1987, estabelece a adoção do Alojamento Conjunto nos Hospitais Universitários. De tal forma que, quando surge a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, alguns hospitais brasileiros já haviam implementado esta prática. Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, INAN / MS, Julho 1991.
De fato, o alojamento conjunto não é bem uma novidade. A literatura informa que os berçários somente foram criados no fim do século passado, para controlar as mortes de bebês decorrentes de infecções hospitalares que podiam ser evitadas com o isolamento da criança. Contudo, outros problemas se derivaram desta prática sendo que o sistema de alojamento conjunto foi reintroduzido nos Estados Unidos por volta de 1940. Mesmo assim, as rotinas de separação mãe-filho persistiram até o fim da década de 80. Para mais detalhes sobre esta prática consultar Selma Campestrini, **Aleitamento Materno & Alojamento Conjunto**. IBRASA, Champagnat, Curitiba, 1992. Atualmente está sendo veiculado pelas principais radioemissoras do país spots sobre a importância do alojamento conjunto e a orientação às mulheres que promovam esta prática quando de sua internação para o parto.

amamentação logo após o nascimento. De acordo à pediatra Keyko Teruya, o alojamento conjunto ajudou muito a estabelecer a amamentação, embora argumenta:

> "...havia muita resistência dos obstetras e dos outros membros da equipe para o bebê ser colocado junto com a mãe na sala do parto para amamentar, objetando principalmente contaminação."

Enquanto continuam as descobertas sobre as muitas vantagens do leite materno, os serviços de saúde devem adequar-se para apoiar as mães de todos os modos possíveis e garantir que o bebê mame em **"livre demanda"**, ou seja cada vez que ele assim o desejar. Caem, com isto, aquelas teorias prescrevendo o intervalo de um número X de horas entre uma mamada e outra, como se faz com a mamadeira. Hoje se recomenda que mãe e filho encontrem juntos a melhor adequação temporal para a amamentação. Faço a ressalva que isto implica para a mãe estar permanentemente pendente do bebê, sobretudo nos primeiros meses de vida, e contar com o tempo e a disposição para isso, o que, em última instância acaba sendo privilegio somente para as mulheres de alguns setores sociais.

Trago ao texto o depoimento de Maria Teresa Marques Moreira, mulher profissional pertencente as camadas altas da cidade do Rio de Janeiro, que escreveu um livro sobre sua experiência com a maternidade e nele relata suas percepções sobre as contradições que sofreu nesse processo e suas percepções sobre a condição feminina, concluindo que se faz necessária a deconstrução da maternidade e da amamentação, em busca da identidade feminina (1993:02). Este depoimento como se verá no decorrer deste trabalho é altamente contrastante com as percepções das minhas informantes. Ao longo de todo o livro, é

marcante a percepção negativa da autora com relação ao processo da amamentação que para ela é visto como um fardo. Nas minhas entrevistadas, o peso da valoração do aleitamento materno é, pelo contrário, marcadamente positivo e revela uma sensação de plenitude que não encontramos na percepção de Moreira.

> "...de repente, você é literalmente cortada e sugada por alguém que te exige disponibilidade de 24 horas por dia.
> Ser mãe é padecer, mas não no paraíso. É a ditadura do peito".

Já uma das minhas informantes relativiza os aspectos negativos e reivindica que para amamentar é necessário um mínimo de tempo específico para essa função e o necessário relaxamento, como vemos a seguir:

> "Para dar o peito você tem que ter sossego..."

Alguns Aspectos sobre o Aleitamento Materno e as Políticas de Saúde

A nova estratégia do UNICEF para incorporar nos serviços de saúde a promoção do aleitamento materno que se resume na Iniciativa Hospital Amigo da Criança, foi decorrência da constatação do declínio, em diversos países do mundo, dos índices de prevalência do aleitamento materno.

A vida moderna e seus novos estilos de vida, a introdução de tecnologias e suas conseqüências econômicas, sociais e culturais se apontam entre os fatores que ajudaram a reduzir a importância que se atribuía a esta tradicional prática. Embora historicamente se fala na diminuição mundial do ato de amamentar, cada país viveu seu próprio processo e o fenômeno se apresentou com uma certa especificidade. Contudo, foi no final da década de 60 e no início da década de 70 que se gerou uma massa importante de conhecimentos sobre o aleitamento natural, a qual aos poucos foi sendo introduzida nas escolas de medicina, de nutrição e de outras áreas da saúde, como mostra o doutor Mário Rosas, pediatra do Centro de Lactação.

> "Na minha formação profissional, no *curriculum* médico o aleitamento materno não tinha aquela importância. Esse interesse veio depois e me foi dando um novo campo de pensar".

Com relação ao declínio da amamentação, Helsing (1981) aponta que, nos países nórdicos, houve uma queda da prática da amamentação desde o final do século XIX, relacionada à expansão dos serviços de saúde. Informa ainda esta autora que, na Segunda Guerra Mundial, se registrou um ligeiro aumento o que é relacionado com a queda da produção industrial durante o período e a necessidade das mulheres de amamentar perante a falta de opções. Posteriormente, se registrou uma nova diminuição que se prolongou até a década de 70, quando as descobertas científicas dos benefícios do leite humano fizeram com que se revalorizara e promovera a volta da amamentação. Nos países em desenvolvimento, entre eles o Brasil, o processo de declínio da amamentação teve características similares as apontadas por Helsing, porém o fenômeno foi mais tardio e as conseqüências negativas

foram mais drásticas pelos aspectos relacionados com as condições materiais de existência da população.

Importante fator que influenciou a queda da amamentação foi o papel que as políticas de *marketing* e a promoção comercial dos produtos utilizados como substitutos ao leite humano tiveram em favor do consumo dos leites artificiais, leites modificados e outros sucedâneos, que eram distribuídos pelas empresas gratuitamente em amostras fornecidas às pacientes e aos profissionais dos serviços de saúde, numa concorrência perversa com a lactância natural como assinala o registro do pediatra Paulo Sérgio de Andrade:

> "...sendo estudante (inícios dos anos 60) já víamos coisas da Nestlé, por exemplo doando leite e amostras nos ambulatórios".

Esse conjunto de procedimentos incidiu fatalmente nas classes populares, onde não existe capacidade econômica para manter essa forma alimentar e as mulheres se vêm obrigadas a utilizar dosagens incompletas ou adicionar mingaus e outras bebidas em cada mamadeira, além de não ter acesso `a água potável e condições higiênicas para a manipulação de mamadeiras e chupetas, tornando-se estas uma porta aberta para agentes contaminadores e doenças infecto-contagiosas que chegam a provocar a morte de muitas crianças. No texto mimeografado a qual me referi nas páginas anteriores elaborados pelos médicos Keyko Teruya, Paulo Sérgio de Andrade e Laís Bueno, a inícios dos anos setenta, já mostra a preocupação destes profissionais com as atividades de *marketing* das industrias de fórmulas infantis.

"Por que Amamentar seu Filho?
Porque não há substituto ideal para o leite materno. Todas as fórmulas são provenientes do leite de vaca e nunca serão iguais ao leite materno."

"Por que Amamentar seu Filho?
Porque crianças alimentadas com mamadeira podem contrair a infecção nos intestinos (gastroenterite) o que leva à temível desidratação e freqüentemente à morte".

Como contraponto ao papel desmedido do *marketing* das indústrias de leite e comprovados os prejuízos ocasionados à saúde das crianças pelo chamado **"desmame comerciogênico"** (Rea 1989), houve na década de 70 uma mobilização social importante gestada por amplos setores da sociedade para tentar regular a ação dessas indústrias e proteger a população infantil. Lideradas pelas Nações Unidas, os resultados dessas campanhas desembocaram na constituição do **Código Internacional de Comercialização dos Sucedâneos do Leite Materno**[17], instrumento regulador das formas em que esses produtos são colocados no mercado, tendo sido alto o retorno em benefício da prática da amamentação. A aprovação do Código Internacional incitou os países que o aprovaram a tomar medidas adequadas à sua estrutura social e legislativa para efetivar os princípios do mesmo, incluindo a promulgação de leis e regulamentos adequados.

[17] No final de 1978, a OMS e o UNICEF organizaram uma reunião sobre alimentação de lactentes e crianças pequenas com a presença de 150 representantes de governo, organizações do sistema das Nações Unidas, organismos não governamentais, representantes da indústria de alimentos para lactentes e técnicos de áreas afins, onde se recomendou a elaboração de um código internacional de *marketing* de preparados para lactentes. Após consultas com todas as partes interessadas e inúmeras reuniões técnicas, a trigésima quarta Assembléia Mundial de Saúde adotou, como Recomendação, em 21 de maio de 1981, o Código Internacional de Substitutos do Leite Materno por 118 votos a favor, 1 contra (EUA) e 3 abstenções (Argentina, Japão e Coréia do Sul). Ver **Código Internacional de Substitutos do Leite Materno**, OMS, Genebra, 1981. Os principais pontos do Código se referem à não propaganda de substitutos do leite materno, não entrega de amostras às mães nem aos profissionais de saúde, os rótulos não devem desencorajar a amamentação e deverão trazer uma mensagem clara sobre a superioridade da amamentação e a qualidade dos produtos para lactentes deve ser de comprovado padrão.

No Brasil, a luta pela elaboração de um código nacional começou cedo[18], influenciada pelo que acontecia internacionalmente em torno do debate **"peito *versus* mamadeira"**. Em 1979, foi criada a **International Baby Food Action Network -IBFAN**, que já contava com membros, no Brasil e em outros países da América Latina e da Europa, num total de cerca de 70 países. Os ativistas da IBFAN, que se encontraram na Assembléia Mundial de Saúde quando da aprovação do Código Internacional, haviam participado nos seus respectivos países da defesa do aleitamento materno como a melhor forma de alimentação infantil e das lutas contra a propaganda indiscriminada das indústrias dos substitutos do leite materno. Com vistas a monitorar a vigilância ao Código e sua adequação nos respetivos países, os "IBFANer's" se organizaram para sua aplicação e regulamentação em cada país e, no Brasil, assumiram um destacado papel na elaboração do código brasileiro, processo detalhadamente descrito na citada dissertação de Rea (1989).

---

[18] Para um estudo detalhado das lutas contra as políticas de comercialização de sucedâneos do leite materno ver Marina Rea, **As políticas de Alimentação Infantil e a Prática de Amamentar: O caso de São Paulo.** Tese de Doutorado, Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1989. No capítulo 3 desse trabalho, a autora documenta um conjunto de informações, tanto para o Brasil quanto para outros países, abrangendo um período histórico de 50 anos a partir de 1939, onde saem em cena as primeiras advertências contra a propaganda enganosa dos alimentos infantis, denunciada por médicos pediatras e outros cientistas que aos poucos foram ganhando espaços em conferências científicas, congressos médicos, nas esferas governamentais e em organismos internacionais o que acabara delineando um movimento social a favor da amamentação e contra o uso dos leites artificiais, com alguns momentos de auge na luta. Entre estes, destaca-se a publicação em 1974 do livro ***The Baby Killer*** de Mike Muller, traduzido por um grupo de ativistas na Suíça como "Nestlé mata Bebês". A Nestlé processou por difamação o grupo, mas o assunto já havia sido divulgado internacionalmente por muitos organismos e pessoas que trabalhavam na defesa de uma alimentação infantil adequada. Pressões nos Estados Unidos e na Europa contra outras companhias como a Brystol-Meyers e a American-Home Products, endossando resoluções contra a propaganda não ética das fórmulas infantis, foram encaminhadas aos principais acionistas dessas companhias. Entretanto, denúncias mostravam que os produtos Nestlé estavam entrando preferencialmente no mercado dos países pobres, particularmente na África, relacionando diretamente a desnutrição infantil com o desmame precoce e a preparação não adequada de mamadeiras. Dessa forma, grupos organizados nos EUA iniciam, em 1977, um boicote aos produtos Nestlé, que se foi estendendo ao Canadá, Nova Zelândia, Austrália e países europeus, alcançando um total de 10 países num período de 7 anos. O debate "peito *versus* mamadeira" envolveu amplos setores da sociedade civil, políticos, ativistas, cientistas e foi ao bojo desse debate, a articulação de diversas forças para a promulgação de um código internacional.

Data de 1981 a criação no Brasil do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno–PNIAM – Ministério da Saúde, lançado ao público através de uma grande campanha do chamado *marketing* social. Utilizando o slogan **"Seis Meses que Valem uma Vida"**, a promoção do aleitamento materno foi veiculada em toda a mídia nacional e teve efeitos imediatos, aumentando o aleitamento materno de 60 para 120 dias. Participaram dessa campanha personagens importantes da vida pública brasileira, como os artistas Maria Zilda, Erasmo Carlos e Luceila Santos; a jornalista Marília Gabriela e o jogador de futebol Sócrates. Além das mensagens televisivas e radiofônicas foram utilizados folhetos e cartazes nos serviços de saúde, divulgando os benefícios da amamentação por toda a extensa geografia do país. De acordo com Erica Witte (1996:08), responsável técnica da campanha,

> "a utilização do *marketing* e do *merchandising* na construção de um hábito de saúde resultou ser uma experiência positiva. Depois da desativação da campanha, a prevalência do aleitamento materno voltou à situação anterior".

O PNIAM nasceu com uma visão multisetorial, implementada através de mecanismos interinstitucionais que permitiram atuar conjuntamente nas áreas de educação, trabalho, comunidade, rede de saúde, bancos de leite humano, atenção alimentar e nutricional, comunicação social, aspectos psicossociais do aleitamento materno, colhendo subsídios para a elaboração do Código Nacional e procurando uma abordagem global que levasse em consideração a complexidade da questão da lactância natural e os diversos fatores envolvidos na redução de sua prática.

Em 1987, o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição – INAN coordenou uma equipe multisetorial para a elaboração do código brasileiro. Segundo analisa Rea (1989), participaram desse grupo, além do INAN, outras instituições, como o UNICEF, a Rede IBFAN, a Associação Brasileira de Indústrias de Alimentos, o Conselho Nacional de Auto-Regulamentação Publicitária, a Sociedade de Pediatria de Brasília, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva -ABRASCO, o Conselho Nacional de Defesa do Consumidor, a Federação Brasileira de Nutrição e o Ministério da Agricultura, dentre outras, que, depois de integrarem um comitê, elaboraram um texto denominado **Normas para Comercialização de Alimentos para Lactentes**, aprovado pela Resolução N°. 05, de 20 de dezembro de 1988, do Conselho Nacional de Saúde.

O interesse pelo Código Nacional se fortaleceu depois de um diagnóstico elaborado pelo PNIAM que revelou baixa prevalência da amamentação em todo o país e desmame precoce durante o segundo mês de vida, apontando entre as principais causas a desinformação dos profissionais de saúde e da sociedade em geral sobre os benefícios do leite materno, as estruturas e rotinas inadequadas dos serviços de saúde, a inserção laboral das mulheres e a publicidade dos alimentos infantis industrializados. Aos fabricantes dos leites foi concedido um prazo de 12 meses, que venceram em outubro de 1993, para adequar-se às disposições contidas na Norma.[19]

[19] A Rede IBFAN realiza a cada dois anos um processo de monitorização do cumprimento ao Código Nacional no Brasil e nos outros países onde existe a lei. Dados da última monitorização brasileira, ocorrida em 1996, registraram a infração à Norma.

Os alimentos considerados substitutos do leite materno, segundo a Norma são "qualquer alimento comercializado ou de alguma forma apresentado como um substituto parcial ou total do leite materno". São da abrangência da Norma os seguintes produtos:

> "I -Leites infantis modificados;
> II. -Leite em pó, leite pasteurizado e leite esterilizado;
> III -Alimentos complementares, bebidas à base de leite ou não, quando comercializados ou de outra forma apresentados como apropriados para utilização como um substituto parcial ou total do leite materno; e
> IV. -Mamadeiras, bicos, chupetas e copos fechados com canudinhos ou bicos, comercializados ou indicados para o uso de crianças como recipientes para produtos líquidos relacionados nos incisos I, II e III."

Além do anterior, fazem parte da Norma outras considerações, tais como da definição, da promoção comercial, da qualidade, da rotulagem, da educação e da informação ao público, dos fabricantes e do pessoal de comercialização, do sistema de saúde e das instituições de ensino dos profissionais de saúde e do pessoal de saúde e da implementação. Muito embora seja um instrumento que, ao regular a ação de cada um dos principais responsáveis pelo desmame precoce, favoreça a promoção do aleitamento materno, fazem falta estudos que indiquem o impacto da Norma na prevalência do aleitamento materno. Por outro lado, as ações de monitoramento do cumprimento ao Código, que recém referi, são realizadas principalmente de forma voluntária pelos ativistas da Rede IBFAN, sem contar ainda com mecanismos governamentais permanentes para sua vigilância. Por outro lado, apesar de terem sido detectadas infrações ao Código, não existe registro de nenhuma punição de caráter legal às violações.

Se verificarmos as leis trabalhistas do Brasil, podemos constatar que a Constituição de 1934 fazia referência à proteção à maternidade e à infância. Em 1936, com a criação do **"Estatuto da Mulher"** amplia-se o período de licença na época do parto. Em 1966, a licença maternidade é ampliada para 12 semanas. A Constituição de 1988 garante a licença maternidade de 120 dias para a mulher, tempo que lhe permite manter a dieta ideal da criança e, vencido esse prazo, tem ainda o direito de utilizar uma hora diária de sua jornada de trabalho para amamentar o filho até os seis meses de idade. Essa última conquista já fazia parte da Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT de 1943, quando foi aberto um espaço durante a jornada de trabalho para que as mulheres amamentassem seus filhos e foram incluídos artigos para a criação de creches e salas de amamentação nos locais de trabalho. Foi garantido também pela Constituição de 1988 que todo estabelecimento de trabalho, onde houver mais de 30 mulheres empregadas, deve obrigatoriamente criar uma creche. Sabemos, no entanto, que essas conquistas não são usufruídas por todas as mulheres trabalhadoras e, muitas vezes, nem sequer são conhecidas como direitos. Desse modo, a garantia dos direitos trabalhistas estabelecidos pela Constituição não é, para uma grande proporção de mulheres brasileiras, um direito usufruído. É o caso das trabalhadoras rurais, das bóia-frias, das faxineiras e das empregadas domésticas e, também, de outras mulheres inseridas na economia formal onde a legislação não é cumprida. Na vida cotidiana, a mulher acaba acumulando funções e pressões de todo tipo, que dificultam a amamentação e a conciliação das atividades produtivas e reprodutivas. Considerando essa contradição, a relação amamentação/trabalho é hoje colocada na literatura como uma importante causa para o desmame precoce, tanto nas sociedades rurais como nas urbanas.[20]

---

[20] Ver Penny Van Esterik. **Mujer, Trabajo y Lactancia Materna.** Séries Monográficas sobre Nutrición Internacional de Cornell, Nº. 23, Universidade de Cornell, 1992.

A percepção do tempo da amamentação parece ser sempre extensivo e as mulheres que estão amamentando, de acordo com o referido por uma das minhas informantes, organizam as atividades do dia em função da freqüência da amamentação, o que muitas vezes pode ser causa de desmame e incorporação cedo de fórmulas lácteas e, me parece, que as políticas públicas não estão refletindo uma apropriação desse problema.

> "O nenêm largou o peito, você está correndo, saindo e voltando, fazendo muita coisa para dar conta dos afazeres"

Em última instância, se essas leis fossem devidamente cumpridas evitar-se-ia em parte o desmame precoce que tanto caracteriza o país, principalmente em algumas regiões como no Nordeste, que aponta um índice de desnutrição crônica de 27,1% entre crianças até 5 indiscriminada anos de idade e onde a média de amamentação é estimada em apenas 41 dias[21]. Segundo apontam pesquisas sobre a epidemiologia do desmame precoce[22], a duração média do aleitamento materno para o Brasil é de 134 dias para o aleitamento geral e de 72 dias para o aleitamento exclusivo. Na área rural, a média é de 191 dias e de 123 para a zona urbana. O desmame precoce é alto. Embora 97% das crianças brasileiras iniciam o aleitamento materno logo após o nascimento, aos 3 meses de vida um percentual de 43% das crianças já têm sido desmamadas.

---

[21] O desmame precoce que ocorre no Nordeste não está vinculado necessariamente à categoria ocupacional das mulheres e a variável prevalência da amamentação. Dados do Sistema de Informações da Pastoral da Criança revelam que nos municípios do Nordeste, onde atua esse organismo o índice de prevalência do aleitamento é mais alto que nos municípios onde não está presente a referida organização não governamental.

[22] "O perfil do Aleitamento Materno no Brasil" In **Perfil Estatístico de Mães e Crianças no Brasil**. INAN/ UNICEF, 1992.

É, pois, nesse contexto de retomada do aleitamento materno, de promoção do aleitamento conjunto e, em geral, de mobilização social e comunitária que se situa minha pesquisa no Centro de Lactação de Santos. No capítulo seguinte, trato da construção social do aleitamento materno como um objeto da Antropologia através da desnaturalização do mesmo e mostro algumas referências etnográficas que ilustram sua diversidade cultural. Desde uma perspectiva mais conceptual, intento situar o significado do aleitamento materno dentro da dimensão social mais ampla onde se insere sua prática.

ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS MATERNO - INFANTIS

HOSPITAIS TRADICIONAIS	HOSPITAL GUILHERME ÁLVARO
• Modelo Biologicista	• Modelo Holista
• Berçário	• Alojamento Conjunto
• Lactário	• Aleitamento Materno
• Protagonismo Médico	• Equipes Multiprofissionais
• Doença	• Processo saúde-doença
• Saber Científico	• Valorização seletiva de elementos do saber de senso comum + saber científico
• Relações Verticais	• Relações percebidas como horizontalizadas.
• Informações individuais	• Ações coletivas de orientação em saúde

LA MATERNITÉ
NESTLÉ

CAPÍTULO II

DA NATUREZA, DA CULTURA E DA AMAMENTAÇÃO

Como temos visto até aqui, o aleitamento materno se insere num sistema de percepções e práticas que orientam como este acontece e junto a outros fenômenos de caráter fisiológico, não pode ser visto apenas como um evento "natural". Isto significa que o aleitamento materno é principalmente um processo de construção social, apreendido, como veremos, diferentemente pelos diversos grupos sociais.

Minha experiência de campo sobre o aleitamento materno[23] embasou a idéia de que, no bojo das representações sociais sobre o aleitamento materno, transitam categorias como as de **cultura, natureza** e **gênero**, através do discurso dos diferentes atores sociais envolvidos na questão do aleitamento materno, assim como suas formas de percepção e ordenamento do mundo.

Com relação às categorias de cultura e natureza, é importante lembrar que ambas têm constituído alvo das preocupações filosóficas do pensamento ocidental. Desde os filósofos naturalistas da Grécia Clássica, passando pela Idade Média, pelo Renascimento e pelo Iluminismo, até as correntes pós-modernas de nosso tempo, o estudo da natureza e da

[23] Além do trabalho etnográfico no Centro de Lactação de Santos, tenho coletado informações junto a mulheres das camadas médias de várias cidades brasileiras, entre elas Rio de Janeiro, São Paulo, Porto Alegre, Recife , Maceió e Salvador que fazem parte dos grupos sociais que promovem a prática da amamentação. Esses dados tem sido coletados por mim durante encontros de aleitamento materno e seminários de trabalho

cultura tem sido um eixo central do pensamento humano. Paralelamente, essas categorias não são apenas patrimônio do pensamento erudito, mas também povoam o imaginário de diversos grupos sociais e estão presentes no senso comum. No que diz respeito à Antropologia, particularmente, a oposição natureza-cultura tem sido objeto constitutivo da própria disciplina como um campo de conhecimento e em quase toda a produção antropológica ha alguma referência ao assunto.

Para efeitos metodológicos deste trabalho, considero o conceito de **cultura** como uma categoria semântica, ou seja, que privilegio na análise sua perspectiva significante, que, conduzida pela proposta de Geertz, implica "começar com as nossas próprias interpretações do que pretendem nossos informantes, ou o que achamos que eles pretendem, e depois passamos a sistematizá-las" (1978:25). A trama para esta análise me foi dada pelas falas dos profissionais de saúde do Centro de Lactação e das mulheres usuárias que interagem e pensam desde lugares diferentes a **"cultura da amamentação"**. Por outro lado, a noção de **ideologia**, como entendida por Dumont (1977), ou seja, no sentido de situar aos atores sociais no tempo, no espaço e nas relações, através das quais expressam seus valores, é importante também para compreender o contexto em que se inserem os corpos discursivos dos meus informantes.

Maurice Bloch (1982) analisa a categoria de natureza considerando quatro linhas básicas de orientação encontradas no pensamento ocidental. A primeira remete a um estado pré-social, ou seja, a existência da natureza como uma substância básica anterior ao surgimento

do homem e dos outros organismos vivos, onde a natureza tenta ser explicada a partir da observação dos processos naturais. A segunda diz respeito aos processos internos do corpo humano: instintos, emoções, processo reprodutivo e outros aspectos biológicos e fisiológicos do nosso organismo. A seguinte distinção se refere à natureza como uma ordem universal que envolve a coexistência dos seres vivos: o homem, os animais, as plantas e seu entorno. A quarta visão aponta para uma concepção evolutiva do homem, onde as formas de vida dos povos primitivos são concebidas como estando mais perto da natureza ou pertencentes a um estado natural. Para efeitos dos meu trabalho, me parece que as percepções dos meus informantes podem pensar-se à luz da segunda e da quarta classificação. Contudo, na terceira classificação de Bloch pode-se incluir uma tendência que vê no aleitamento um recurso natural ecológico que pode vir a desaparecer se medidas especiais não se tomam para sua preservação. É o caso dos grupos de apoio à amamentação que defendem a idéia de que **"Amamentar é um Ato Ecológico"**[24], e que vem ao encontro de posturas naturalistas que valorizam um retorno ao estado natural do homem em voga nos dias atuais não apenas no campo da medicina e da saúde, mas implica numa visão mais abrangente que envolve um novo estilo de vida.

Na Antropologia, o conceito de natureza vem junto com a noção de cultura. Essa característica dicotômica de nosso pensamento não se expressa apenas na oposição natureza/cultura, mas também em outras oposições binárias muito caras para a

[24] O Grupo da Rede IBFAN-Rio de Janeiro participou da Conferência de Nações Unidas para o Meio Ambiente com uma mobilização de mulheres alertando para as possibilidades de perda do recurso do leite materno frente ao uso dos leites industrializados. Detalhe sobre as atividades pode ser visto em Marcus Renato, **Relatório sobre a Eco-92**, IBFAN, Rio de Janeiro, 1992.
Numa cartilha elaborada pelo Grupo Origem de Recife, *Amamentar Também é Ecológico*, se chama a atenção para a forma em que a amamentação ajuda a preservar o ambiente evitando as queimadas para pastagens, o conseqüente efeito estufa, o gasto de energia e a contaminação do ambiente com latas e outros materiais não biodegradáveis.

Antropologia, tais como feminino/masculino, público/privado, sagrado/profano, sujeito/objeto, puro/impuro e paixão/razão que utilizamos como categorias para ordenar o mundo e entender a realidade. Suarez (1992:03) entende que no plano da natureza, que é o dado ao homem, prevalecem a subordinação e a imutabilidade, enquanto que no plano da cultura, que são os fatos criados pelo homem, permitem a ação e a mudança. Esta análise não parece diferente da enunciada por Bloch (1982) e me parece que na questão do aleitamento materno opera um pensamento similar para classificar fisiologicamente a mulher na ordem da natureza e a forma em que acontece o processo da amamentação, no plano da cultura, mantendo-se a oposição natureza/cultura. De acordo com Strathern (1982: 170) as noções de natureza e cultura tem adquirido certos significados como categorias de análise, principalmente na tradição empirista e é o que se observa nos autores que veremos adiante sobre a forma em que lidam com essas categorias.

A revisão da literatura antropológica sobre as relações entre natureza e cultura aponta Claude Lévi-Strauss como o principal responsável pela reintrodução desta dicotomia no debate da disciplina. Na sua teoria da aliança, onde explica a reprodução social através da troca de mulheres, a mulher é assimilada à natureza, perspectiva que criou um referencial teórico que posteriormente foi aprofundado pelos estudos de gênero, o que retomo no capítulo IV, para mostrar as percepções do aleitamento materno como uma questão natural e instintiva das mulheres. (Ortner, 1979, Franchetto, 1981 e Rosaldo 1979). Essa assimilação simbólica da mulher à natureza faz com que o aleitamento materno seja pensado simbolicamente como atrelado à natureza da mulher e de certa forma também define sua

função social. Por outro lado, a troca implicitamente significa algum tipo de comunicação e de reciprocidade. No caso do aleitamento materno, ao pensarmos a natureza como algo dado, em oposição à cultura como algo construído, este pode ser pensado simbolicamente como dádiva, da mãe (doadora) ao filho (receptor) e vice-versa porque a mãe se satisfaz com o bem-estar e a saúde do filho, que também aparece na literatura como vinculado à natureza (Rosaldo 1979:106), como evidencia o seguinte depoimento de uma das minhas informantes de Santos:

> "Graças a Deus o nenêm esta bem e forte e cresce com saúde, tudo pelo leite materno que *dou* para ele".

Contudo, para alguns autores a subordinação universal da mulher, que pode estar relacionada principalmente a sua função reprodutora, é relativizada ao pensar-mos as diferenças em termos de assimetria, onde a mulher é vista numa relação apenas diferente, o que não significa, necessariamente, desigual e que veremos mais adiante.

Através de seus estudos, Lévi-Strauss (1982) propõe que entre natureza e cultura existe um mediador simbólico que estabelece universalmente a passagem da primeira para a segunda, resultando no surgimento de uma nova ordem. A cultura, segundo ele, é resultado da capacidade humana de construir símbolos, dentre os quais o primeiro é a noção de regra. A partir das regras surgem as instituições. Sua célebre teoria do tabu do incesto, que seria o operador dessa passagem, explica bem esta idéia.

> "La prohibición del incesto es el processo por el cual la naturaleza se supera a si misma, enciende la chispa bajo cuya acción una estructura nueva y más compleja se forma y se suporpone - integrándolas - a la vida psiquica, asi como estas

> últimas se superponen -integrándolas- a las estructuras más simples de la vida animal". In Backes Clement (1974:20)

Comentando a este respeito, Leaf (1981) salienta que a proibição do incesto expressa a transição do fato natural da consangüinidade para o fato cultural da aliança e, no caso do aleitamento materno, podemos dizer que simbolicamente ele reforça os laços consangüíneos. Muito embora a natureza tenha sua própria autonomia, a abordagem que o homem faz dela é enteiramente cultural, como veremos nos discursos dos profissionais de saúde e das mulheres do universo pesquisado. De tal forma que a universalidade da oposição natureza/cultura que caracteriza o pensamento ocidental é teoricamente colocada em dúvida e se mostra difusa no discurso dos meus informantes.

Talvez uma das principais figuras a reconhecer este fato tenha sido Margaret Mead, a meados deste século. Muito embora sua formulação não teve a contundência que lhe impregnaram algumas antropólogas na década dos oitenta, suas observações foram muito pertinentes quando aponta que a natureza humana "é quase incrivelmente maneável, respondendo acurada e diferentemente a condições culturais contrastantes" (1969:269). Porém, como reconhecem Ortner e Whitehead (1981:01), essa assimetria pode ser altamente variável em termos de grau e qualidade entre as culturas. Nessa mesma linha de reflexão, Lévi-Strauss (1991:28) aponta que "a etnologia moderna não pode mais se contentar em separar radicalmente a ordem da natureza da ordem da cultura", apesar de ter sido ele um dos principais autores a pensar as categorias de natureza e de cultura, como oposições binárias. Ortner (1979) e Mary Strathern (1981:172) ao declarar o caráter

complementar destas categorias, sintetizado na frase "each one is what the other is not", coincidem na necessidade de redimensionar as relações entre natureza/cultura, e propõem a existência de uma certa complementaridade entre as mesmas, até porque a expressão natural está sempre determinada pela cultura na sua capacidade instrumental, como assinalado por Sahlins (1979). Percebo nas falas das minhas informantes uma tendência mais focalizada a uma complementaridade destas categorias do que a oposições nitidamente formuladas. A cultura, do ponto de vista da "razão prática" de Sahlins, resulta da transformação da natureza pelo homem no seu processo de adaptação, que envolve uma apropriação prática e utilitarista da natureza. Nessa dinâmica de transformações, homens e mulheres participam de maneira distinta, segundo o contexto e a concepção de gênero, tendo atribuições sociais diferentes, que podem ser tanto de complementaridade quanto de oposição. Nesse processo de construção cultural, do qual faz parte o processo de normatização dos usos do corpo, e entre os quais podemos situar a questão do aleitamento materno desde sua perspectiva institucional, remetem, em certa medida, a uma apropriação prática da natureza.

Jack Goody (1977) diz, por exemplo, que a natureza e a cultura têm penetrado tão profundamente na análise cultural que assumimos sua oposição como inevitável, como um dado natural. Nessa linha de pensamento, a postura mais radical talvez seja a de Strathern (1980) no seu trabalho *No Nature, No Culture*, onde a categoria natureza é apresentada como uma construção cultural da alteridade. Para esta autora, a dicotomia natureza–cultura está mais para o ocidente que para um universal etnográfico. Concepção não muito diferente, por sinal, é a leitura de Clifford Geertz, que acredita que a imagem de uma

natureza humana constante, despida de tempo, lugar e circunstância, "pode ser uma ilusão". A proposta de Geertz chega a ser mais instigante ainda quando, referindo-se ao estado de transe coletivo que costuma acontecer na celebração de alguns rituais cerimoniais de Bali, ele se pergunta sobre a existência ou não da natureza humana, qualificando o homem como um produto da cultura. Para Geertz (1978:225), "o pensamento humano é rematadamente social: social em sua origem, em suas funções, social em suas formas, social em suas aplicações". Nas páginas que seguem, faço um recorrido por algumas etnografias que permitem situar as relações travadas entre as categorias de natureza e cultura e o fenômeno da amamentação.

Natureza, Cultura e Amamentação

Muito embora o aleitamento materno não seja revelado com um papel destacado na literatura antropológica, há uma série de trabalhos etnográficos, como será visto, que documentam dados sobre esta prática, tanto na literatura produzida fora do Brasil, quanto na nacional. Fundamentalmente, estes registros aparecem na análise dos espaços domésticos, da organização da estrutura familiar, dos papéis sociais masculinos e femininos ou, ainda, dos processos da reprodução social e da dimensão simbólica das sociedades. A seguir, à maneira de exemplo, trago ao texto algumas das representações sociais e percepções registradas pelos pesquisadores sobre como é visto o aleitamento materno nos diversos grupos sociais por eles estudados e que de certa forma, também aparecem na cultura da amamentação que observei em Santos.

Em primeiro lugar, obedecendo a uma ordem cronológica, menciono o trabalho de E.E. Evans-Pritchard (1974) realizado nos anos de 1926-1930, entre os Azande estudando particularmente, gestação, nascimento e parto entre esse grupo africano. Logo a seguir, os estudos pioneiros de tipo comparativo realizados por Margaret Mead (1969 e 1971), durante a década de 50 na Nova Guiné, marcaram um momento muito importante para Antropologia, embora nem sempre assim reconhecido, para a compreensão da desnaturalização das relações de gênero e a formação da noção de pessoa, ao comprovar empiricamente como nessas sociedades se constróem de forma tão diferente o masculino e o feminino e se procede a organização da vida cotidiana em função dessas classificações. Posteriormente a suas pesquisas, outras investigações trouxeram novos dados para os estudos dos modelos de maternidade e paternidade, dos processos culturais de socialização e das formas de cuidado com as crianças e, em geral, sobre a cultura do nascimento que prevalece numa dada sociedade, que ela iniciara com seus estudos em Samoa. Entre estas mencionarei, além das de Mead, as investigações de Valery (1977), Fritz (1981), Gillison (1982), Brandes (1982), Carol MacCormack (1982), Palmer (1988), Godelier (1988) e McCann & Bender (1993). Na produção brasileira destacam-se os trabalhos de Peirano (1975), Motta Maués (1977), Rodrigues (1978) e, mais recentemente, Garnello (1993).

A "cultura do nascimento", como mostra este mosaico de trabalhos, se expressa de forma muito diferente nas diversas sociedades: no mundo ocidental, diferentemente das sociedades mais tradicionais, alimentos há uma tendência crescente à medicalização dos eventos da reprodução.

No seu artigo sobre gestação e herança entre os Azande, Evans-Pritchard (1974), analisa as formas de concepção desse grupo em relação ao processo de gestação das crianças e os papeis feminino e masculino nesse processo. Apesar que sua ótica é essencialmente masculina, o autor informa algumas questões relevantes para o tema aqui tratado. A mulher zande é vista como alimentadora da criança através dos seu seios, os que cuida especialmente no processo da amamentação comendo frutas ou fazendo massagem para ativar o fluxo. Simbolicamente o seio é visto como a contribuição feminina para a criança, sendo que nessa sociedade patrilinear a família dos homens goza, segundo o autor, de maior força social. Em *Sexo e Temperamento*, Margaret Mead (1969:208) informa que na sociedade dos **Arapesh** a lactância natural é muito valorizada e costuma ser praticada até que a criança atinge quatro ou cinco anos, quando gradativamente e da forma menos violenta possível são introduzidos alimentos complementares fazendo a ressalva que, para os Arapesh, a preocupação com o seio materno é muito menos pelo alimento que pela afeição que o envolve. Como veremos mais adiante, um dos aspectos a ser resgatado pela prática da amamentação é a dimensão afetiva que envolve o processo para a relação mãe-filho. Neste grupo, o desmame antes dessa idade somente ocorre por motivo da chegada de um novo filho, que deverá também ser amamentado. Porém, é muito comum, revela a autora, encontrar mulheres amamentando mais de um filho simultaneamente. Observei este fato entre comunidades indígenas de grupos **Kaiapó**, ao sul do Estado do Pará[25], onde parece não haver solução de continuidade da amamentação entre um filho e outro recém nascido. Práticas semelhantes são encontradas entre diversos grupos étnicos da população

[25] Registro levantado por mim em 1994, num trabalho de campo realizado sobre as políticas de saúde dirigidas às populações indígenas do Brasil. Coordenação de Saúde do Índio, Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde.

indígena da **Guatemala**. No seu livro *Macho e Fêmea* (1971: 70) Margaret Mead assinala que na sociedade Arapesh a boca é pensada como um elemento fundamental da socialização das crianças e acrescenta que a relação com o seio é forte, sendo que o bebê não será deixado por muito tempo nas mãos do pai ou de outras pessoas. Portanto, a relação entre mãe e filho é também muito forte e considera a amamentação como a "relação mais caracteristicamente complementar de todo o aprendizado do corpo" (1971:82). Parece prevalecer nesta cultura, uma valorização da dimensão do contato físico, como elemento fundante da construção da pessoa que hoje é reificado nas sociedades urbanas na busca da recuperação/fortalecimento de vínculos familiares e sociais.

No entanto, os seus vizinhos, os **Mundugumur**, de acordo com Mead, têm um comportamento social totalmente invertido em relação aos Arapesh. Sentem uma grande hostilidade pela amamentação e procuram dar de mamar ao bebê sem estabelecer muito contato com a criança. Assim, a mulher amamenta em pé, enquanto o bebê é colocado dentro de um cesto de fibra rígida que o mantém suficientemente distanciado de sua mãe que, via de regra, se coloca numa posição que permite apenas a boa sucção do lactente (privilegiando o aspecto nutricional) mas não a afeição e o aconchego que rodeia os bebês Arapesh. Quando se inicia o desmame da criança Mundugumur, na época em que esta começa a caminhar, a agressividade, segundo esta autora, torna-se mais explícita e "o processo de desmame é acompanhado de pancadas e de descomposturas que acentuam ainda mais o quadro hostil apresentado à criança" (Mead 1969:211). Ela observou entre os Mundugumor que a boca funciona como uma zona de intercomunicação entre crianças e

adultos. A criança aprende assim, as possibilidades de uma conduta –passiva ou receptiva– relacionada à maneira pela qual sua mãe a amamenta.

Embora parece contraditório, dentre os Mundugumur é comum encontrar a prática social da adoção. A mãe adotiva é com freqüência uma mulher que nunca concebeu, muito embora seja capaz de amamentar, levando a criança constantemente ao seio para que, através da sucção, estimule a glândula mamaria para a produção do leite, o que acontece por volta de duas ou três semanas de estímulo. Isto é reconhecido na literatura médica como **"lactação adotiva"** e costuma ser ainda na atualidade uma prática comum, inclusive nas sociedades urbanas. No Centro de Lactação de Santos, segundo informações do quadro técnico, já tiveram a experiência de lactação adotiva com duas mulheres. Uma delas teve sucesso e a outra não conseguiu amamentar, devido a ter se submetido, anos antes, a uma cirurgia plástica de mamas que bloqueou os ductos lactóforos e os alvéolos mamarias, impedindo o processo. Simbolicamente, a lactação adotiva substitui o parto biológico que a mulher não realizou e atua como um elemento de confirmação da maternidade. De acordo com uma pesquisa desenvolvida por Valery (1977) registra que entre algumas tribos **africanas** as avós costumam amamentar os netos, nos casos de morte da mãe ou de doença, substituindo a mãe no seu papel de provedora do leite.

Tanto na sociedade Arapesh quanto nos Mundugumur, esses hábitos alimentares e de socialização visam fortalecer e reproduzir o modelo ideal de comportamento de cada uma dessas sociedades, onde o aleitamento materno parece cumprir um importante papel. Como assinala Kitzinger (1975:69), o processo de aculturação das crianças se inicia na relação

mãe –filho e as escolhas da alimentação infantil, assim como o estado de ânimo em que se oferece o alimento, remetem ao sistema de valores da sociedade a que pertence a criança.

Num estudo sobre as representações da natureza no pensamento dos **Gimi**, grupo produtor de ovelhas pesquisado por Gillian Gillison (1982), esta autora encontrou que as mulheres dão de mamar indistintamente a seus bebês e também às ovelhas, não sendo raro achá-las dormindo ao lado dos dois.[26] Os homens desse povo realizam rituais de purificação para evitar contaminar as mulheres que estão amamentando, que obtém sua força do sangue da menstruação que consideram estar relacionada ao poder de procriação das mulheres e do cuidado das crianças.

Os **Baruya**, pesquisados por Godelier (1989), fazem uma associação muito clara entre o sêmen e o leite materno. De acordo com sua visão de mundo, as mulheres só podem ter seios bonitos e suficiente leite, somente depois que o esposo a tenha alimentado abundantemente com seu esperma, evidenciando uma relação de fatores estéticos e relações de gênero.

No caso dos **Shebro**, estudados por Mac Cormack (1982), onde também a menstruação está sujeita a rituais de purificação como nos Gimi, as mulheres que iniciam sua menstruação quando ainda estão amamentando são mantidas isoladas; no entanto, as crianças que já foram desmamadas costumam visitar suas mães com freqüência, o que é

[26] Foge aos objetivos desta pesquisa a relação que pode haver entre a amamentação de animais pelas mulheres de alguns grupos sociais ou de crianças mamando nos animais, como no mito de Rômulo e Remo. Como dado curioso, uma amiga moçambicana ao saber da minha pesquisa sobre o aleitamento materno, contou-me que em Maputo, alguns anos atrás, um parente, quando criança, mamava na cachorra da casa e na sua mãe de forma simultânea.

percebido como expressão dos fortes vínculos estabelecidos pela dupla mãe/filho. Nesse grupo existe também uma relação entre o sêmen e o leite de peito, ao considerar que ambos estão relacionados com a água e a cor branca é associada à procriação.

Nos grupos **Bimin-Kuskusmin** pesquisados por Fritz (1982: 119), o sangue menstrual é considerado fundamental para a fertilidade e a menstruação está cercada de uma série de rituais de purificação. O sangue da mãe é transmitido a sua prole através do leite materno. Todas as crianças são amamentadas e , segundo este autor, não são desmamadas senão até os três ou quatro anos, quando se iniciam as cerimônias de iniciação. Nesse grupo se observam comportamentos diferentes com relação ao aleitamento materno de crianças mulheres e homens. Os segundos são desmamados mais fortemente e mais cedo para ajudar a formar o caráter forte e bravo que deve caracterizar os meninos (Fritz: 138).

Já numa comunidade de **Andaluzia**, estudada por Brandes (1982:224), os fluídos brancos masculinos (sêmen) são associados ao leite de peito, ambos pensados como elementos indispensáveis para a criação e a sustentação da vida. Numa primeira etapa de sua vida, o homem dessa comunidade precisa do leite para sua sobrevivência (bebê) e na vida adulta precisa de seu leite (sêmen) para a produção dos filhos.

Palmer (1988:118) argumenta que em algumas sociedades existe a crença que amamentar durante a gravidez é fonte de contaminação e de utilização indevida de um recurso que já pertence ao futuro bebê. Registros etnográficos levantados por esta autora revelam que o sêmen é considerado um agente poluidor para o leite humano. Portanto, os homens dessas

sociedades incentivam as mulheres a utilizarem logo as fórmulas e a mamadeira para restabelecer as relações sexuais mais cedo.

Na **América Latina**, onde tem existido uma forte cultura da amamentação, principalmente nas áreas rurais e entre os grupos camponeses, assim como nas populações indígenas, um estudo na **Bolívia**, elaborado por McCann & Bender (1993:26), informa que, nas comunidades rurais desse país, o índice de lactância natural é muito alto, chegando a 93%, sendo que os varões costumam ser amamentados durante mais tempo que as meninas, de acordo com a definição de que os homens devem ser mais fortes para o trabalho, numa clara assimetria de gênero. Os camponeses dessas áreas rurais também acreditam que o leite materno está relacionado com os fluídos menstruais da mulher.[27]

No **Brasil** também existe alguma literatura, embora escassa, com dados etnográficos sobre o aleitamento materno. Isto aparece, sobretudo, nas pesquisas sobre hábitos alimentares ou acerca das representações sobre maternidade e corpo. Em várias regiões brasileiras também há evidencias de que o leite humano é pensado como um subproduto do sêmen ou como a transformação do sangue (geralmente da mãe), que representa força, num outro fluído, o leite materno, que expressa a transmissão da fortaleza. A categoria forte/fraco, tão presente em outras dimensões da cultura brasileira, também se manifesta nos sistemas de classificação das usuárias do Centro. A oposição "leite fraco / leite forte" remete também à definição dos atributos corporais da mulher que vão influir na futura configuração do filho

[27] Não tenho dados para analisar as relações hierárquicas entre meninas e meninos com relação ao aleitamento materno no universo pesquisado, porém em termos de alimentação sabemos que os varões ganham mais quantidade de comida e as estatísticas mostram que a mortalidade infantil feminina é maior que entre os meninos o que pode estar escondendo relações assimétricas de gênero.

(miúdo, forte, grande, fraco, etc.). A bem da verdade, os atributos fisiológicos aparecem recorrentemente no pensamento ocidental como simbólicos da moral, assim também sucede com a saúde e/ou a doença, ambas permeadas socialmente de seus respectivos signos positivo e negativo.

Numa comunidade pesqueira do **Pará**, estudada por Angélica Motta Maués, na década de setenta (1977), a autora pesquisou as percepções desse grupo sobre a importância social e cultural de alguns aspectos do ciclo biológico da mulher, entre eles a menstruação, a gravidez, o puerpério e a menopausa. Ela identificou como as construções simbólicas sobre a posição da mulher dentro do sistema social se vinculam à forma com que aquelas mulheres percebem e classificam seu mundo, dividido para elas em três categorias: mundo natural, sobrenatural e social. No processo de celebração do parto, surgem junto à parteira outros três personagens socialmente relevantes: a **leiteira**, a tratadeira e a lavadeira. Interessa aqui destacar a primeira, cuja presença se deve a que ela terá que amamentar durante os primeiros três dias de vida, o recém-nascido, atividade essa que, diferentemente das outras duas, não é remunerada e é sempre realizada por alguém com vínculos sociais estreitos com a parturiente, fortalecendo assim as relações de troca e de reciprocidade entre os grupos sociais. A leitera passa a ser considerada "mãe de leite" da criança. Mesmo não dito pela autora, o bebê estaria sendo interditado do colostro, que é pensado como poluente, omitindo as qualidades imunológicas presentes no mesmo. Essas mulheres identificadas por Motta Maúes desenvolvem o papel de **doulas** que, como mostro no próximo capítulo, realizam um importante trabalho de transmissão cultural e de apoio durante o ciclo reprodutivo da mulher. Nessa mesma comunidade, as restrições

alimentares da criança se prolongam até que ela atinge os dois anos de idade, periodo em que é desmamada e passa a ser socialmente considerada uma pessoa. Etnograficamente, esse grupo se assemelha ao pesquisado por Woortmann (1986), ao qual me referi no capítulo I. Mãe e filho são nessas representações uma sorte de prolongamento simbólico baseado nos condicionamentos biológicos entre ambos.[28] Também na região amazônica, Garnello (1993) analisa a construção da parteira, que pese à crescente oferta de serviços de saúde, continua a ser uma figura socialmente reconhecida pela população. Garnello não se ocupa diretamente do aleitamento materno, porém seu trabalho é importante para mostrar as diferentes lógicas entre os serviços de saúde e o conhecimento popular.

Segundo aponta Ibañez Novion (1976), num estudo com mulheres de Sobradinho, na periferia de Brasília, foram encontradas representações muito importantes que valorizam o papel do sangue durante a concepção, a gravidez e, particularmente, durante a amamentação em que o leite materno é pensado como uma transformação do sangue da mulher.

Natureza, Cultura e Gênero

A categoria de **gênero** se reveste de duas dimensões. A primeira delas é dada pelas características biológico – sexuais do homem e da mulher, que não são suficientes para

[28] As políticas de alimentação infantil vigentes orientam -como já vimos- para que as crianças sejam alimentadas com leite materno até que atinjam os dois anos de idade, o que pode ser entendido não como prescrição mas como recuperação de formas preferenciais de alimentação em muitas regiões diferentes do mundo.

explicar as diferenças sociais entre o feminino e o masculino; a outra dimensão se funda na construção social do feminino e do masculino, tendo como referência as características biológico-anatômicas que são constitutivas da diferenciação social do trabalho e da subordinação da mulher. Como aponta Nancy Chodorow (1978:03), "*mothering* [29] é um dos poucos elementos universais e perduráveis da divisão sexual do trabalho". O gênero é também uma categoria política que permite analisar as desiguais formas de distribuição do poder entre o feminino e o masculino, considerando a posição social subordinada da mulher em relação ao homem. De acordo com Sorj (1992:15), diferentemente do sexo, a categoria de gênero é uma construção social que é apreendida, representada, institucionalizada e transmitida por gerações. Em palavras de Heilborn (1992), o gênero é pensado como a "distinção entre atributos culturais alocados a cada um dos sexos e a dimensão biológica dos seres humanos". Porém, as distinções de gênero –como as de classes por exemplo– são hierárquicas. Isto significa que são socialmente atribuídas, através de valores sociais que acabam funcionando como operadores da diferença (Rapaport, 1993). Como parte de um sistema de valores, idéias, símbolos e significados que estão presentes na cultura, a definição dos papéis feminino e masculino é arbitrária.

Segundo informam Machado (1992) e Heilborn (1992), a definição do conceito de gênero é resultado da convergência de duas vertentes diferentes: por um lado, da prática do movimento feminista –muito embora não se possa falar de um movimento feminista monolítico dada as diferentes correntes e especificidades sociais e culturais que expressa– e, por outro, do diálogo interdisciplinar entre os saberes da Filosofia, Psicanálise, Sociologia,

[29] Este conceito está sendo traduzido como "maternagem", para indicar as atividades relacionadas com a maternidade.

Psicologia, Antropologia e Literatura principalmente. Esse diálogo inaugura um "campo" que abrange não mais os estudos sobre mulher, mas introduz os estudos de gênero, que vão procurar mostrar como opera a construção social do sexo e da relação entre os sexos.

O "sistema de gênero", designado por Cucchiari (1981:30) como "um sistema simbólico e significante que consiste de duas categorias complementares, porém mutuamente excludentes, em que estão situados todos os seres humanos", remete a outros elementos do sistema social tais como os papéis sexuais no conjunto de ações que as pessoas desenvolvem no seu dia-a-dia.

Os estudos de gênero expressam, a meu ver, uma intenção política ancorada na constatação universal de que, historicamente, a mulher circulou dentro de um mundo dito privado, distanciada e/ou excluída da esfera pública, o que foi delineando uma condição feminina específica, caracterizada pela assimetria em relação ao homem, que veio à luz na produção científica dos sistemas de gênero. Assim, os estudos sobre gênero deram visibilidade a um mundo feminino que permanecia oculto e permitiram a revalorização das formas de inserção social e econômica das mulheres que se registrou na vasta produção teórica. Fundamentalmente, isto se deve a uma mudança do olhar desses estudos. Embora houvesse pesquisas sobre a questão da mulher na sociedade, eram realizadas por homens e, as desenvolvidas por pesquisadoras mulheres eram influenciadas pelo viés masculino da ideologia dominante.

Nas últimas duas décadas, a produção científica sobre gênero e sobre as relações de poder que estão implícitas foram abordados por numerosos autores, que buscavam compreender as contradições existentes nas relações entre os sexos, o lugar de cada um no sistema de poder da sociedade, onde a reconstrução da diferença e a alteridade feminina passaram a ser o cerne desses estudos. Entre esses autores estão, por exemplo, Franchetto et ali (1981), Zanotta (1992) (1995), Sorj (1992), Segato (1985), Suarez (1992) e Giffin (1991) entre os nacionais, e Rosaldo (1979) MacCormack (1982), Chodorow (1978), Strathern (1982), Cucchiari (1981), Whitehead & Ortner (1981) e Jordanova (1982), entre os nomes do exterior. Paralelamente, a pesquisa etnográfica está revelando a necessidade de desconstruir as concepções naturalistas sobre os papéis sexuais e a maternidade, como aponta o trabalho realizado por Segato (1985:54) entre os membros do culto Nagô do Recife.

Nas sociedades ocidentais, é comum encontrar associações entre as categorias de natureza/cultura e gênero, tanto em termos da literatura quanto no senso comum, como veremos no último capítulo, ao tratar das percepções do aleitamento materno dos profissionais de saúde e das mulheres usuárias do Centro de Lactação. Sob esta perspectiva, a concepção da mulher aparece vinculada à ordem da natureza pelas suas funções na reprodução biológica, ao passo em que o homem é associado à cultura pelo seu papel na produção. Porém, este fato pode ser relativizado ao nos depararmos com a existência de sociedades onde a prática do *couvade*, uma espécie de partilha social masculina das dores e desconfortos do parto e do pós-parto, põe em evidência a polaridade

da dualidade homem/mulher, como indica que essa contradição é culturalmente diversificada (Cucchiari 1981:33).

Durante o século XIX, a visão da relação entre natureza e condição feminina foi uma tendência muito presente, derivada sobretudo das funções biológicas maternais, e influenciou alguns campos mais do que outros, entre eles o da medicina e, particularmente, a mulher como consumidora de serviços médicos. No Brasil, esta visão não foi diferente sobre tudo na figura da "mãe higiênica", resultado, segundo Freire (1983: 255), da emancipação da mulher do poder patriarcal e de sua colonização pelo poder médico, onde amamentar passou a ser considerado uma obrigação materna. Analisando o período colonial Jurandir Freire (1983:256) afirma que

> "... a mulher oitocentista, herdeira dos costumes coloniais, continuava sem amamentar. Este comportamento, condenado por lesar os interesses político-populacionistas da elite agrária, foi codificado no discurso higiênico, como infração *às leis da natureza*. A mulher que não amamentava dizia-se, rompia duplamente os cânones naturais. Em primeiro lugar porque se conduzia de modo contrário a todas as fêmeas da classe dos mamíferos; em segundo lugar, porque contrariava sua outra vocação *"natural", a de ser mãe*, conforme o figurino higiênico". (grifo meu).

O aleitamento materno, no período colonial, revela Mary del Priore (1993), tornou-se um meio de vida para as mulheres pobres e, particularmente, para as mulheres negras. Concebido como a forma de alimentação das crianças, as mulheres ricas se poupavam, contratando mulheres negras para amamentarem seus filhos. No imaginário popular, o leite

das mulheres negras era visto como mais forte e melhor. Entretanto, as amas de leite e o aleitamento mercenário contribuíram para que os filhos dessas mulheres pobres deixaram de ser amamentados e se tornaram em alvo principal de doenças e mazelas da desnutrição infantil. Ainda no período colonial, uma pesquisa sobre a história da "mãe de família", realizada por Giacomini (1985: 78), a autora cita um longo trecho, que reproduzo a seguir pela força do discurso da ideologia dominante, capaz de normatizar o comportamento feminino e, principalmente, a maternidade. A postura médica de normatizar o corpo, principalmente o feminino, também é reveladora dessa tendência sinalizada por Freire. Como veremos no capítulo IV, a vocação normatizadora do discurso médico não mudou, apenas se adequou ao estilo da vida moderna.

> "Há deveres de tal ordem impostos pela própria *natureza* que a não serem cumpridos, colocam as mulheres em condição inferior à de outros animais. A *organização anatômica* da mulher bem lhe indica qual o papel que lhe traçou o criador, o de ser mãe!. A vida de um ente no seio da mulher durante nove meses, os sofrimentos e as angústias porque ela passa para que esse ente venha à vida exterior, também lhe demonstraram que ha mais alguma coisa a fazer para que seja completo o seu dever. Se a mulher nasceu para ser mãe, se durante nove meses ela reparte seu sangue com o embrião; depois com o feto, e mais tarde com o filho, porque não continuará ela a dar-lhe esse mesmo *sangue* que a natureza transformou em um líquido, contido em seus seios sob o nome de *leite*?
> Dr. Carlos Costa". (grifo meu)

Como vemos, a construção da categoria mulher passa então por um dos atributos naturais que a definem essencialmente: a maternidade, o que lhe valeu ser classificada dentro do mundo da natureza e, a partir disso, foram-lhe reservadas funções sociais que

historicamente justificam sua submissão, expressando um sistema de pensamento que opõe o biológico e o social. Dentro dessa concepção o homem se vincula, através de sua produção, à cultura, entanto que a mulher se vincula à natureza, através de sua reprodução. Chodorow (1978: 05) sinaliza que a expectativa das capacidades de lactação, que estão situadas segundo esta autora na natureza, e pelos cuidados que a mãe dispensa ao filho, a questão da maternidade aparece no feminino como um fato. Argumentação similar é levantada por Giffin (1991:193), para quem a situação de subordinação da mulher levou-a a aceitar a maternidade como sua função natural. Concebida como uma vocação natural das mulheres, a criação dos filhos não requer habilidades especiais nem é socialmente compensada, além do "prazer intrínseco" que carrega. Segundo aponta Ortner (1981:360), as implicações desta forma de organização do mundo contribuíram para que as mulheres se mantivessem secularmente fora do chamado "sistema de prestígio", –aquele que "define as metas últimas e os propósitos da vida para os atores de uma sociedade"– sem acesso à esfera real do poder. Contudo, as mulheres construíram um poder distinto –sustentado no domínio feminino do mundo doméstico– que se revela de forma diferente em cada época histórica e cria complexas redes de relações sociais.

Dentro da tradição antropológica, vários estudos sobre a mulher, como veremos, tentam dar conta da posição de subordinação da mulher, atrelada quase universalmente a seus condicionamentos fisiológicos e biológicos, identificando-a com o domínio da natureza e as implicações simbólicas que se teceram em volta desse caráter ambíguo da mulher. Entre esses menciono os trabalhos das autoras Rosaldo (1980), Collin (1993), Mac Cormack

(1982), Ortner (1982). Assim, para Rosaldo (1979:47) a oposição natureza/cultura se expressa também na construção do gênero feminino:

> "As mulheres, por outro lado, dirigem suas vidas que parecem ser irrelevantes, à distinção formal da ordem social. Seu status é derivado do seu estágio no *ciclo da vida*, de suas funções biológicas e, em particular, de seus *laços sexuais e biológicos a homens específicos*. E mais, as mulheres são mais envolvidas do que os homens nos elementos "sujos" e perigosos da existência social, dando a luz e pranteando a morte, alimentando, cozinhando, desfazendo-se das fezes e equivalentes. Conseqüentemente, encontramos em sistemas culturais uma oposição decorrente entre o homem, que em última análise significa *cultura*, e a mulher (definida através de símbolos que salientam suas funções sexuais e biológicas) que significa *natureza*."

Este tipo de relação pode ser melhor visto quando são analisados os aspectos simbólicos do seu entorno. Por exemplo, as relações entre puro/impuro, tendo como referência processos femininos como a menstruação, o parto, o puerpério e a lactação. Ainda, pode ser considerado nesse nível o cuidado dispensado aos velhos, que também costuma ser uma atribuição feminina, realizando-se dessa forma um ciclo reprodutivo feminino completo, que se inicia com a concepção, seguido da menstruação, gravidez, parto, puerpério/amamentação, menstruação, climatério e o ciclo vital se fecha com a morte. As relações de reciprocidade acompanham este processo: inicialmente, as mulheres tomando conta da família e das crianças em particular; logo os papéis se invertem e, durante a velhice, os protagonistas desses cuidados são os filhos, que retribuem os cuidados da mãe, assumindo responsabilidades com os velhos. A mulher, portanto, é vista numa posição

mais perto da natureza devido a suas especificidades fisiológicas. A seguinte citação de Carol MacCormack (1982:10) ilustra esta idéia:

> "Women trascend nature with their mentality but are in nature as procreated, procreaters and ***lactartors*** and possessors. of humand mind". (grifo meu)

Um dos argumentos mais fortes do pensamento ocidental, que situa a mulher identificada à natureza, é –como já vimos– a teoria da aliança de Lévi-Strauss, onde a troca de mulheres é apontada como o meio fundamental da reprodução social. Para este autor a sexualidade é natural e se transforma em cultural através do tabu do incesto, que permitiu a diferenciação dos grupos sociais, o surgimento do parentesco como instituição social e o estabelecimento de alianças entre os grupos. Dentro desta linha de trabalho pode também ser situado o trabalho de Sherry Ortner (1979), *Está a Mulher para o Homem assim como a Natureza para a Cultura?*. Para Ortner, a psicologia feminina está mais próxima da natureza e das características biológicas da mulher que derivam na procriação e definem seu papel social, o que contribui para que a mulher seja vista como estando mais próxima da natureza. Contudo, a própria Ortner admite que, pelo fato de a mulher também participar da ordem da cultura, seu papel acaba por coloca-la como mediadora entre o mundo da natureza e o mundo da cultura. Isto, por outro lado, confere à mulher uma posição de ambigüidade que, a meu entender, não tem apenas uma conotação negativa, já que lhe permite transitar entre os limites, e nesses territórios ela constrói formas de poder. De acordo com esta mesma autora (1979:106), um dos fatores que deve ter incluído para o confinamento feminino ao mundo doméstico é, sem dúvida, o aleitamento materno,

relacionado diretamente com a gravidez e com parto, o que se confirma, como veremos no capítulo IV, com os depoimentos das mulheres de Santos.

Como mencionei anteriormente, o pensamento ocidental se constrói através de oposições binárias dentro das quais interessa-me destacar aqui, de novo, a dicotomia homem/mulher e masculino/feminino, que evidencia a assimetria entre os sexos e permite retomar uma outra forma como têm sido pensadas as relações de gênero. Estou-me referindo às relações de **complementaridade** entre os sexos, isto é, os papéis sexuais se expressam em planos sociais diferentes, onde as relações homem-mulher não são completamente definidas em termos de oposição nem implicam necessariamente desigualdade. Neste sentido, as relações natureza/cultura podem ser pensadas, não tanto como categorias opostas ou dualismos simétricos, mas como complementares ou, segundo sugestão de Whitehead e Ortner (1981:06), como "gradações dentro de uma escala", o que significa dizer que também os homens podem, em determinadas circunstâncias, aparecer como mais próximos à natureza. Na pesquisa realizada por Segato (1986) entre praticantes do culto Xangô no Recife, à qual já me referi, parecem encontrar-se elementos que indicam a pertinência dessa afirmação. Ainda seguindo exemplos etnográficos brasileiros, como o trabalho de Woortmann (1991:60) no litoral do Rio Grande do Norte, a autora encontrou alguns espaços de complementaridade de gênero, embora restritos a certos domínios e hierarquias, que definem a identidade da mulher nessa região. Reafirmando este ponto de vista, Margaret Mead (1971:75), como vimos, salienta que os papeis sexuais atribuídos à mulher são construídos de forma diferente nas sociedades, de tal modo que homem e mulher podem ser natureza e cultura, bem como o que se define socialmente como feminino ou masculino.

Por outro lado, se a situação do domínio privado ao qual pertence a mulher é vista como limitante do seu acesso ao poder, outros poderes próprios femininos podem ser acessíveis, como no caso dos Iatmul, pesquisados pela antropóloga norte-americana, que acreditam que as mulheres possuem os "segredos da vida" pela sua capacidade de gerar crianças.

A complexidade da relação natureza/cultura/gênero tem sido vista em dois níveis. Por um lado, como matriz epistemológica dentro da tradição antropológica para compreender o próprio desenvolvimento da sociedade e, por outro, como base para uma das críticas que hoje se fazem à Antropologia. Isto porque tanto as antropólogas quanto os antropólogos coincidem em apontar que a construção da disciplina como ciência se desenvolveu marcadamente através de um olhar masculino, presente tanto na escolha dos objetos de estudo quanto, fundamentalmente, na abordagem dos mesmos.

Alguns autores, como Jordanova (1982), incorporaram ao debate natureza/cultura/gênero a questão da ideologia e do papel do poder nessas relações. Tradicionalmente, desde o Iluminismo, argumenta a autora, ficou consagrado o papel passivo e sacrificado da mulher e o mito do instinto do amor materno. Para ela, a dicotomia natureza/cultura possui uma dimensão histórica e a predestinação das mulheres à "maternagem" e ao cuidado das crianças definiu completamente o corpo e a mente das mulheres. Na mesma perspectiva, a autora Olivia Harris (1982), numa etnografia sobre populações dos Andes Bolivianos, assinala que os homens entram mais completamente dentro da ordem simbólica do que as mulheres, que se mantêm, comparativamente falando, num estado de natureza. Esta autora estabelece relações entre natureza e cultura de forma semelhante às utilizadas por Lévi-

Strauss, sendo a mulher colocada como mediadora. Ela está socialmente designada para transformar os alimentos (natureza) em comida (cultura), o que no caso do aleitamento materno é bastante explícito.

No seu trabalho sobre o processo civilizatório, Norbert Elias (1990) relata como alguns eventos, tais como comportamentos sexuais, hábitos dos comensais e rituais e gestos da vida privada, foram modificando-se historicamente e fizeram mudar as pessoas e os valores sociais com relação a esses comportamentos. De tal forma que era percebido como socialmente aceitável, passou a ser classificado como "bárbaro" (por exemplo, comer com as mãos). Refere Elias que as funções naturais do corpo, quando orientadas rumo à privacidade, sofreram o que ele chama da "conspiração do silêncio", uma espécie de absorção cultural do instinto, que ocupava o território do privado, em oposição ao público, como expressão de um processo de normatização do corpo. Em relação ao aleitamento materno, por exemplo, ha sociedades onde esta prática pertence ao domínio do privado e outras, por exemplo, nas sociedades indígenas da Guatemala, onde as mulheres são vistas amamentando seus filhos publicamente sem nenhuma restrição. Na França, por exemplo, as mulheres burguesas tinham que recolher-se para amamentar e foi somente a partir da publicação de *Emílio*, de Rousseau, que as mulheres parisienses pertencentes à burguesia puderam amamentar seus filhos na rua e em lugares públicos. No Brasil, inclusive nos nossos dias, não é um fenômeno comum observar as mulheres amamentando seus filhos em lugares públicos. Apesar da notoriedade pública dada ao aleitamento materno, este continua a ser uma prática do mundo privado e, portanto, restrita. Isto chama a atenção para as formas de percepção do pudor e uma oposição entre um seio que pode ser público,

durante a amamentação e o seio erotizado da vida privada. Segundo documenta Helman (1994:65) em estudo realizado no Reino Unido, 44% das mulheres que usavam mamadeira declararam que o faziam porque "requer menos privacidade que a amamentação ao peito" numa clara alusão ao peito como parte do corpo que não deve ser mostrada.

Natureza, Cultura e Corpo

Considerando a vocação antropológica pelos significados culturais que são dados aos eventos fisiológicos como o aleitamento materno, este pode ser sugerido como um bom recurso para ser pensado o corpo feminino. É como uma inscrição no corpo e o torna texto, isto é, segundo Segato (1993:03), preenche-lo de sentido a partir da perspectiva cultural de uma sociedade. Na literatura antropológica o corpo é um tema recorrente e talvez um dos autores que melhor nos ensina a interpreta-lo socialmente seja Marcel Mauss. Em seu artigo *As Técnicas Corporais* (1974:), ele assinala que:

> "Não há nenhum fenômeno social que não seja parte integrante de todo o social. Ele o é não somente na maneira pela qual nosso pé ou nossa mão são parte de nós mesmos, embora esta comparação com as funções fisiológicas seja ainda insuficiente e a unidade dos fenômenos sociológicos seja ainda superior à maneira pela qual um estado de consciência ou uma parte de nosso caráter são não uma parte separável de nosso eu, mas nós mesmos num dado momento."

O corpo é uma entidade simbólica que se constrói e se transforma pelas modalidades em que as relações sociais são instituídas num contexto dado. O corpo, assim visto, é tanto um fato da natureza quanto um dado cultural. E, ainda, o corpo pode ser visto como um operador da passagem natureza/cultura, na medida em que se circunscreve a determinadas

tradições culturais. Mary Douglas (1970) aponta que a experiência física do corpo é modificada sempre pelas categorias sociais. Os desejos, os prazeres, a dor e outras sensações que experimentamos através do corpo são significantes porque a cultura fornece mecanismos para dar-lhes significados no tempo e no espaço, o que constitui para esta autora uma "fonte de símbolos". A importância social do corpo está, entre outros aspectos, na sua função ritual: os rituais dos despejos, dos fluxos corporais (menstruação, excrementos, leite de peito, sêmen) porque a forma em que usamos, sentimos e percebemos o corpo diz coisas sobre nós e nosso entorno. Num trecho do livro *Os Símbolos Naturais* (1970), Mary Douglas reproduz Melanie Klein num discurso sobre o significado dos seios e me parece interessante citar para mostrar que, tanto para a mulher quanto para o bebê, o seio comporta uma perspectiva simbólica que extrapola suas características nutricionais.

> "A meu entender o seio materno constitui para a criança mais do que um objeto físico. A totalidade dos seus desejos instintivos, alem de suas fantasias inconscientes, atribuem ao seio qualidades que *transcendem o alimento* que lhe proporciona." (grifo meu)

Pelo que observei durante a pesquisa, a prática do aleitamento materno não parece estar isenta da normatização dos usos do corpo: isto ficará mais claro nos depoimentos dos profissionais de saúde e das mulheres que analiso no capítulo IV. Permeados pela ação da cultura e das tradições, os indivíduos usam o corpo como meio de expressão de valores, de sentimentos, assim como das formas vigentes de controle social. Por meio do conceito de "descorporização", Douglas (1970) mostra como a cultura, através de seus princípios orientadores, normatiza os usos do corpo (por exemplo, o controle dos sons, dos movimentos, da respiração) sendo mais evidente ainda –a meu ver– ao circunscrever-se na

prática médica. De acordo com Jordanova (1982), a mulher atua por excelência num palco social determinado pelas suas funções produtivas e reprodutivas: cuidado das crianças, **sucção das crianças**, ou seja, certas disposições sociais que definem a mulher na sua condição de mãe onde emergem juntos elementos de caráter moral que são entendidos como constitutivos da natureza humana. Para ela, o vínculo entre mulher-mãe-maternidade-família-moral remete a um plano central das relações sociais e contextualiza a importância do corpo da mulher e de suas diferentes partes, por exemplo os seios, como vemos no trecho a seguir:

> "Os seios simbolizam o papel da mulher na família através de sua associação com a amamentação dos bebês. Por outro lado, o seio era visível como o signo da feminidade que reconhece o homem. Pode então se dizer, que existe uma lei sexual, que é a lei da atração baseada no seio, e uma lei natural, para que as mulheres amamentem seus próprios filhos."

Porém, citação anterior deve ser relativizada porque a autora perde de vista que a atração sexual também é uma construção cultural e, dependendo da cultura, algumas partes do corpo das mulheres e dos homens, podem ser mais valorizadas. Historicamente, o corpo feminino tem sido pensado desde perspectivas diferentes que o identificam como objeto de desejo, como símbolo sexual, como símbolo da maternidade, ora no plano sagrado, ora no profano. Algumas concepções sobre maternidade, sobretudo no âmbito religioso, sugerem uma visão da mulher como assexuada ou da sexualidade como associada a procriação e não ao sexo pelo prazer. Como revela Cucchiari (1981:51), a vagina e o seio adquirem significado feminino de gênero pela sua associação com o cuidado das crianças e não com o sexo, daí talvez a revolta de muitas mulheres pelo que significa submeter-se a longos

períodos de amamentação (interditadas do prazer sexual). Segundo revela Jordanova (1982) o seio passa a destacar-se no século XVIII com a preocupação médica, a filosofia moral e a ética. O seio tem valor simbólico definido pela sua conotação sexual, assim como é símbolo do amor maternal. A rica produção iconográfica das "madonas" e outras expressões estéticas do mundo ocidental, ilustra bem este fato, como observamos na reprodução da Madona que fecha este capítulo. Portanto, não é pouco comum encontrar nos programas de promoção ao aleitamento materno cartazes com esses símbolos, como a pintura *Maternidad* de Pablo Picasso, logotipo da Iniciativa Hospital Amigo da Criança do UNICEF em todo o mundo.

Jaggar & Bordo (1989: 04) documentam que a fragmentação entre mente/corpo, coerente com o sistema de pensamento binário, dividiu mundo externo do mundo interno. Como sabemos, esse fato repercutiu na Medicina porque a Filosofia Cartesiana embasou a tradição naturalista –hegemônica no campo da saúde– que reproduz essa separação. Assinalam as autoras que, com a influência dos trabalhos desenvolvidos por Foucault, o corpo passou a ser entendido como um *locus* da prática social, como um texto cultural e como um objeto do controle social. É o que vemos nos seguintes depoimentos de mulheres das camadas médias urbanas do Estado do Rio de Janeiro e São Paulo, onde existe consciência sobre o corpo e se pensa como algo que deve ser exercitado e apreendido.

> "Amamentar é ter o controle sobre seu corpo."

> "Amamentar é um direito, opção. Algo que foi negado, precisa ser reaprendido."

O corpo, no sentido foucaultiano, se constitui num dos principais alvos do processo de normatização social, que promove a regulação entre a ordem vital e a ordem social, legitimando práticas sociais que ordenam também as relações entre o mundo da natureza e o mundo da cultura. Assim, a associação corpo/poder, não apenas do domínio do campo da saúde mas do social, como um todo, é sintetizado nas seguintes palavras de Michel Foucault (1986:146):

> "O domínio, a consciência, de seu próprio corpo só puderam ser adquiridos pelo efeito do investimento do corpo pelo poder: a ginástica, os exercícios, o desenvolvimento muscular, a nudez a exaltação do belo corpo... tudo isto conduz ao desejo do seu próprio corpo através de um trabalho insistente, obstinado, meticuloso, que o poder exerceu sobre o corpo das crianças, dos soldados, sobre o corpo sadio. Mas, a partir do momento em que o poder produziu este efeito, como conseqüência direta de suas conquistas, emerge inevitavelmente a reivindicação de seu próprio corpo contra o poder, a saúde contra a economia, o prazer contra as normas morais da sexualidade, do casamento, do pudor."

Do mesmo modo, porém de forma menos elaborada que os depoimentos das mulheres das camadas médias, as mulheres da Baixada Santista, como veremos no capítulo IV, também expressam percepções das formas de apropriação e usos do corpo no seu discurso da amamentação. No próximo capítulo faço um percurso pelos momentos mais significativos –segundo seus principais protagonistas– do processo de constituição do Centro de Lactação de Santos como uma instituição que, através do ensino e da assistência à saúde, promove o resgate da cultura da amamentação.

RESUMO DAS CONCEPÇÕES DO ALEITAMENTO MATERNO E SUAS RELAÇÕES COM A DICOTOMIA NATUREZA/CULTURA

• Natureza	• Cultura
• Mulher, predisposições biológicas	• Homem, papel na produção
• Condicionamento do instinto da sução da mulher e do bebê, parto "natural"	• Intervenção de procedimentos médicos que inibem ou retardam esse condicionamento, como a tecnologização do parto, uso excessivo de medicamentos.
• Fisiologia da lactação no corpo feminino	• Sistema de percepções e práticas onde se insere o aleitamento materno
• Produção do aleitamento materno	Reprodução da sociedade de consumo, - *marketing* de fórmulas lácteas industrializadas
• Simetria biológica	• Assimetria social e diversidade cultural

CAPÍTULO III

NA ROTA DA CONSTRUÇÃO DO CENTRO DE LACTAÇÃO DE SANTOS

> **"Marina[30] e o pessoal do SUS (Sistema Único de Saúde) ficaram encantados com o nosso trabalho. Eu fiquei muito feliz, além do reconhecimento de nossas mães tínhamos o reconhecimento de pessoas de fora."**
>
> **Keyko Teruya**

Aleitamento Materno, uma Ação de Saúde

O Hospital Guilherme Álvaro, credenciado pelo UNICEF como "Hospital Amigo da Criança" em agosto de 1993, com um atendimento anual de 1.200 mulheres pacientes e mais de 3 mil mães da comunidade, vem promovendo ao longo das últimas duas décadas uma série de mudanças nos serviços materno-infantis, que procuram, entre outros aspectos, criar ambientes mais "naturais" para as mães e uma atenção mais "humanizada" que agridam menos ela e o bebê durante sua permanência no hospital por ocasião do parto. Entre essas novidades, tecnicamente estudadas e testadas por especialistas, como já vimos antes, está por exemplo a de colocar o bebê ao seio materno ainda na primeira meia hora de nascimento, quer dizer, dentro do espaço da sala de parto. Outra nova rotina é o

[30] Se refere à Doutora Marina Ferreira Réa, médica do Instituto de Saúde de São Paulo, especialista em amamentação e membro, na época, do Programa de Doenças Diarreicas da OMS em Genebra.

alojamento conjunto mãe-filho, onde estes são acomodados no mesmo quarto-ambiente, estabelecendo uma ruptura com a tradicional separação de espaços tão diferenciados, onde a mãe era colocada longe do filho e podia vê-lo e amamenta-lo somente em horários fixos definidos pelas normas hospitalares, independentemente das necessidades e vontades de ambos. Na minha convivência dentro do hospital, observei que, com freqüência, o pequeno berço está vazio porque o bebê está no colo da mãe ou na mesma cama junto dela. Essas novas formas institucionais de relacionamento mãe/filho ajudam no processo de identificação entre eles, fortalecem os vínculos afetivos e favorecem a prática da amamentação pelo estímulo e pela proximidade física.

Isto é relevante devido à complexidade do processo de amamentar, que resulta da interação de comportamento aprendido pela mãe –portanto determinado histórica e culturalmente– somado a atitudes instintivas e reflexas, bem como a mecanismos hormonais desencadeados majoritariamente pelo comportamento do recém-nascido, dentre os que se destacam a integridade dos reflexos do bebê, principalmente o da deglutição, o do *rooting* (Rea 1989), que é um movimento inato em direção ao bico da mãe, e o da sucção relacionado com a ingestão do leite. Cada vez que o bebê succiona, estimula a produção de ocitocina, substância responsável pela ejeção do leite para os alvéolos e dutos mamarias que permitem a ingestão do leite. Dessa forma, quanto maior a estimulação, maior a quantidade de leite produzido, ou seja, a produção do leite somente ocorre com a interação entre o bebê e sua mãe e essa relação e, essencialmente, uma construção social. A produção do leite materno é entendido por Jellife & Jelliffe (1978) como um processo fisiológico no qual intervém mecanismos neuro-psico-hormonais que transcendem para

aspectos sociais, econômicos e culturais, dada a interação que se estabelece no binômio mãe-filho.

Como toda reconstrução e interpretação, este texto não constitui um fiel registro histórico ou uma cronologia da criação do Centro de Lactação de Santos. O que me proponho é um esforço de reelaboração interpretativa pela voz dos seus protagonistas, sobre uma experiência de incentivo ao aleitamento materno, através das representações dos principais profissionais de saúde que se engajaram neste projeto há pouco mais de duas décadas, motivados pela busca de novas formas de fazer saúde, de pensar estratégias de combate à desnutrição infantil e, de forma geral, da sua contribuição à melhoria da qualidade de vida dos bebês e de suas mães. Como assinala Geertz (1978:19) os dados de um antropólogo são "nossa própria construção das construções de outras pessoas, do que elas e seus compatriotas se propõem".

Como veremos no decorrer do capítulo, o discurso dos meus interlocutores revela a elaboração de um conjunto de idéias amadurecidas através do seu exercício profissional, que tem como principal referência, a concepção de que o processo saúde-doença é resultado da interrelação de fenômenos biológicos, sociais, econômicos, culturais e psicológicos, portanto, as práticas de saúde transcendem os espaços que estou chamando de medicalizados (hospitais, consultórios, consumo de medicamentos etc.) e envolvem uma dimensão social e cultural mais ampla.

O **Centro de Lactação de Santos** surge formalmente em abril de 1990, quando uma equipe do Hospital Guilherme Álvaro, integrada por uma pediatra, um obstetra e uma enfermeira, além de outra pediatra do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, participaram de um treinamento auspiciados pelo *Wellstart Breastfeeding Center* de San Diego, Califórnia, sobre planejamento e técnicas de incentivo à lactação. A diretora do Centro, Keyko Teruya, co-diretora do Centro, situa assim a importância desse evento.

> "...o que foi San Diego na nossa vida? Principalmente, organização, planejamento e fundamentação científica."

O referido treinamento foi o primeiro passo de um conjunto de estratégias que permitiram a criação do Centro de Lactação de Santos, que se tornou um local de referência nacional para a capacitação de recursos humanos em saúde na área do aleitamento materno no Brasil e cujo crescimento tem sido permanente, como percebe uma médica:

> "O Centro de Lactação tornou-se uma coisa assim: soltou a bola e a partida começou"

A história do Centro envolve diferentes atores, entre eles vários profissionais do Instituto de Saúde de São Paulo que, através da sua Divisão Materno-Infantil, encaminharam um projeto ao Programa de Controle das Doenças Diarréicas da Organização Mundial de Saúde em Genebra, com o qual obtiveram financiamento para treinar uma equipe de saúde

multidisciplinar e criar no Brasil um centro de treinamento em lactação, com vistas à formação de recursos humanos especializados nesta área.

Com o objetivo de explicar melhor o processo de criação desse Centro como é na atualidade, é mister voltar vinte anos no tempo, para relatar o que se vivia no município de Santos em termos de incentivo ao aleitamento materno e sua situação epidemiológica, de acordo ao que me foi narrado pelos meus informantes.

Na década de 70, um pequeno grupo de jovens profissionais de saúde, os pediatras Keyko Teruya, Paulo Sérgio de Andrade Castro e Laís Bueno, tinham detectado, durante o exercício de sua atividade médica na periferia da cidade de Santos, altos índices de desnutrição infantil responsáveis pelas elevadas taxas de morbi-mortalidade prevalecentes naquela região. De acordo com o depoimento do doutor Paulo Sérgio,

> "...depois do retraimento geral do 64, no final dos anos 60 e inícios dos 70, havia uma discussão aberta de toda a problemática social, éramos um grupo progressista relacionados com o idealismo daquela época e sonhávamos com uma série de coisas. Chegamos inclusive a fazer um filme em super-8 sobre o aleitamento materno e a desnutrição".

Segundo me disse o doutor Paulo Sérgio, em quem seus colegas haviam depositado a liderança ideológica da equipe, reconhecendo-o como o "filósofo do grupo", naquele momento (1973), em que no país "falava-se do Milagre Brasileiro, no meio da repressão

violenta, morte e desaparecidos", o aleitamento materno foi visto por eles também como uma forma de intervenção política perante à perversa realidade social que se observava nos ambulatórios, e não apenas como uma mera ação de saúde. Começavam a preocupar-se com uma visão mais abrangente do processo saúde-doença e a questionar o modelo biologista prevalecente na medicina e nos serviços de saúde.

Vendo que as medidas para reduzir as causas da doença e da desnutrição extrapolavam o exercício de sua profissão, porque eles as consideravam conseqüências da precariedade das condições sócio-econômicas da população, acreditavam que a prática da amamentação, como já estava sendo comprovado pela ciência, iria tornar-se um fator importante para mitigar, pelo menos nos seus primeiros meses de vida, o quadro de desnutrição que afetava a população infantil da Baixada Santista. A doutora Keyko Teruya lembra que sua preocupação era:

> "estudar, fundamentar e deixar as coisas claras na nossa cabeça, foram das primeiras coisas que fizemos e tínhamos uma mentalidade social muito grande e acreditávamos nas possibilidades muito boas das ações básicas de saúde. Juntamos a parte ideológica e as questões de saúde."

Relatam meus informantes que durante muito tempo a população pensava que dar de mamar era coisa de pobre, de mulher rural, de índio ou de negra, algo, ao final de contas, de

minorias. E lembra um outro pediatra do grupo, o doutor Ernesto Teixeira do Nascimento, ex-diretor do hospital, que:

> "A mamadeira era vista como uma coisa de rico. As mães pensavam, se o rico amamenta, por que eu vou dar o peito? E em algumas favelas ter uma lata de leite em pó na janela era sinal de status".[31]

Estilos de Vida e o Declínio da Amamentação

Pensava-se que amamentar destoava com os tempos da modernidade. Certamente, a idéia de amamentar não ia bem com a imagem da mulher urbana das camadas médias da população, que vinha conquistando sua inserção no mercado de trabalho e reivindicava, através do movimento feminista, um estilo político de colocar a diferenciação sexual, que mais tarde acabou sendo conhecida como "a questão de gênero"[32].

Como indiquei no capítulo I, os estudos científicos[33] desenvolvidos principalmente pela Medicina, evidenciaram que as qualidades nutricionais, imunológicas e ecológicas do leite materno fazem dele o melhor alimento para o bebê, em forma exclusiva durante os

[31] Um dos benefícios do leite materno é também o custo; por exemplo, o consumo do leite em pó mais barato no mercado significa um gasto médio mensal de R$ 26,20, e dependendo do tipo e da marca pode chegar a custar até R$ 198,61 por mês. Considerando o teto do salário mínimo de R$112.00, as despesas com leite e seus preparativos alcança um valor important no orçamento doméstico.

[32] Françoise Collin , "Diferencia y Diferendo: la cuestión de las mujeres en la filosofía". Em: Duby & Perrot, **História de las Mujeres en Occidente.** Editorial Urus, Madrid, 1993. Tomo 5, El Siglo XX, dirección de The'baud.

primeiros seis meses de vida, para posteriormente ser complementado com a introdução de outros alimentos. De acordo com Victora (1988:320), o risco relativo de morrer por diarréia nos primeiros dois meses de vida é 23 vezes maior entre crianças alimentadas com leite artificial do que entre crianças alimentadas exclusivamente ao seio materno, assim como 4 vezes maior no caso de infeções respiratórias.

A partir dessas descobertas houve um trabalho cada vez maior de incentivo à amamentação, impulsado pelos formuladores das políticas de saúde dos governos, pelos organismos internacionais e pela mobilização da sociedade através dos meios de comunicação, colaboradores, ativistas e, principalmente, pelos grupos de mulheres de apoio mútuo para o aleitamento materno que foram-se multiplicando no mundo inteiro. Uma das referências mundiais mais conhecidas é **"La Leche League International"**, fundada nos Estados Unidos, embora existem também grupos em muitos outros países do mundo como a Noruega, a Austrália, a Inglaterra, Argentina e o Brasil[34]. No Brasil, além de La Leque League, se formaram numerosos grupos de apoio à amamentação, um dos mais antigos é o "Grupo Amigas do Peito", criado pela atriz Bibi Vogel no Rio de Janeiro no qual participam mulheres de classe média que estão amamentando. Destacam-se também, o "Grupo Origen de Recife", o "CIMAMA" de Curitiba, o "Deleite" da Bahia, o "GIAM" de

---

[33] No final da década de 60 foi fundado nos Estados Unidos o Human Lactation Center, um importante centro de pesquisas neste campo.

[34] *La Leche League International* foi fundada em 1956, na cidade de Franklin Park, próxima a Chicago, por um pequeno grupo de mulheres que discutiam coletivamente suas experiências na amamentação. Hoje a LLI constitui uma organização internacional que baseia seu trabalho no apoio de mãe para mãe e atua em oitenta países, entre eles o Brasil. A LLI no Brasil foi fundada pela americana Rebecca Magalhães na cidade de Maceió, no ano de 1979. A sede de LLI no Brasil está situada na cidade de Maceió, onde vem desenvolvendo um trabalho de incentivo ao aleitamento materno ao longo dos últimos vinte anos. Outros grupos são o "Nursing Mothers of Austrália", "Ammehjelpen" da Noruega, o "National Childbirth Trust" na Inglaterra e o "Grupo de Ayuda Materna Ñuñu", que atua na Argentina.

São Leopoldo, e o" SOS Amamentação" do Rio Grande do Sul e outros mais que integram o "Fórum Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno". Existem ainda, grupos de caráter acadêmico, como o "NALMA" da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e o da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de Londrina. Os grupos em favor da amamentação se organizaram numa ampla rede de caráter internacional chamada *Word Alliance for Breastfeeding*–WABA, que organiza simultaneamente no mundo inteiro, a Semana Mundial da Amamentação, onde se divulgam as vantagens do aleitamento materno e se realizam amplas campanhas de difusão e mobilização. –

A questão do apoio entre mulheres durante o período em que se realiza o aleitamento materno tem sido colocado como fundamental para o sucesso da amamentação. O passo Nº. 10 da Iniciativa Hospitais Amigos da Criança a que me referi no capítulo I, alerta para a necessidade de estimular grupos de apoio para que as mulheres possam ter acesso fácil a meios de aconselhamento. Felicity Savage(1991:138), em suas pesquisas pelo continente africano e em outros países, tem encontrado que o problema do apoio parece ter uma visibilidade maior nas sociedades urbanas, sendo que entre as sociedades mais tradicionais sempre existiram mulheres experientes que se aproximam das mais jovens para ensina-las e ajuda-lhas –através da confiança mútua e dos valores reconhecidos por esses grupos– as formas de cuidado com as crianças. No Brasil, como vimos no capítulo II, Motta Maués (1977), encontrou sistemas de solidariedade bem estruturados durante o período de resguardo, entre as mulheres habitantes das regiões ribeirinhas do Pará que se assemelham ao registrado por Valery 1977).

De acordo com pesquisa realizada por Paul Valery (1977: 31), a autoconfiança da mulher em sua capacidade de amamentar é fundamental para um bom desempenho desse processo. O trabalho desenvolvido pelas *doulas* em zonas rurais da Índia, parece influir bastante no estado de ânimo da parturiente. Essas assistentes femininas transmitem a tradição através do seu apoio às gestantes e prestam apoio físico e emocional durante a gravidez e depois do parto, até que a mulher se ajuste a seu novo papel e paulatinamente sé estabeleça a amamentação.

A retomada à prática da amamentação é um fenômeno mundial que se iniciou primeiro nos países industrializados e mais tardiamente nos países em desenvolvimento, entre eles o Brasil, onde a prática da amamentação havia diminuído expressivamente. "Nós temos que fazer alguma coisa porque a amamentação está acabando" era uma das preocupações do grupo de Santos.

Os anos setenta são o ponto de partida para o resgate sistemático da cultura da amamentação, tanto nas instituições de saúde quanto na sociedade de um modo geral, devendo atravessar um longo período até que, na década de 90, se consolidou a incorporação do aleitamento materno na agenda das políticas públicas em saúde, e a importância do aleitamento materno voltou a estar na mídia e como estratégia relevante das ações básicas de saúde, como revela o depoimento da pediatra Laís Bueno:

> "O estouro mundial da questão do aleitamento materno começou na década dos 70, aqui no Brasil começou no final desses anos e nos inícios dos 80. Muito embora

> aqui em Santos nós já vínhamos trabalhando desde inícios dos anos 70".

Já nessa época os médicos e outros defensores do aleitamento materno haviam iniciado pesquisa sobre os fatores que influenciaram a queda do hábito de amamentar dentre eles destacaram a influência enorme que exercia a propaganda das indústrias de leite em pó contra o aleitamento materno, tanto entre os profissionais de saúde quanto nos ambulatórios, berçários e maternidades, assim como também através dos meios de comunicação que estimulavam o consumo indiscriminado dos sucedâneos do leite materno e de mamadeiras. –"A influência chegou a ser tão perversa"– diz o médico Paulo Sérgio de Andrade Castro

> "que o índice de aleitamento materno estava no patamar de aproximadamente 5%. Isto é, de cada 100 mulheres com filhos de idade até 6 meses, apenas 5 praticavam o aleitamento materno".

A mamadeira e os leites artificiais haviam saturado o mercado e as cabeças das mulheres ricas e pobres com a idéia de que a alimentação artificial era a forma de alimentação ideal para seus filhos, na justa medida e na qualidade certa. Fora instalada a "cultura da mamadeira" que veio com o pacote dos "fast-food", criados pelas grandes indústrias transnacionais de produtos alimentícios especialmente para esses "pequenos consumidores", como bem lembra o doutor Paulo Sérgio:

> "A gente era uma voz que clamava no deserto porque o pessoal não estava motivado pelo aleitamento materno".

Gabrielle Palmer (1988:21), em seu livro *The Politics of Breastfeeding*, analisa os padrões de consumo dos leites infantis modificados e mostra como as mulheres camponesas no seu processo de transição para as sociedades urbanas não mais produziam os alimentos para a família porque começaram a comprar mercadorias de consumo. Igualmente, no caso da alimentação das crianças, as mulheres deixaram de produzir o leite materno e passaram a consumir as fórmulas infantis e mamadeiras lançadas no mercado, também como um sinal de progresso e de ruptura com a tradição a que deu lugar esse processo de mudanças. Por outro lado, o desenvolvimento dos leites infantis tem sido, segundo esta autora, uma "história de sucesso de *marketing*, vendendo aproximadamente 7 bilhões de dólares anualmente".

Na metade dos anos 70, aproximadamente entre 1974-75, este grupo de pediatras de Santos começou a ter acesso a publicações, estudos e pesquisas sobre as descobertas dos benefícios do leite materno. Entraram em contato com publicações européias e americanas editadas pela *Leche League International*, com os trabalhos de alguns pesquisadores estrangeiros e com estudos do Banco Mundial sobre os aspectos econômicos da amamentação. Assim foram identificando outros colegas afins ao tema o que lhes permitiu trocar informações com outros grupos e profissionais que, no Brasil e no exterior, se ocupavam também com o estudo e a promoção do aleitamento materno, como revela a fala do doutor Castro de Andrade:

> "A partir desses encontros, éramos chamados nas universidades onde já se pesquisava. Nosso grupo entre tanto, acumulava uma grande experiência prática, sem que tivéssemos recursos para pesquisas".

Nessa época, por exemplo, haviam-se iniciado os trabalhos de pesquisa e de incentivo ao aleitamento materno em outras regiões brasileiras. No Recife, liderados pelo professor Fernandes Figueira, à frente do Instituto Materno Infantil de Pernambuco –IMIP e da Secretaria de Estado da Saúde, onde inclusive, na sua condição de Secretário de Saúde do Estado, editou em 1974 uma Portaria proibindo a distribuição de leite em pó e mamadeiras nas unidades de saúde do Estado; Zuleika Thomson e outros, na Universidade de Londrina; o professor José Martins Filho e sua equipe desenvolviam pesquisas sobre aleitamento materno na UNICAMP e começava a ser visível o trabalho de pesquisa realizado pelos Bancos de Leite Humano, sobretudo nos aspectos fisiológicos da lactação e a química do leite. A troca entre colegas é percebida como um elemento de crescimento para o grupo, de acordo com a fala da médica Laís Bueno:

> "Naquela época já havia outros estudiosos fazendo pesquisa e trabalhando a favor da amamentação e para nosso grupo a troca dessas experiências foi muito importante. O Martins Filho, da UNICAMP, estava voltando de sua tese na França, para nós foi uma grande troca e uma relação muito forte."

O Incentivo ao Aleitamento Materno nas Unidades Básicas de Saúde

Ao longo do tempo, esse pequeno grupo de médicos conseguiu sistematizar suas idéias e iniciar o trabalho que lhes serviu de base para o desenvolvimento de suas ações na promoção do aleitamento materno. Sua proposta ficou registrada no documento que chamaram " O Caminho da Desnutrição via Mamadeira", que posteriormente foi conhecido como o "O Mapa da Desnutrição". Este trabalho mostra primeiramente os efeitos constrangedores que o uso da mamadeira estava trazendo para a população, sobretudo àquela de mais baixa renda, devido às péssimas condições sanitárias de manipulação e ao uso errado das dosagens para diminuir o custo das mamadeiras. O referido documento descreve os benefícios que a prática da amamentação traz para o binômio mãe-filho, não apenas em relação à saúde, mas também ao impacto na economia doméstica.

Para dar continuidade a suas pesquisas esse grupo de profissionais, vinculados na época à Prefeitura de Santos, realizou um inquérito sobre a desnutrição infantil no Hospital Santa Casa de Santos com o intuito de analisar as causas da desnutrição presente em mais ou menos 2.400 crianças internadas naquele hospital com diagnóstico de diarréia, e cuja história de vida mostrava que não haviam sido amamentadas ou que haviam sido desmamadas precocemente, como revela o depoimento de um dos médicos da equipe:

> "A pesquisa de parasitases e as primeiras experiências da equipe multiprofissional estavam mostrando que as gastroenterites, à qual a diarréia está relacionada, estavam sendo apontadas como terceira causa de mortalidade, ou seja o aleitamento materno estava dando resultados e se apontavam em primeiro lugar as causas perinatais e as doenças respiratórias agudas."

Esse mesmo grupo de profissionais se deslocou posteriormente para o Posto de Assistência a Infância Nº. 1, que na época constituía uma Unidade Básica de Atenção Primária[35] para atender as crianças da região dentro das ações de um programa integral denominado "Redenção da Criança", que era desenvolvido nos morros e favelas da cidade, promovido pela Legião Brasileira de Assistência, em parceria com outros órgãos governamentais como a Prefeitura e a Secretaria de Saúde.

Segundo informações oferecidas pela trabalhadora social Maria de Lourdes Lourenço, o trabalho realizado pela equipe nessa unidade, que ficava ao pé do Morro Maria Patrícia, constituiu o embrião do trabalho desenvolvido posteriormente na promoção do aleitamento materno como política de saúde em toda a Baixada Santista. A este grupo de médicos se juntaram outros profissionais, tais como nutricionistas, psicólogos e, destacadamente, esta assistente social, que foi enviada a essa unidade através da Legião Brasileira de Assistência. Neste período, lembra o doutor Paulo Sérgio, haviam conseguido formar uma equipe multiprofissional relativamente consolidada, com a qual fariam do aleitamento materno uma bandeira de luta contra a desnutrição infantil, confirmada como uma das principais causas de morte das crianças da periferia de Santos. Para a médica Keyko Teruya, este era o panorama.

> "Desnutrição bárbara, repetência escolar, tudo isso fez com que a gente ficasse muito amiga do peito".

---

[35] Atenção Primária: no jargão médico, se refere a uma estratégias de saúde que estabelece o primeiro elemento de contato com o sistema de saúde e está vinculado a ações de prevenção de assistência sanitária, visando à garantia de um processo permanente e crescente em complexidade. Ver Zelia Rouquayrol, **Elementos de Epidemiologia,** Editora Médica e Científica, Rio de Janeiro, 1986

De acordo com o relato de Keyko Teruya, quando em 1974 foram chamados pela Prefeitura para fazer um trabalho de recuperação de desnutridos, detectaram a incidência do desmame precoce em 94% das crianças. Foi a partir daí que, de forma sistemática, iniciaram um trabalho coletivo de estudos e informações técnicas e científicas que dava subsídios a sua prática, segundo indicado por um outro membro da equipe:

> "O desmame era a causa da desnutrição, portanto, a solução não era a recuperação alimentar, mas a prevenção ao desmame ou seja, o incentivo ao aleitamento materno".

Nessa unidade básica de saúde do Morro Maria Patrícia foi montado um esquema de trabalho a nível ambulatórial que oferecia orientações básicas às gestantes, com o objetivo de estimulá-las e prepará-las para amamentar seus bebês. Ao mesmo tempo, no programa de assistência pediátrica se promovia a prática da amamentação com os bebês que ali eram atendidos. Dessa forma, os serviços de saúde incorporaram o estímulo da amamentação através dos programas de atenção materno-infantil.

Nessa unidade de saúde, e às vezes também em visitas domiciliares, as mães recebiam da equipe de saúde palestras coletivas sobre as vantagens do aleitamento materno, os seus benefícios nutricionais, as vantagens econômicas de sua prática, a compatibilidade com o ambiente ecológico e sanitário da mãe e sobre a importância do inter-relacionamento mãe-filho para o desenvolvimento afetivo, motor e social da criança. Buscava-se uma renaturalização das relações mãe-filho e uma desmedicalização do processo de gestação, parto e puerpério, tão fragmentado nos serviços de saúde. Criava-se, assim, um ambiente

propício à troca de experiências entre mulheres que compartilhavam mais ou menos o mesmo estilo de vida e passavam pelas mesmas dificuldades. Promoviam-se também metodologias participativas para que nos periodos que precediam à consulta, elas pudessem expressar suas dúvidas em relação à amamentação e socializassem as formas como haviam solucionado problemas decorrentes da lactância, tais como mamilos doloridos, fissuras no mamilo, pouco leite (síndrome do leite fraco), ingurgitamento mamário[36] e outros problemas relacionados aos cuidados do bebê.

O objetivo desses espaços coletivos de atenção/ discussão era tornar a amamentação uma prática bem sucedida. Lembram meus informantes que o Posto estava sempre lotado. A ele acudiam as mães, não apenas para o controle de seus filhos e expor suas dúvidas em relação ao processo da amamentação, mas para falar de problemas gerais de saúde, da comunidade, de alimentação e do cuidados com os filhos. O posto virou um ponto de encontro e de troca, onde se falavam assuntos de mulheres, de maternidade, de gravidez, de trabalho e de outros problemas cotidianos que afligiam as moradoras do morro. Situada numa área da periferia santista, essa unidade de saúde atendia uma numerosa população que, além de serviços de saúde, encontrava ali um espaço de expressão coletiva. O depoimento a seguir, da assistente social Maria de Lourdes Lourenço, dá uma idéia das relações mais horizontais que se estabeleciam entre os profissionais de saúde e os pacientes:

[36] O ingurgitamento mamario deixa as mamas inchadas, tensas e brilhantes por causa do edema nos tecidos glandulares, impedindo a saída do leite. A maioria das vezes é o resultado de um mau posicionamento para mamar ou inadequado esvaziamento da mama, o que não acontece com as mamadas sob livre demanda. Popularmente, o ingurgitamento é conhecido como "empedramento".

> "...como o Posto ficava na vizinhança, as mulheres iam quase todos os dias para conversar. Às vezes, ainda vejo algumas delas que me reconhecem e lembramos daqueles dias"

Durante o ano de 1976, logo depois da entrada de uma nova administração governamental, como não é raro acontecer, o trabalho pioneiro daquele Posto começou a desestruturar-se por falta de apoio político e de recursos humanos devido ao remanejamento de alguns funcionários e a conseqüente dispersão da equipe. Esse fato impediu que se desse continuidade ao acompanhamento da promoção do aleitamento materno naquela comunidade e à manutenção dos índices de prevalência da lactância materna que até lá haviam conseguido alcançar, como demonstra o seguinte depoimento de um profissional de saúde:

> "Enquanto nós estávamos atuando no morro aumentou a prevalência do aleitamento materno; ao sairmos, diminuiu de novo muito."

A experiência no morro Maria Patrícia revelou a esse grupo de médicos o importante papel que os serviços de saúde desempenham na prática da amamentação e a necessidade de que toda a equipe de saúde participe das ações de promoção, o que veio anos depois a ser confirmado nos Dez Passos da iniciativa conjunta OMS-UNICEF. De fato, nem a informação, nem a prática de alguns profissionais haviam sido suficientes para manter os índices de aleitamento atingidos naquela comunidade, segundo verbaliza a doutora Keyko Teruya:

> "...as mulheres querendo amamentar e a gente vendo que os profissionais de saúde não estavam preparados para isso".

A Inserção do Incentivo ao Aleitamento Materno a Nível Hospitalar

Devido às mudanças governamentais ocorridas, os pediatras Keyko Teruya, Laís Bueno e Paulo Sérgio de Andrade Castro foram transferidos nesse mesmo ano para o Hospital Guilherme Álvaro, onde conseguiram reestruturar-se como grupo e continuar com seu trabalho na área do aleitamento materno. Se por um lado o trabalho no Morro Patrícia foi interrompido pela transferência da equipe, por outro, esse fato significou para os três médicos a abertura de um novo episódio na sua trajetória como equipe e a inauguração de uma nova etapa na sua prática profissional centrada na atenção materno-infantil a nível hospitalar. Sua lotação no hospital permitiu-lhes buscar colaboração com médicos das áreas de Ginecologia e Obstetrícia e possibilitou-lhes a realização de atividades de docência, o que foi utilizado também como cenário para o estímulo à amamentação, ministrando nas suas disciplinas conteúdos relacionados ao tema. As atividades docente-assistenciais, segundo depoimento de Keyko Teruya, constituíram um importante esforço da equipe.

> "Mudar a mentalidade do aluno para nós era uma missão muito importante, a esperança para mudar também a história dos pediatras mamadeira."

Já situados no Hospital Guilherme Álvaro, essa equipe entrou em contato com outro grupo de profissionais que já atuava incorporada no hospital e que, através de outras experiências realizadas em localidades diferentes, haviam chegado à mesma conclusão: ou seja, a concepção do aleitamento materno como uma importante ação preventiva contra as

doenças diarreicas e a desnutrição infantil e a pesquisa das causas que levavam ao desmame precoce. Jayme Murahovschi, médico pediatra paulista e hoje diretor do Centro de Lactação de Santos, que antecedeu à chegada de Keyko Teruya e seus colegas ao hospital, considera que esse encontro casual permitiu possibilidades de fortalecer uma proposta na área de ação do hospital:

> "Foi nesta época que vim para Santos, a seguir a mesma linha de pesquisa em diarréia que já desenvolvia em São Paulo. Aqui encontrei gente maravilhosa, com muito interesse pela parte social e pelo aleitamento materno. Se juntaram então duas coisas: o pessoal que já estava aqui com aquela decisão e eu, que cheguei ao mesmo por outros caminhos."

Jayme Murahovschi era naquela época (1976-77) professor do Departamento de Pediatria da Faculdade de Ciências Médicas de Santos e trazia consigo uma longa experiência em pesquisa sobre diarréia, desenvolvida na Clínica de Ipiranga em São Paulo. Murahovschi também havia constatado que as crianças alimentadas no seio quase não apresentavam doenças gastrointestinais e eram protegidas contra a desnutrição e outras doenças muito comuns em crianças "alimentadas artificialmente". As representações dos profissionais de saúde sobre o aleitamento materno indicam que este é pensado como algo "natural", na sua acepção naturalista, em oposição aos produtos industrializados que têm interferido nos hábitos alimentares considerados naturais e que são apontados como um dos fatores responsáveis pela mudança cultural que privilegiou o uso da mamadeira e dos formulados como conseqüência, segundo Murahovschi, "do deslumbramento com a tecnologia'.

De acordo com Murahovschi, naquela época prevalecia nos paradigmas médicos a idéia de que a diarréia se tratava com antibióticos e não se enxergavam as verdadeiras causas que, segundo ele, a provocavam, quer dizer, as determinações sociais, econômicas, ambientais e sanitárias de vida da população. Murahovschi, do mesmo modo que aqueles que depois viriam a tornar-se seus colegas, preocupava-se com as desigualdades sociais e as condições precárias em que vivia a grande maioria da população. Considerando as dificuldades que ele próprio tinha para melhorar as condições de vida do povo, achava que o aleitamento

> "podia melhorar muito a qualidade de vida dos sobreviventes e diminuir a mortalidade infantil, sem fazer grandes mudanças".

A crítica ao modelo sócio-econômico e ao modelo assistencial de saúde estão sempre presentes no discurso dessa equipe, que, como referi anteriormente, pensava a promoção do aleitamento materno como um mecanismo para a melhoria da qualidade de vida e como uma alavanca para provocar algumas mudanças nas formas de atenção à saúde, pelo menos para a população que era atendida nos serviços materno-infantis. Havia no grupo uma objetificação do aleitamento materno e suas relações com os outros profissionais e com os alunos, estavam permeadas pelo papel que desempenhavam nessa linha de promoção, expressando inclusive, no caso das profissionais médicas de sexo feminino, sua própria experiência pessoal.

Murahovschi aponta no seu relato a resistência que havia no sistema de saúde para implementar mudanças, que eram consideradas um desafio para o modelo de trabalho no

âmbito da saúde, e as dificuldades para criar novos espaços, sendo que por trás dessa atuação pesava toda uma visão de mundo, que orientava as práticas de saúde.

> "...somos muito influenciados pelo sistema cartesiano, a superespecialização em áreas específicas. Nós aqui mantemos uma visão global, procuramos uma abordagem holística, porque não existem causas únicas".

A dualidade corpo/alma, sustentada pela filosofia cartesiana, influenciou o modelo médico vigente até nosso dias e o que esse grupo de profissionais de saúde estava enfrentando era uma luta de paradigmas. Um deles, de maior hegemonia, está centrado na concepção biologista e numa hierarquia onde o principal é a figura do médico, tendo a doença como sua prática que, do ponto de vista do outro modelo, que propõe intervenções multiprofissionais e relativiza o lugar do médico, não da conta dá totalidade do fenômeno saúde-doença nem permite uma visão holista que incorpore nesse novo olhar, a interação de diversas causas biológicas, psicológicas, econômicas, sócio-culturais que definem o processo saúde-doença e a expansão das práticas de saúde em mais ações preventivas. O conflito corporativista estava colocado, como sugere o seguinte depoimento de Murahovschi:

> "As Escolas Médicas são feudos, não estão nem um pouco integradas e reproduzem um modelo onde o principal são os diagnósticos e não os problemas."

Além do trabalho prático dentro do hospital, os membros da equipe, que também eram docentes na faculdade de medicina, incorporaram nas suas disciplinas conteúdos sobre lactância natural, sendo que o que constava nas ementas dos programas era o ensino do uso de fórmulas infantis. Na atualidade existem esforços nas carreiras das ciências da saúde de diversas universidades para que sejam incorporados no curriculum aspectos anatômicos, fisiológicos, químicos e promoção do aleitamento nos serviços de saúde para fomentar e reproduzir o modelo da amamentação em oposição ao "modelo mamadeira"[37].

Segundo informações da pediatra Keyko Teruya, não foi fácil enfrentar profissionais e alunos quando incorporaram o ensino do aleitamento materno no curriculum médico, num intento de divulgação horizontal do novo modelo onde faziam parte os alunos, os docentes e os usuários dos serviços de saúde. Constantemente se deparavam com a resistência de um modelo muito mais voltado para a cura que para a prevenção das doenças e, portanto, com a complexidade da atenção.

> "Passei anos e anos dando a mesma aula, eu estudava muito e para mim era muito dinâmica, rica e me satisfazia muito. Os nossos alunos tinham ansiedade de aprender doença, assim a UTI era a maravilha, já imagina o ambulatório do aleitamento materno!!".

[37] Maiores informações sobre este aspecto encontram-se em Zuleika Albuquerque, **Relatório da Pesquisa Nacional sobre o Ensino do Aleitamento Materno nas Universidades Federais e Estaduais do Brasil.** Organização Pan-americana de Saúde, Brasília, 1994.

As transformações que, segundo esses jovens profissionais, poderiam solucionar os problemas da pobreza do país eram muito difíceis de implementar-se no contexto político que se vivia. Por isso, pensavam eles, era necessário criar alternativas viáveis de serem adotadas pelos formuladores das políticas públicas nas áreas de saúde e de educação[38].

Essa equipe, fortalecida pelo trabalho que haviam desenvolvido nos últimos anos, somado ao apoio obtido junto a outros profissionais da área de Pediatria do Hospital Guilherme Álvaro, decidiram implementar no serviço ambulatorial pediátrico um Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno, que deveria funcionar permanentemente. Por iniciativa de Keyko Teruya, criou-se então o "Ambulatório de Aleitamento Materno", na época uma verdadeira inovação, onde eram atendidos bebês na idade de 0-6 meses que estavam sendo alimentados exclusivamente com leite materno e onde se realizava o acompanhamento pediátrico de rigor, complementado com os cuidados específicos para garantir um bom desempenho na amamentação.

> "Tínhamos que fazer mudanças rápido e drásticas. Guerra é guerra, temos que atacar o geral e alguém vai sofrer com isso. Numa segunda fase, poderemos ver os detalhes, priorizar, hierarquizar..."

[38] Em 1992 um conjunto de escolas médicas da América Latina e do Brasil se engajaram em ações dentro do chamado Programa UNI, Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde, que busca mudanças paradigmáticas nas atuais formas de ensino da saúde através de uma filosofia inovadora que articula setores acadêmicos, serviços de saúde e sociedade civil organizada numa perspectiva mais abrangente dos fenômenos da saúde-doença, de forma interdisciplinar e multiprofissional. Para maiores detalhes sobre esse processo de reformas, consultar Marcos Kisil e Mário Chaves, **Programa UNI: Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde**. Fundação Kellogg, 1994.

As mulheres que realizavam o parto no hospital recebiam orientações sobre o aleitamento materno, sobre o processo fisiológico e anatômico da amamentação, sobre os benefícios do leite para o bebê e se criaram mecanismos institucionais e rotinas hospitalares adequadas visando o apoio às mães durante o processo da amamentação. Para acompanhar estes bebês foi criado também um novo sistema de atenção ambulatorial que funciona até hoje. Durante o primeiro mês de vida as consultas são semanais, o segundo mês são quinzenais e a partir do terceiro se tornam mensais. Embora a participação nesse ambulatório seja, em princípio, universal, de fato, o sistema tem seus próprios mecanismos de exclusão e de reprodução desse modelo, de acordo com explicações da doutora Keyko Teruya:

> "Um bebê desmamado tem um mês para voltar a ser relactado com visitas ambulatórias semanais, se ela conseguir continuar no nosso ambulatório, porque o nosso objetivo é o aleitamento materno. Se não, ela vai ao ambulatório geral. Nós explicamos todas as regras para todas as mães."

As atividades em favor da amamentação foram aprofundando raízes, e novas adequações na organização dos serviços eram requeridas. Por exemplo, foi necessário rever as rotinas hospitalares e fazê-las compatíveis com as novas demandas, além de "sensibilizar" e posteriormente treinar os outros profissionais de saúde que trabalhavam no hospital, tais como pediatras, obstetras, enfermeiros, auxiliares, trabalhadores sociais, nutricionistas e psicólogos, considerados futuros parceiros na promoção e na defesa do aleitamento materno. O depoimento de uma pediatra revela a importância dada por eles às atividades de educação em saúde e o apelo a experiência pessoal para operar a mudança de posturas:

> "A sensibilização do profissional é muito importante. Acredito muito nessa prática porque eu mesma fui sensibilizada".

Murahovschi decidiu recuperar a experiência acumulada no incentivo à amamentação e escreveu, junto com seus colegas, uma **Cartilha do Aleitamento Materno** dirigida aos profissionais de saúde como um instrumento de subsidio para a promoção da lactância natural. *"Uma Arte Sem Professores"*, circulou amplamente nos serviços pediátricos e estimulou outros profissionais a engajar-se na campanha a favor da amamentação e, segundo declara Murahovschi, foi um trabalho coletivo.

> "Cada um escreveu um pedacinho, isto ajudou a unir o grupo e foi um estímulo do que se passava no mundo afora".

Segundo lembra a pediatra Laís Bueno, o trabalho deles começou a ter ressonância fora do âmbito do Guilherme Álvaro. Dividiam suas responsabilidades no hospital com outras atividades, tais como palestras em escolas, bairros, prefeituras, igrejas, postos de saúde e outros hospitais:

> "Éramos chamados do todos os lugares, curso para noivos, em igrejas, em associações de bairro, a mulher querendo amamentar sempre estivemos prontos para passar nossa vivência para qualquer lugar, sempre um de nós ia para grupos comunitários, universidades, até à faculdade de arquitetura nós fomos... Preparamos nossos residentes para que eles fossem também fazer palestras."

Outras atividades decorrentes da promoção do aleitamento materno eram a participação em pesquisas e cursos, assim como o estímulo à amamentação no exercício privado da

profissão nos seus consultórios, onde atingiam outros segmentos da população, principalmente das camadas médias e altas:

> "No início, talvez pela inexperiência na técnica, perdemos muito cliente no consultório, a mãe ficava desesperada e aí não voltava. Hoje é muito diferente. Somos procurados e especialmente para consultar questões de aleitamento materno."

As reflexões realizadas pela equipe do Guilherme Álvaro mostravam que as ações de incentivo ao aleitamento materno que estavam sendo implementadas no ambulatório do pré-natal não eram suficientes para melhorar os índices de prevalência do aleitamento materno no hospital. Paralelamente a essa estratégia precisavam, segundo eles, dar maior atenção às rotinas hospitalares então vigentes e introduzir mudanças mais drásticas, incursionando em espaços que envolviam mudanças na hierarquia e ordem estabelecidas na maternidade e, principalmente na sala de parto. Por outro lado, achavam necessário criar condições para estabelecer o **alojamento conjunto** para as mães e bebês que estivessem em boas condições de saúde e desativar o uso de lactários e berçários. Isto foi considerado por outros colegas deles uma reviravolta na ordem hospitalar, onde os critérios de **separação** em função da preservação da assepsia e o controle da alimentação dos bebês, eram considerado imutáveis. O doutor Murahovschi lembra da ocasião como um fato inédito, ditas mudanças representaram a ponta de lança para a reversão do modelo "mamadeira".

> "Keyko, Laís, Ernesto foram pioneiros no Alojamento Conjunto, e isso foi um marco muito importante; também Paulo Sérgio. Logo o Ambulatório de amamentação que cria Keyko..."

Como podemos ver, o grupo de médicos de Santos se propunha reordenar o espaço e as práticas convencionais, atentando contra a ordem estabelecida em termos do modelo de pureza (critérios de assepsia) com uma ameaça de poluição (amamentação na sala de parto). Como indica Mary Douglas (1976:19) "as regras de higiene mudam, naturalmente, com as mudanças no nosso estado de conhecimentos" e foi essa lógica que serviu de argumento a esses médicos para efetivar as mudanças, colocado pela pediatra Keyko Teruya.

> "Com relação a levar o bebê ao seio da mãe ainda na sala de parto, nós explicávamos que era uma prática que já se fazia em outras partes do mundo e considerávamos a seguinte lógica: no caso do parto normal, é o bebê que tem passado junto à mãe que vai fazer o contato, como é que estaria contaminado!!"

Todavia, desde uma perspectiva da oposição puro/impuro, a poluição social que entranhavam essas mudanças pode situar-se dentro do que Douglas chama o "perigo da contradição interna", que surge pela transgressão de alguns postulados básicos do sistema por outros da mesma natureza, de modo que em certos pontos o "sistema parece estar em guerra consigo mesmo" (1976:151). Os médicos a favor das mudanças estavam buscando não mais a **liminaridade** que caracteriza o espaço do berçário, "todas as margens são perigosas", aponta Douglas (1966:149), mas sobretudo minorar a distância da **separação** iniciada com o corte do cordão umbilical durante o ritual do parto, dando lugar a um novo status do binômio mãe-filho, na rápida **reintegração** entre eles através da amamentação

num clima mais "natural" e aconchegante, com menos intervenções médicas, como ilustra o depoimento de uma médica:

> "Ernesto,[Teixeira Nascimento, ex-diretor do Hospital] na época chefe do berçário, mandou –no que foi considerada uma ação ousada na época– tirar os bercinhos e as mamadeiras e iniciar um trabalho sério de conscientização e sensibilização sobre a adequação das práticas e rotinas hospitalares em benefício da amamentação, envolvendo a equipe que atendia às mães e seus bebês. Tratava-se de treinamentos não formais, mais de corpo-a-corpo com a enfermagem por um período de mais de nove meses durante todos os dias. De tal forma que, quando finalmente conseguimos desativar o berçário, as equipes já estavam preparadas".

Essa estratégia, avaliam meus informantes, resultou muito efetiva na substituição das mamadeiras pelo aleitamento materno e contra a cultura da mamadeira instalada no sistema de saúde que, como já vimos, implicava entre outros aspectos, no uso e prescrição de solução glicosada logo após o nascimento dos bebês e a utilização de fórmulas industrializadas, mamadeiras, xucas e chupetas. Com essa estratégia se consumou o continuum entre o nascimento e a instalação da amamentação, o que na situação anterior, podia demorar 24 ou 48 horas, as vezes mais dias.

Os estudos do aleitamento materno têm mostrado que o bebê, ao ser estimulado com o uso dos bicos artificiais e simultaneamente ao seio materno, chega a desenvolver a chamada "confusão de bicos" não reconhecendo mais o seio materno que supões para ele um exercício mais completo de sucção, podendo diminuir, ou inclusive perder, sua habilidade

para succionar o seio. Isto porque o processo de ejeção do leite, como já dissemos, requer de um bom movimento de sucção da criança que envolva toda a aeréola e o bico do peito no qual o bebê compromete todos seus músculos facilo-maxilares, o que não ocorre com a sucção da mamadeira, que requer um esforço bem menor do bebê. (Savage:1991)

De acordo com a pediatra Keyko Teruya após três anos da implantação desses novos procedimentos de estimulo à amamentação, se registraram os primeiros frutos que evidenciavam a mudança do modelo, vendo-se aumentar o número de crianças alimentadas com leite materno e caíram as taxas de desnutrição infantil e a inversão no hospital do modelo da mamadeira, que era muito forte.

A Incorporação de um Novo Modelo

Depois de vencidas inúmeras barreiras e com a implantação dessas mudanças em colaboração com a área de ginecologia e obstetrícia, a maternidade do Hospital Guilherme Álvaro colocava-se à vanguarda da reorganização hospitalar, em favor de um movimento mais abrangente que postulava a "humanização" das ações hospitalares e a busca de relações médico-paciente mais horizontais. A tecnologização do ato médico estava pondo em evidência a oposição natureza/cultura e, para esses médicos, certos processos, entre eles o nascimento, devia estar menos sujeito de interferências desnecessárias. No Brasil há uma tendência muito forte a ser realizada cesariana em vez de parto normal, em São Paulo, por exemplo, essa prática se realiza em 52.1%, segundo dados do UNICEF.[39] A maioria dos

[39] Um estudo antropológico da cesariana encontra-se em **De Cesáreas, Mulheres e Médicos**, Tese de Mestrado de Maria Carranza, Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília, 1994. A autora

partos ocorrem em hospitais, e, paradoxalmente, o Brasil também ocupa um dos índices mais altos de mortalidade materna, 141 mortes a cada 100 mil bebês nascidos vivos.[40] Isto significa que é 35 vezes maior que nos países desenvolvidos.

Com relação às cesarianas, segundo revelam meus informantes, a luta na maternidade foi ainda mais difícil, pois implicava a expansão do modelo e uma crítica à super tecnologização do parto. A oposição puro/impuro, que tentei elucidar para o parto normal, exerce neste caso, uma dimensão mais ampla. Segundo o depoimento da doutora Keyko Teruya, a mudança somente aconteceu quando provaram aos outros colegas que não havia maiores riscos de contaminação:

> "Já no caso da cesárea a gente notou como é que é uma dinâmica de um parto de cesárea. Geralmente, o obstetra pede para o anestesista para empurrar a barriga da mãe, nós falamos puxa! se a mão do anestesista pode empurrar um campo, porque a gente não pode por o próprio neném que saiu da mãe?. E com isso, a gente derrubou esse argumento de contaminação".

Incentivar o parto humanizado significa, dentre outros aspectos, fazer esclarecimentos sobre as vantagens do parto normal, manter aberta a possibilidade do acompanhamento familiar na sala do parto ou pré-parto, atenção ao recém-nascido na sala do parto e manter anestesia

---

analisa as percepções de um grupo de mulheres brasileiras com relação a essa prática. O estudo demonstra a influência determinante do obstetra na escolha do tipo de parto, o que vem ao encontro das experiências em Santos. Outras informações sobre o tema se encontram no Núcleo de Estudos sobre Nascimento e Parto do Núcleo de Investigação em Saúde da Mulher e da Criança do Instituto de Saúde de São Paulo.

[40] Maiores informações sobre mortalidade materna encontram-se em **"A Mortalidade Materna e o Município"**. UNICEF, Ministério da Saúde s/d.

disponível. Por outro lado, o parto humanizado encoraja o respeito aos aspectos emocionais, psicológicos e sociais envolvidos no processo de nascimento[41].

Segundo a opinião de um médico membro da equipe, as relações médico-paciente, ocupam um lugar privilegiado para os profissionais do Centro. Essas relações têm sido, tradicionalmente, relações muito assimétricas, onde se reserva aos pacientes um lugar passivo e de observância da hierarquia.

> "As relações médico-paciente, tradicionalmente muito verticais, começaram a ser revistas, buscando-se uma relação menos autoritária e mais interativa. Hoje tenho a impressão que falta muita coisa, tenho uma preocupação muito forte com a relação médico-paciente, onde exista a *troca*."

E como se produz essa troca? Os serviços de saúde estão para oferecer determinada assistência aos usuários que eles esperam seja para resolver seus problemas, para melhorar o estado de saúde ou ainda para obter informações. De acordo com a pediatra Keyko Teruya a recompensa do médico se da na satisfação do usuário.

> "Uma coisa que a gente nunca tinha visto é as mães satisfeitas. As vezes a gente trabalha com mães revoltadas, mães xingando a gente".

---

[41] Estas medidas fazem parte de um programa novo que visa reduzir a mortalidade materna no Brasil e não se restringe apenas ao Centro de Lactação de Santos. Detalhes podem encontrar-se em **"Oito Passos para a Maternidade Segura."** UNICEF, maio 1995.

De acordo com a visão de Keyko Teruya, o trabalho da amamentação gerou um certo misticismo entre os membros da equipe e ajudou a melhorar as relações médico-paciente, buscando transitar de um modelo vertical e autoritário, para um relacionamento "mais gostoso" para ambas as partes, segundo mostram estas reflexões sobre a prática do grupo:

> " O nosso grupo era muito amigo. As mães ficaram nossas amigas e o perfil do dia a dia começou a mudar. Víamos a satisfação das mães, o relacionamento era muito bom".

Em fins da década de 1980, os organismos internacionais, destacadamente a OMS e o UNICEF, debruçaram-se na formulação de estratégias e políticas que tornassem possível a reversão do quadro constrangedor da saúde dos países do 3° Mundo, centradas principalmente na avaliação das medidas adotadas pelos países para o cumprimento da meta "Saúde para Todos no Ano 2000". Dentre estas medidas se destacam as estratégias na Atenção Primária à Saúde, caracterizadas por ações de prevenção como vacinação, saneamento básico e lactância natural. Pelo menos, nos últimos dez anos os estudos científicos vinham mostrando a importância do leite materno no combate à desnutrição infantil, os agentes imunizadores presentes nos seus componentes e as vantagens emocionais e afetivas e até econômicas para a mulher que amamenta o seu bebê.

De modo que em 1990, quando o UNICEF e a OMS lançaram internacionalmente políticas específicas de incentivo ao aleitamento materno nos serviços de saúde, a chamada Iniciativa

Hospital Amigo da Criança, que analiso no Capítulo I, o Hospital Guilherme Álvaro havia percorrido um longo caminho de modificação das rotinas visando mudanças no modelo de prestação dos serviços materno-infantis.

É nesse contexto, –por volta de 1989– que um grupo de especialistas da Organização Mundial da Saúde, do centro de pesquisas *Wellstart Breastfeeding Center* da Califórnia e de membros da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo realizam o contato com a equipe de promoção do aleitamento materno do Hospital Guilherme Álvaro de Santos para conhecer seu trabalho. Na sua visita ao hospital, a delegação de técnicos encontra lá um sólido trabalho de incentivo à amamentação, envolvendo os profissionais de saúde de diversas áreas, a modificação e adequação das rotinas hospitalares e um trabalho de orientação, acompanhamento e apoio a mães e crianças, como tentei mostrar neste capítulo. O seguinte depoimento da doutora Keyko Teruya, sintetiza a idéia de um trabalho que começava a ser vislumbrado para além do seu espaço original.

> "Marina e o pessoal do SUS ficaram encantados como nosso trabalho. Eu fiquei muito feliz, além do reconhecimento de nossas mães, tínhamos o reconhecimento de pessoas de fora".

Após essa visita os técnicos solicitaram à equipe de Santos a elaboração de um projeto, com o objetivo de implementar no Brasil um centro de treinamento de recursos humanos especializados na área do aleitamento materno. A proposta formulada pela equipe do Hospital Guilherme Álvaro foi selecionada e aprovada e assim nasceu formalmente o

Centro de Lactação de Santos, sintetizando a experiência de uma década de pesquisa e de assistência na promoção do aleitamento materno.

O primeiro passo dessa nova fase foi, como indico no início deste capítulo, à realização de um treinamento da equipe no ***Wellstart Breastfeeding Center***, por um período de dois meses em que tiveram a oportunidade de discutir seu trabalho com especialistas nessa área e fazer um exercício de reflexão teórica sobre a prática acumulada. Assim percebe a pediatra Keyko Teruya, a importância desse momento.

> "A experiência em Wellstart foi fundamental para a sistematização e a fundamentação científica do nosso trabalho, assim como na organização, planejamento e avaliação do trabalho. A nossa experiência prática, no entanto, era muito rica e nós ganhávamos deles neste sentido".

Como costuma acontecer muitas vezes, sobretudo no setor serviços, a dinâmica do trabalho prático e as demandas do dia-a-dia não permitem fazer as necessárias pausas para refletir sobre os avanços, as dificuldades e as perspectivas do trabalho que se realiza. Assim, a experiência em *Wellstart* ofereceu a este grupo de profissionais a oportunidade de adquirir novos conhecimentos técnicos, de refletir sua prática através de leituras sistemáticas sobre a produção mais recente da área de lactância, a troca com outros profissionais da área e, fundamentalmente, organizar, utilizando modernos recursos de planejamento, gestão e

avaliação de serviços, a reprodução dessa experiência e a conquista de novas áreas de influência em prol da amamentação. Incorporaram metodologias de trabalho de grupo, novas técnicas pedagógicas, utilização de recursos audiovisuais, dramatizações e "role playing".

Assim surgiu o Centro de Lactação de Santos, que ministrou seu primeiro treinamento em 15 de agosto de 1990. O curso de capacitação oferecido pelo Centro tem uma duração de 136 horas, divididas entre aulas teóricas e práticas. Hoje o Centro, que ganhou um local especial nas instalações do hospital e conta com um quadro próprio de profissionais especializados, possui uma estrutura totalmente instalada para oferecer quatro cursos anuais, de duas ou três semanas de duração e com um total de 20 a 30 participantes divididos em 5 ou 6 equipes por curso.

Além do financiamento internacional, dispõe de recursos federais oriundos do Programa Nacional de Aleitamento Materno e é considerado centro de referência nacional em capacitação de profissionais de saúde. O programa inclui trabalho teórico-prático nas áreas de atenção pré-natal, alojamento conjunto, atenção ambulatorial, problemas na amamentação, problemas relacionados com o bebê, fisiologia da lactação e outros assuntos que contemplam um total de 35 tópicos[42]. Participaram dos treinamentos do Centro equipes provenientes de todos os estados brasileiros e de outros países como Angola,

[42] Jayme Murahovchi et alli. **Uma Apostilha para os Profissionais de Saúde.** INAN, OPS, OMS e Centro de Lactacão de Santos. Esta publicação resume o conteúdo dos cursos realizados no Centro de Lactação de Santos.

Guatemala e Moçambique[43]. Fazem parte da equipe do Centro de Lactação vários pediatras, obstetras, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, fonoaudiólogos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem. Cada um deles, foi treinado para prestar seus serviços na área do aleitamento materno de acordo com sua especialidade, o que favorece uma abordagem integral, em oposição ao tradicional modelo do ensino médico e de assistência, vertical e fragmentado.

Minha participação neste curso propiciou o contato com os profissionais, com as usuárias e me exercitei na "participação observante", num campo de conhecimento novo e distante onde a alteridade começou a fazer sentido. De acordo com Geertz (1978:29), "o etnográfo "inscreve" o discurso social: ele o anota. Ao fazê-lo, ele o transforma de acontecimento passado, que existe apenas em seu próprio momento de ocorrência, em um relato que pode ser consultado novamente." Os acontecimentos que protagonizaram os médicos que deram sentido a este relato são reeditáveis e têm, no Centro de Lactação de Santos, um episódio inédito para recriar-se e ampliar-se na construção de uma cultura da amamentação, como veremos no capítulo a seguir.

[43] Para maiores dados sobre o trabalho do Centro ver Keyko Ternya et ali. "Centro de Lactação de Santos". In **Jornal de Pediatria**, vol. 68 (5/6). São Paulo, 1992, pp. 186-188.

CAPÍTULO IV

A CULTURA DA AMAMENTAÇÃO: O OLHAR DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E AS USUÁRIAS DO CENTRO DE LACTAÇÃO

> **"Toda instituição conquista parte do tempo e do interesse de seus participantes e lhes dá algo de um mundo;"**
>
> **Erving Goffman (1961:16)**

Neste capítulo tento elucidar o que estou chamando de **cultura da amamentação**, representada pelas percepções que os profissionais de saúde do Centro de Lactação e as usuárias do mesmo fazem sobre a prática do aleitamento materno. Essa cultura, como se percebe nos discursos dos meus informantes, extrapola o espaço do centro de Lactação, e revela aspectos de uma dimensão social mais abrangente. Metodologicamente, utilizo o conceito de **representação social** definido por Durkheim (1989:45):

> "As representações coletivas são produto de uma imensa cooperação que se estende não apenas no espaço, mas no tempo; para produzi-las, uma multidão de espíritos diversos associaram, misturaram, combinaram suas idéias e seus sentimentos; longas séries de gerações acumularam aí a sua experiência e o seu saber".

Isto permite pensar que as representações coletivas, enquanto que partilhadas por grupos sociais, permeiam e se manifestam através das instituições, mitos, crenças valores e ideologias. Nesse sentido, procurei buscar no discurso e nas práticas dos profissionais de saúde e das usuárias do Centro, os símbolos e significados que, por um lado, dão sentido a

suas percepções sobre o aleitamento materno e, por outro, fundamentam suas práticas. Sob uma perspectiva maussiana, de trazer a busca do sentido, as representações sociais são dados traduzidos em "fatos sociais".

Para os profissionais de saúde, apesar dos avanços nas novas formas de fazer saúde, parece estar inabalada a formação cartesiana na constiuição do campo da saúde. No caso das mulheres, os dados apontam que elas apresentam um saber próprio, embasado na prática cotidiana e nas dificuldades de sua situação concreta de vida e, nesse contexto, deve ser visto seu acesso ao consumo dos cuidados médicos. Como bem situa Boltanski (1984:39), esse universo social se divide em dois grandes grupos, "nós e os outros". Os primeiros vêem nos olhos dos outros os representantes da legalidade e os guardiões da ordem social, além de conhecimentos que lhes conferem poderes. Os "nós", que seriam os membros das classes populares, não são sempre reconhecidos em suas próprias formas de saber e isso é uma das primeiras distâncias entre os profissionais de saúde e os usuários do sistema de saúde e o pano de fundo de um choque de saberes.

A cultura institucional da amamentação se fundamenta no reconhecimento unânime da legitimidade do conhecimento médico oficial, criado e defendido pelas instituições científicas, que detêm ainda, os mecanismos para sua difusão (Boltanski 1984:33). Portanto, os membros dos setores populares –em sua relação com os médicos– estão relacionalmente num universo estranho, regido por outras regras. Muito embora ao nível do discurso e mesmo nas novas práticas de saúde implementadas no CLS, se percebe uma

preocupação por uma visão mais integral da saúde e incorporação de um novo modelo, as práticas de promoção ao aleitamento materno mantêm um discurso regulador e normatizador que perpassa toda a postura médica com relação a seus pacientes, inerente às práticas de saúde, como bem já assinalou Foucault (1986:221) na sua análise do homem como "produção de poder e objeto de saber". Trato, a seguir, do espaço de construção da cultura da amamentação através da ótica dos profissionais do Centro.

Dos Profissionais de Saúde

Minhas observações sobre a construção da amamentação como objeto das práticas de saúde, chamaram minha atenção para uma tendência das equipes de saúde de privilegiar a figura do bebê onde a categoria mulher passa desapercebida. Mulher é vista nos serviços de saúde como usuária dos programas materno-infantis, atrelada a seus ciclos reprodutivos e, privilegiadamente, à sua função maternal. A forma verbal que se utiliza para dirigir-se a uma mulher é expressiva do olhar que os profissionais tem das mulheres: "mãe", "mãezinha" assim como a forma de organização dos programas de saúde para mulheres (gestantes, nutrizes, climatéricas), remete à noção de pessoa que se constrói nesse universo.

A dicotomia natureza/cultura e o modelo vertical do campo da saúde se evidenciam no seguinte depoimento de uma profissional de saúde que tentava explicar-me as dificuldades de lidar com mulheres que se recusam a amamentar.

> "Existem algumas mulheres que negam o que a natureza lhes deu... Agora, nunca vou falar para uma mãe que ela é uma bruxa ou uma *desnaturada* porque não amamenta seu filho".

Se, como diz Ortner (1979), a mulher está mais perto da natureza, nesse discurso observamos que a mulher foi despojada de sua essência: ela é pensada como natureza e, ao ser "desnaturada", simbolicamente se nega a si mesma e ao filho. Esse depoimento é revelador da estrutura verticalizada do modelo de assistência e do despreparo dos profissionais de saúde para lidar com a diferença bem como o embate entre o modelo mamadeira e o modelo aleitamento materno. Por outro lado, além do juízo de valor desse discurso, se observa a predominância da tradição naturalista no campo da saúde, ao perceber a mulher e a maternidade como um fato apenas natural, por tanto, igual para todas as mulheres e, desse modo, classificáveis em "tipos ideais" de comportamento. Porém, tudo isso parece compreensível numa matriz de pensamento que faz parte do imaginário social brasileiro sobre a mulher, que ao longo dos séculos vem-se reproduzindo tanto no saber formal, quanto no leigo. Nesse sentido Mary del Priore (1993:43), assinala que a maternidade constitui-se no universal feminino do período colonial, a identidade feminina fazia-se a partir da maternidade para alcançar o ideal de esposa-mãe que a sociedade lhe reservava e como parte do processo de normalização do gênero feminino. A construção dessa identidade, passava pelo processo de amamentação como um direito da criança e dever da mãe. Depoimentos de mulheres moradoras da cidade do Paranoá no Distrito Federal, remetem à amamentação percebida como uma obrigação.[44]

---

[44] Estes depoimentos foram coletadas por alunas cuja monografia final orientei no Curso de Especialização em Enfermagem em Saúde Pública, Departamento de Enfermagem, Universidade de Brasília. **Amamentar: Uma Escolha Consciente da Mulher**, Brasília 1997.

> "Amamentei porque acho que é bom e no meu pensar, é *obrigatório*."
>
> "O leite é saudável e o bebê não corre risco de adoecer; é como um medicamente, ter leite forte é *dever de mãe*".
>
> "*É obrigado* a gente dar o leite materno, eu acho melhor dar o leite que a mamadeira".

Se para o projeto colonial a maternidade significou pensar a condição feminina e as relações familiares como um projeto de Estado (Del Priore 1993:45), no Brasil moderno a categoria mãe prevalece como o principal elemento de diferenciação entre os gêneros e, as mulheres, independentemente de sua classe social, carregam ainda as principais responsabilidades no cuidado dos bebês e das crianças. Sob a perspectiva política, hoje –como indica um médico do Centro– os espaços de participação social dos usuários nos serviços públicos de saúde estão formalmente garantidos em lei, o que significa uma abertura do sistema, embora a qualidade dessa participação ainda é fragmentada e inconstante. Reconhece que antes, sufocados pelas mortes infantis, o modelo verticalista da relação médico-paciente fazia com que sua racionalidade científica se impusesse sobre a lógica e as crenças das pacientes.

> "A gente era persuasivo demais, agressivo, e a gente chegara a maltratar aquela mãe que não amamentava porque víamos em cada criança, uma vítima da desnutrição."

Muito embora a adesão ao aleitamento natural venha aumentando nos últimos anos e, particularmente, isto é assim na área de abrangência do Centro de Lactação, as questões que se referem em geral à saúde reprodutiva da mulher, não estão ainda sob o controle das mesmas, o que significa dizer que não há um acesso disponível às técnicas para efetivar esse

controle (Carranza 1994:95). No que diz respeito ao aleitamento materno, a sociedade de maneira geral e, principalmente, as mulheres não dispõem das condições que permitem verdadeiramente fazer uma escolha, o que implica ter critérios de alguma ordem (nutricionais, econômicos, afetivos, entre outros) bem como alternativas, o que não sói acontecer até porque as mulheres se defrontam com enormes dificuldades para conciliar o mundo da produção com o mundo da reprodução.

A construção do modelo da amamentação, levou os profissionais do Centro, como vimos no capítulo anterior, a utilizar diversas estratégias que orientaram essa prática. Porém, de acordo com um dos médicos do Centro, sendo que as ações de educação em saúde não parecem ser suficientes para resgatar o hábito da amamentação, considera que esta deve ser introduzida como parte da educação formal, desde o nível elementar junto à população infantil e o acompanhamento generacional.[45] Revestido de uma fala onde se percebe a influência da tradição naturalista e evolucionista, ele assinala que:

> "durante 30 anos estamos agindo na *civilização* do leite[em pó] e não se conseguiu mudar suficientemente os valores em relação à mamadeira e à alimentação artificial. É necessário começar logo ensinando as crianças."

A idéia, segundo este pediatra, é fazer uso da tecnologia e da publicidade em forma massiva e permanente para poder intervir nos hábitos alimentares, na educação e na cultura, que conforme relato anterior, depois da campanha nacional na mídia na década de 80, os índices de aleitamento materno aumentaram em todo o país. Se a indústria de alimentos infantis

[45] O tempo transcorrido nas ações de promoção ao aleitamento materno já permitiriam observar a influência em pelo menos duas gerações, porém, não tenho conhecimento de estudos sob essa perspectiva.

possui a capacidade de saturar o mercado com propaganda a favor de seus produtos –ele pondera– o resgate da cultura da amamentação demandaria também um trabalho de *marketing* suficientemente atrativo para concorrer com os produtos que as grandes industrias como Nestlé, Abbott, Mead & Johnson e outras oferecem aos consumidores.[46]

> "...tem-se trabalhado tendo como alvo específico as mães", sendo que para conseguir impactar a sociedade de maneira global seria preciso atingir as gerações no momento de seu início, na infância, mostrar para ela [as meninas] desde cedo a amamentação. As meninas brincam de oferecer mamadeira a suas bonecas. As industrias [de brinquedos] colaborariam muito se comercializassem também bonecas que amamentam" .

As ações de promoção do aleitamento materno sempre tiveram como alvo as mulheres, perdendo de vista que a cultura da amamentação não envolve apenas as mulheres, já que estas para amamentar o filho precisam tempo e dedicação, afastando-as temporariamente de outras atividades.

O discurso do aleitamento materno como revelador de formas de classificação entre o mundo natural e mundo cultural, se observa no discurso de uma profissional de saúde que declara "a estrutura fisiológica da mulher está para funcionar no momento em que se ativa o

[46] Chamou a atenção para a propaganda da **Parmalat** que está sendo veiculada em toda a mídia utilizando o slogan "porque nós somos mamíferos", apelando a uma espécie de totemismo moderno. Dita campanha infringe, por omissão, o artigo Nº. 5 da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes, que diz: "permitida promoção comercial, desde que inclua a *advertência* de que "não devem ser utilizados na alimentação do lactente nos seis primeiros meses de vida, salvo sob orientação de médico ou nutricionista."

processo da amamentação" ou que o aleitamento materno "é uma coisa boa que vem dentro da gente", segundo pensado por uma mulher usuária, não me parecem idéias tão distantes do que Jack Goody (1982:85) encontrou na sociedade **Lo Dagaa**, ao norte de Ghana, onde as relações entre natureza/ cultura/ gênero se expressam a nível dos processos de produção e reprodução e onde o mundo privado remete mais ao espaço feminino, em oposição ao público, caracterizado eminentemente como masculino, pelas atividades de caça realizadas pelos homens, como expressa a seguinte citação do autor:

> "...the major contrast lies between men killing and women bearing, **nurturing** and cooking".

Nesse contexto me parece ilustrativo reproduzir os versos de um profissional de saúde do Recife, onde além da oposição natureza/cultura, aparecem vinculados elementos de caráter religioso no discurso do incentivo ao aleitamento materno[47].

> "Dizer que o leite é doce
> Que é fraco ou é salgado
> Tirar o bebê do peito
> Comprar leite no mercado
> Contraria a natureza, chega a ser até pecado."

A médica Keyko Teruya é de origem japonesa e, segundo ela me disse, na sua cultura familiar a presença de mulheres amamentando era um fato freqüente, tanto assim que ela atribui a isso sua própria maneira de conceber o aleitamento materno e sua ótima experiência pessoal como mãe.

---

[47] Trecho de "Nutrição em Saúde", Malaquias Batista Filho, Olinda, 1995.

> "Na minha família havia, sim, muita tradição de amamentar, então para mim a questão da maternidade foi uma coisa muito tranqüila e *natural.* "

Esta interiorização das práticas familiares, que orientaram a socialização da Dra. Teruya ao ponto de considerá-las "naturais", evocam-nos o conceito de **habitus** de Pierre Bourdieu. O conhecido cientista social chama a atenção para o fato que os indivíduos e os agrupamentos de indivíduos não inventam e nem improvisam livremente seu cotidiano, mas o constróem em condições determinadas, por sua vez socialmente criadas. Para ele, os atores orientam suas ações e percepções pelos *habitus*, noção central de sua proposta teórica com a qual se refere aos "...sistemas de disposições duráveis, estruturas estruturadas predispostas a funcionar como estruturas estruturantes, isto é princípios geradores e organizadores de práticas e representações..." Bourdieu *apud* Ortiz (1983:61) Ou seja, o *habitus* funciona na teoria da prática de Bourdieu como uma matriz de percepções e ações que permite estabelecer a mediação entre as posições sociais e as escolhas individuais, entre estrutura e sujeito, entre indivíduo e sociedade.

Assim, a Dra. Teruya amamentou os três filhos durante um período que se prolongou por três anos e três meses, convencida do natural da escolha, na medida em que seguia a perspectiva cultural do seu grupo. O que vemos novamente nessa representação é a idéia da "re-naturalização" dos valores culturais e a quase permanente associação da mulher com a natureza. Numa leitura lévistraussiana, episódios como esse mostram as dificuldades para separar empiricamente os fatos naturais dos fatos culturais ou, como disse Mearleau Ponty

(1962:184), há algumas circunstâncias em que a "cultura entrava um verdadeiro "corpo a corpo com a natureza, e antítese entre a natureza e a cultura deixa de ser nítida".

Dentro dessa tendência a classificar e ordenar o aleitamento materno no âmbito da natureza, emerge a importância dos processos de normatização constitutivos das práticas de saúde. O que é da natureza se pensa como ordem imutável, enquanto que a cultura é vista como mutante. O seguinte discurso do Dr. Ernesto Teixeira do Nascimento, apela ao que Sahlins (1979) chama de **razão prática**, numa visão utilitarista da prática médica e "renaturalizar", interiorizando-a, uma prática que deixou de ser natural e que merece ser socialmente reproduzida:

> " Conseguiram fazer com que o aleitamento materno saísse do padrão natural, precisamos *civilizar* o peito".

Se na sociedade é valorizado o comportamento dito "civilizado" e o aleitamento materno parece estar situado no mundo da natureza, precisamos, segundo a meta-mensagem dessa fala, deconstruí-lo para que possa ser socialmente valorizado e transite amplamente numa sociedade de consumo onde se privilegiam os bens materiais produzidos pelo homem.

A experiência desse grupo de médicos no sistema público assim como no exercício privado da profissão permitiu-lhes entrar em contato com segmentos sociais diferenciados em termos de condição sócio-econômica e nível educacional. Assim, nos serviços públicos sua clientela é principalmente, população de baixa renda com precários níveis de qualidade de

vida e também alguns setores da classe média. No consultório, seus clientes são, predominantemente, de classe média e alta cuja prática social é diferente da clientela que utiliza os serviços públicos. Porém, os profissionais percebem que o estilo de vida das camadas mais altas da população, influencia o comportamento e valores sociais desses setores, como revelam os depoimentos a seguir:

> "As mulheres ricas começaram a usar mamadeiras, depois vimos mulheres de classes menos favorecidas, utilizar mamadeiras e deixar de dar o peito".

> "A experiência nos está indicando que é possível mudar tanto a realidade das mulheres ricas e das mulheres pobres, duas realidades que em algum momento se entrecruzam. Amamentar também pode ser uma questão de status, a mulher pobre copia os modelos das elites. No consultório[privado] e no ambulatório [público], alcançamos altos índices de aleitamento materno, muito embora ainda esta longe do ideal"

Desde a perspectiva da pediatra Laís Bueno, como mostra o depoimento a seguir, o aleitamento materno, como atributo universal das mulheres, se distingue pela forma em que apropriado culturalmente:

> "os problemas técnicos da amamentação são os mesmos em todas as classes sociais, o que muda são as *condições* e as *atitudes* familiares que estão em volta deles e as facilidades para resolvê-los".

Como também ocorre nas classes populares, embora de forma peculiar, a opinião do médico para a clientela de consultório, influencia o comportamento das mulheres e vice-versa porque o prestígio do médico se constrói, em grande medida, com a satisfação de sua clientela, portanto, no consultório privado há uma preocupação maior em atender as

demandas de seus pacientes, além da dimensão econômica implícita nessa relação. Ciente do seu poder de influência, o médico convoca as redes familiares para fortalecer o modelo do aleitamento quando este se vê ameaçado pelo modelo mamadeira. Segundo opinião dos médicos, uma grande parcela das mulheres que hoje são avós, na faixa dos 50 anos, não amamentaram seus filhos e, por tanto, precisam ser "convencidas" da importância do aleitamento para os netos.

> "Eu peço o comparecimento da família ao consultório: pai, avó, tia. E a avó sempre fala a mesma coisa -Ah! como as coisas mudaram, no meu tempo não era assim- aí você aposta na empatia, no convencimento e isso ajuda muito e você consegue."

Essas expressões, bastante comuns entre os profissionais de saúde, que se referem ao comportamento das mulheres quando se defrontam com a realidade de ser mães e de amamentar o filho, como mostra o discurso anterior, revelam uma espécie de padronização do gênero feminino, que tende a homogeneizar os comportamentos que se esperam das mulheres, dando pouca visibilidade às diferenças contidas na situação de classe social, das condições e dos estilos de vida. Estas condições não são vistas globalmente para compreender como afetam a forma em que é pensada a maternidade, embora percebam diversas práticas de *mothering* entre os diversos setores, se percebe no depoimento de um médico.

> "Mães de melhor nível econômico, como as que atendemos no consultório, nos estão ensinando a melhoria do aleitamento materno sobre outros tipos de leite e esses pontos de vista se disseminam entre todas as camadas sociais."

Embora foge aos objetivos desta dissertação, um elemento importante a considerar na questão do aleitamento materno é a forma em que ele é construído em outras racionalidades médicas alternativas à medicina ocidental, por exemplo na homeopatia ou na medicina chinesa e em outros sistemas terapêuticos. Num momento onde se valoriza a dimensão natural, como um traço cultural da nossas sociedade, se torna significativa a "eficácia simbólica" atribuída às diversas racionalidades médicas. O retorno à amamentação, socialmente falando, pode ser visto como uma resposta ao mundo super-industrializado das sociedades modernas e a volta a práticas naturais e a estilos de vida que procuram dispensar produtos industriais.

Sob a perspectiva médica, as principais causas do desmame precoce ou da não amamentação que referem as mulheres são, segundo meus informantes, a diminuição espontânea de leite, a não aceitação da criança, o leite fraco[48], a introdução de outros leites, surgimento de doença, nova gravidez, trabalho, e aspectos estéticos. Contudo, a maioria dos profissionais de saúde concordam em situar as diversas formas de intervenção das industrias de leite como principais responsáveis pela queda nos índices do aleitamento materno.

Uma das estratégias de *marketing* mais conhecidas e utilizadas pelas grandes companhias é a penetração do sistema de saúde através da cumplicidade com os profissionais que ali trabalham. As indústrias de sucedâneos do leite materno financiam pesquisas de saúde,

[48] De acordo com Adesse (1994:41) a síndrome do leite fraco ou hipogalactia, é reflexo quase sempre de falta de informação correta da mãe ou do que assiste a criança.

apoiam a execução de eventos científicos, subvencionam congressos, associações de classe , oferecem presentes dos mais variados tanto de uso pessoal como de consumo; outorgam bolsas de estudo e financiam viagens. Assim, influenciaram os hábitos alimentares e contribuíram ao longo dos anos em forma determinante para o declínio da prática da amamentação[49]. Atualmente essa questão é colocada em termos de ética profissional e do cumprimento ou não da Norma Brasileira de Comercialização de Substitutos do Leite Materno.

Por outro lado, o trabalho de incentivo à amamentação realizado pelos grupos de apoio a amamentação, assim como a Iniciativa Hospital Amigo da Criança do UNICEF, constituem frentes de defesa, promoção, e apoio à prática da amamentação[50]. Estudos abordando essas práticas no espírito da noção de maussiana de dádiva, chamam a atenção para as relações de reciprocidade que se estabelecem entre os profissionais de saúde e as industrias de sucedâneos do leite materno[51]. É do que trata um documento recentemente divulgado pela Rede IBFAN, através de sua seção em Genebra, titulado **"Brindes: São Presentes ou Incentivos aos Trabalhadores de Saúde?"**, onde os presentes são entendidos como "colas sociais" que asseguram "ligações" entre pessoas ou setores da sociedade e que, no caso da

---

[49] Os dados da monitorização à **Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes** em 1996, que incluiu 32 cidades de 13 Estados da Federação, detectou infrações nos aspectos de Rotulagem, Promoção Comercial, Educação e Informação e Promoção em Serviços de Saúde a Trabalhadores de Saúde. Neste último aspecto, se detectaram visitas regulares das empresas a profissionais de saúde para deixar amostras de produtos das companhias Nestlé, Wyeth, Abott, e Mead-Johnson e brindes tais como canetas, livros, artigos, material impresso e apoio financeiro para viagens (1996:22-27).

[50] No Brasil, até março de 1996, 46 hospitais estavam credenciados como Hospitais Amigos da Criança e 76 estavam em processo de mudanças e implementação das rotinas, o que da uma idéia da penetração do novo modelo no sistema de saúde. Na América Latina existem 487 hospitais credenciados e os números totais em todo o mundo alcançam a cifra de 4000 instituições hospitalares credenciadas.(Boletim IHAC Nº. 14, março 1996).

[51] Ver por exemplo Lewis H. Margolis. **"A Ética de Aceitar Presentes da Indústria Farmacêutica"**, Separata de **Pediatrics**, vol. 88, nº 6, dezembro, 1991.

industria, estão distantes de serem brindes desinteressados. As industrias "esperam algo em troca", que gere lucros para elas e por isso investem em doações para os trabalhadores da saúde que, como vimos, vão desde medicamentos, materiais e equipamentos até recursos para pesquisas. A troca é consumada quando os profissionais de saúde prescrevem esses leites [e também medicamentos] na dieta alimentar do bebê, induzindo de maneira irrestrita o consumo das mesmas e provocando o desmame.

Por outro lado, conforme apontei no capítulo anterior, o papel dos profissionais de saúde em incentivar ou não a amamentação se relaciona com outros processos, a exemplo da medicalização e tecnologização das práticas relacionadas com o parto, ou seja o uso abusivo de procedimentos médicos com recursos de alta tecnologia que intereferem nos processos naturais. Porém existem outros fatores importantes como o econômico, sendo que o uso de recursos técnicos encarece os procedimentos e aumenta o lucro.

Os beneficios do leite materno estão amplamente comprovados cientificamente (Barros 1991, Campestrini 1992, Dos Santos 1991, Palmer 1988, Jelliffe) e divulgados para o público, tanto em publicações científicas como as de ampla circulação (*Revistas Veja, Pais & Filhos, Claudia* e outras[52]) e, paralelamente, também tem sido documentados os prejuízos ocasionados pelo consumo do leite artificial para a maioria dos bebês –excetuando

[52] Na seção **Radar**, da Revista Veja Nº 13, do 02 de abril de 1997, foi publicada uma matéria sobre a importância do cumprimento da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes assim como os acordos de uma reunião latino-americana para tratar do Código Internacional. Porém, outras revistas como *Pais & Filhos, Crescer em Familia e Mãe-Você e seu Filho*, são apontadas no Relatório de Monitorização à Norma como infratoras, ao veicular propaganda que, em conformidade com o artigo Nº. 4 da referida Norma, é proibida a propaganda nos meios de comunicação de massa de fórmulas infantis, mamadeiras, bicos e chupetas (1996:17).

os casos em que os bebês realmente precisam do uso de fórmulas, que, segundo especialistas, é um percentual em torno de 2% apenas– com o qual essas indústrias não poderiam manter o nível de consumo necessário a garantir seu volume de lucros. Portanto, muitos esforços têm sido realizados junto aos profissionais de saúde e suas associações de classe, no sentido de mudar suas atitudes na prescrição da dieta dos bebês para favorecer a saúde da população infantil, sobretudo aquela das parcelas mais carentes, onde a opção entre uma mamadeira e o leite materno pode ser a diferença entre a vida e a morte. Uma pesquisa sobre custo/beneficio da promoção do aleitamento materno, realizada por vários organismos, entre eles UNICEF, USAID e outros, no ano de 1994 em vários países de América Latina, incluindo o Brasil, mostrou que o desconhecimento e a insegurança da mãe, assim como as recomendações médicas, são motivos alegados pelas mães para introduzir na dieta dos bebês menores de seis meses, outro tipo de alimentos (Boletim IHAC 1994:03).

Do ponto de vista do *marketing* a indústria constrói uma identidade de gênero feminino que utiliza a seu favor. Os novos valores femininos que conformam a identidade feminina para a qual a indústria apelou, surge com a criação de estereótipos de comportamento, onde a mulher ideal é multi-facética, e tem a possibilidade de realizar –aparentemente sem contradições– seu papel social de mãe brindando seu amor, cuidados e o melhor alimento aos filhos e, ao mesmo tempo, ser capaz de ocupar sem desvantagens seu lugar no mundo da produção. Assim, a mulher ideal se liberta do âmbito doméstico através substitutos do leite materno, conforme a proposta da industria, sem as dificuldades que carrega a alimentação ao seio e sem sacrificar o âmbito da produção. Desse modo, a propaganda da

indústria dilui a contradição feminina produção/reprodução. A relação identidade/consumo, característica das sociedades modernas nas grandes cidades, se tornou um recurso de *marketing* que acabou convencendo numerosas mulheres que podia ser uma escapatória do modelo da subordinação doméstica. Porém para muitas mulheres, sobre tudo as mais pobres e menos esclarecidas, o modelo da indústria acaba sendo uma armadilha. Todas as mulheres que entrevistei em Santos se ocupavam elas mesmas do cuidado dos filhos, além de outras atividades domésticas e do emprego fora de casa, acumulando duas jornadas de trabalho. De acordo com a pediatra Laís Bueno,

> "a indústria passou a idéia, tanto para a população como para os profissionais de saúde, de que a mamadeira e o leite em pó eram melhores. Usar a mamadeira virou uma questão de status".

A fala anterior se insere também no esforço que realizam os promotores do aleitamento materno para restringir os efeitos dos sucedâneos de leite materno. Contudo, acaba ficando a idéia de que o aleitamento materno é a melhor forma de alimentação para os bebês pobres. Não é bem assim. Além da dimensão econômica que, como veremos, é significativa, há outras características do leite do qual se beneficiam as mulheres: espaçamento entre os partos, diminuição do risco de hemorragia pós-parto, favorecimento à perda de peso, prevenção contra câncer mamario e uterino, diminuição do risco de osteoporose e artrite reumatoide são vantagens cedo aproveitadas pelas mulheres dos estratos sociais mais altos. Paralelamente, os bebês que recebem o leite de sua mãe estão tendo uma oportunidade ótima de crescimento e desenvolvimento. A diferença é que nos países pobres isto pode ser uma questão de sobrevivência. Utilizando leite fluido, uma criança necessitará de 135 litros de leite durante os seis primeiros de vida. A quantidade adequada de leite em embalagens

de 500 gramas, eqüivale a 33.5 latas de leite infantil modificado. De acordo com os preços atuais do mercado, utilizando-se a marca mais barata, o gasto médio mensal em Reais alcança um total de 26,20 e a marca mais cara implica um custo de R$ 225,99, fora as despesas com utensílios, gás e outros (IBFAN 1996:03). Quanto mais se avança nas pesquisas sobre o aleitamento materno, maiores são as afirmações sobre suas vantagens. Entre os mais novos conhecimentos dos benefícios para o bebê, destacam-se o estímulo ao remodelamento ósseo, o melhor desenvolvimento dos músculos maxilo-faciais, que contribui para o processo da fala, diminuição do índice de cáries, autoregulamentação da ingestão de calorias pelo bebê, proteção contra alergias e contra a cegueira noturna, proteção contra a síndrome de morte súbita e proteção contra a otite média e infeçcões urinárias.

Amamentar significa conhecimentos, tempo, disponibilidade, boa alimentação, tranqüilidade e outros requisitos que, via de regra, não estão disponíveis para a maioria das mulheres. Portanto, pode-se estabelecer uma relação entre índices mais altos de amamentação e nível de escolaridade e melhores informações. No que diz respeito a minhas informantes, todas falaram que as orientações dadas a elas no hospital são muito úteis para melhorar os cuidados com os bebês e uma oportunidade para aprender coisas novas.

Considerando essa situação me parece importante entender a amamentação como parte dos **direitos reprodutivos** da mulher, de modo que ela conte com mecanismos legais que lhe assegurem a possibilidade de, se optar pelo aleitamento materno, ter condições para fazê-lo.

Os direitos reprodutivos visam que a mulher possa ter uma participação ativa junto com a equipe de saúde no processo de atenção `a saúde reprodutiva. Para tanto, devem garantir-se ás mesmas, informações sobre sua saúde reprodutiva que incluem aspectos tais como a importância do pré-natal, o aleitamento materno, o alojamento conjunto, planejamento familiar e métodos anticoncepcionais, assistência durante o parto e pós-parto. De acordo com dados do Ministério da Saúde (1995:01), no Brasil as mulheres em idade reprodutiva representam 25 % da população geral, sendo que o risco reprodutivo é 30 vezes maior que nos países desenvolvidos. A taxa de mortalidade materna[53] por exemplo, que é um indicador da saúde da mulher, corresponde a 134 mortes por cada mil nascidos vivos. Dada essa situação surgem propostas visando a melhoraria da situação de saúde da mulher, através de mudanças que influenciem a racionalidade e a prática médica, que implica a adoção de novas posturas e procedimentos tanto por parte dos profissionais de saúde quanto das mulheres que utilizam os serviços de saúde, buscando incorporar uma redimensão do sistema, resultando no que Sahlins (1990:10) chama de "reavaliação funcional de categorias", ou seja, novas forma de pensar e de organização da prática. Com todas as ressalvas que possam ser feitas, estão acontecendo mudanças nos serviços materno-infantis e elas não operam apenas no interior do sistema de saúde, reflete também as circunstâncias concretas trazidas pelas mulheres usuárias. Se a grande maioria das mulheres não pode eximir-se da contradição produção/reprodução, o papel do Estado de garantir atenção integral à saúde da mulher, e da revalorização da socialização das crianças e do trabalho doméstico na família e na sociedade, atenuará as dificuldades e a mulher poderá fazer melhor sua escolha.

---

[53] A taxa de mortalidade materna representa as mortes das mulheres decorrentes de complicações durante a gravidez, parto ou pós-parto.

Porém, a amamentação não é apenas um direito reprodutivo da mulher, é também um direito da criança. Na sua conferência **"A Jornada da Placenta ao Seio Materno"**, o obstetra norueguês Gro Nylander[54], Coordenador da Iniciativa Hospital Amigo da Criança na Noruega revela a importância de não interferir no processo fisiológico do bebê de busca do peito da mãe e de esta responder, o que facilita a produção de leite e a amamentação. Entre o nascimento e a instalação do processo de amamentação, há um momento de transição que costuma ser interrompido por uma série de procedimentos clínicos como medicamentos, anestésicos, cirugias –no caso dos partos por cesárea– limitando o reflexo de busca do mamilo do recém-nascido. De acordo com este autor, os bebês têm habilidades inatas que permitem a eles encontrar seu próprio caminho ao seio materno, rastejando, flexionando e esticando seus quadris e joelhos até encontrar o seio materno, quando colocado sobre o abdome e tórax da mãe. Por isso é tão importante o papel dos serviços de saúde na instalação de um bom processo de amamentação logo na sala de parto. Todos esses fatores assinalados sustentam que o aleitamento materno seja visto como um direito da criança.

Com a adoção de novas posturas médicas e de melhores condições na atenção de saúde da mãe e do bebê, os membros da equipe do CLS, conseguiram incidir no comportamento e nos hábitos alimentares da população que freqüenta o hospital e impulsar uma cultura institucional da amamentação, que não a exime, como vimos, de práticas de normatização dos usos do corpo e de regulação de certos comportamentos, presentes no campo da saúde.

---

[54] **"The Breastfeeding Continuum: Identifiying the Gaps"**. 5th Annual National Breastfeeding Seminar for Health Professionals. Toronto, Canada, 8-9 june, 1995. Trad. Tereza Toma.

Pesquisa realizada no final de 1995 pelo CLS identificou as principais causas para prevenir o desmame, destacando as mudanças comportamentais das mães com relação ao aleitamento materno em decorrência das ações de educação em saúde. Porém a necessidade de dar atenção às mães adolescentes e aos recém-nascidos de baixo peso, foi colocado como problema prioritário (Boletim IHAC 1996:07).

Observo que os profissionais de saúde integrantes do Centro possuem uma linguagem característica, seguem mais ou menos os mesmos padrões de conduta no que diz respeito ao incentivo à amamentação e trabalham dentro de uma estratégia minuciosamente construída, baseada em valores que sustentam rotinas hospitalares, comportamentos que são relativamente homogêneos e certos saberes e práticas que dão sentido à cultura institucional de amamentação. Essa cultura é resultado de um objetivo muito bem definido e compartilhado pelos diversos atores sociais, através do investimento de vinte anos no incentivo à amamentação gerando elementos de permeabilidade e de coesão como nas instituições analisadas por Goffman (1961:106).

As representações sobre o aleitamento que se percebem no discurso dos profissionais de saúde remetem a outros aspectos da vida da mulher e de seu papel social. Ao serem questionados por mim em relação aos riscos de uma possível uniformização de comportamentos em detrimento das possibilidades de expressão das categorias nativas das usuárias, obtive dois tipos de resposta. Uma delas, mais hermética considerava que no

modelo do Centro estão dados os espaços para a participação e o exercício da opção porém, é relativo e condicionado, como se observa no depoimento a seguir:

> "Aquela parte de ficar culpabilizando as mães por não amamentar, ficou muito claro, agora se não amamenta então vá embora".

E se complementa com este outro que remete a uma perspectiva psicologizante do problema:

> "A mulher tem um sentimento de culpa por não amamentar e culpabiliza os outros. Mas eu acho que talvez se trate de um problema psicológico dela mal resolvido, que tem a ver com sua própria imagem".

A outra resposta –coerente com a noção da ordem médica– revela uma postura de diálogo e de observação "do outro" e denota consciência da força do poder médico.

> "acho que pela nossa formação e prática médica a tendência é enxergar questões biológicas imediatas. Pode haver nesse sentido uma uniformização dos recém-nascidos e da mãe. Mas temos uma preocupação pela individualidade, com as mensagens recebidas pelas mães e pelas nossas interpretações. Consideramos que há uma diversificação de informações e de pessoas formadoras de opinião, não apenas os médicos".

O campo da saúde é pensado culturalmente como prática da medicina pelo papel hegemônico do médico e seu lugar na hierarquia de uma equipe de saúde. Porém, este é muito mais amplo e envolve a todos os profissionais de saúde. Como acontece com a Antropologia e outros campos de conhecimento, o saber médico é pensado como masculino, coerente com o estatuto epistemológico do Ocidente.

Na promoção da prática da amamentação esses profissionais transmitem à população um conjunto de informações, idéias, valores e percepções que por sua vez são reelaborados e reproduzidos pelas mães usuárias do Centro num encontro de racionalidades diferentes. Considero importante fazer a ressalva no sentido de que nem os profissionais de saúde nem as mães usuárias do Centro possuem formas homogêneas de pensamento e de ação no que diz respeito ao aleitamento materno. Existem, no interior desses grupos, discursos diferenciados e formas diversas de entender a lactância natural, de conceber o papel da mãe e das formas de educação e o cuidado a ser dispensado aos filhos. Lidar com essa diversidade nem sempre é fácil até porque muitos não tem a formação para isso, e as incertezas e surpresas do comportamento humano não são consideradas. Por outro lado, as prática de saúde envolvem um conjunto de procedimentos, normas e rotinas onde não restam muitos espaços para expressão da diferença. O que percebo acontece no CLS são "eventos", que no dizer de Sahlins (1990:14) precisam ainda provar sua significância histórica, na busca de uma reformulação cognitiva dos processos hospitalares na área materno-infantil.

Mesmo sendo possível identificar no Centro de Lactação de Santos duas expressões da cultura da amamentação, qual seja a cultura tradicional –baseada no senso comum e nos costumes– e a cultura institucional –definida pela racionalidade científica– nem sempre seus discursos e atitudes podem ser considerados totalmente contrastantes ou opostos. Isto é mais evidente, me parece, no discurso das pacientes que incorporam os códigos e mensagens do aleitamento materno aí transmitidos como se fossem próprios. As usuárias do Centro precisam mostrar não apenas sua adesão à prática do aleitamento materno, no

sentido de partilha que Goffman sugere (1961:148), mas também evidenciar uma boa performance dela e de seu filho em relação à amamentação. Como se expressa isso e o que o profissional de saúde avalia? Basicamente, observa que á mulher demonstre que assimilou as informações transmitidas: formas corretas de abocanhamento, postura da boca na aréola e mamilo, satisfação da criança, distância adequada entre o corpo da mãe e do bebê, cuidados higiênicos, formas de extração de leite que no seu linguajar totêmico eles chamam "ordenha", ausência de dor nos mamilos e mamas esvaziadas.

Determinadas relações tempo/espaço como as que se constróem com as pacientes internadas na maternidade, o discurso médico institucional parece ser mais facilmente incorporado pelas mulheres, favorecido pelo contexto que induz certos comportamentos[55]. Isto me pareceu mais evidente com as mulheres que entrevistei logo após sessão de orientação sobre aleitamento materno na enfermaria do hospital. Por outro lado, o estímulo visual que projetam os cartazes de mulheres amamentando, dos folhetos e cartazes sobre os Dez Passos para o Sucesso da Amamentação, bem como a ausência de mamadeiras, lactários e a presença permanente de mulheres com seus bebês no colo ou no peito, são fatos que favorecem a construção da amamentação e, de certa forma, comportamentos prescritos. Junto ao choque de saberes de profissionais e usuárias, acontecem as trocas horizontais entre as mulheres usuárias e o peso das práticas e discursos entre pessoas que partilham situações sociais semelhantes se constitui num instrumento potente de convencimento utilizado pelos profissionais, como revela o seguinte depoimento:

[55] Embora eu não tenha encontrado nenhum depoimento negando a prática hospitalar, cito o depoimento de uma mulher de Santa Catarina, que ilustra bem a idéia do que percebi em Santos. "Aqui na maternidade a gente obedece, faz de conta que concorda, mas chegando em casa, eu vou fazer do meu jeito". In Dos Santos (1991:180).

> "Elas estão conversando e trocando, o que tem um efeito maior as vezes, do que o próprio médico fala".

O reconhecimento por parte dos profissionais de saúde da existência de valores, hábitos, crenças e comportamentos das usuárias é muito importante, mesmo que venha a sê-lo pelo interesse de erradicar essas idéias. Nesse sentido, consideram que é importante o intercâmbio dessas noções, escutar o que as mães têm a dizer, respeitar as especificidades culturais e alguns, mais ousados, defendem a incorporação de parte desses conhecimentos pela medicina para melhorar as relações médico-paciente, numa flexibilização do discurso como vemos na fala de um médico:

> "devemos aproveitar os conhecimentos que as mães têm, respeitar sua cultura; isso já faz parte de nossa técnica".

Nesse processo de coletivização das idéias da medicina e das mães, tendo como pano de fundo a prática da amamentação, se expõem idéias, se compartilham saberes, se trocam experiências. O aleitamento materno é visto como um campo de trabalho e de reflexão da prática médica, como aponta o seguinte depoimento de um pediatra:

> "Na minha formação médica em termos de curriculum, não tem nada a ver com a prática, e, principalmente de prevenção a saúde e de saúde pública. Para mim a questão do aleitamento materno me foi dando um novo campo de pensar e de mudar nossa prática."

Nas reuniões do ambulatório o grupo é bastante heterogêneo em termos de idade das mulheres, idade dos bebês, tempo de amamentação, mulheres multíparas, primíparas, mulheres acompanhadas dos maridos, mulheres sozinhas, mulheres acompanhadas da mãe ou de algum outro parente e todas os presentes podem participar dessa fala conduzida pelo profissional de saúde. Durante as reuniões que presenciei observei ativa participação. Percebe-se sintonia entre o grupo e as mulheres se identificam com as experiências narradas pelas outras. Os relatos se assemelham, a vivência de problemas similares vá criando sentido de identidade.

Em algumas ocasiões os profissionais da saúde reconhecem que é difícil lograr a eficácia simbólica de seu discurso e não conseguem concorrer com as argumentações nativas. Cenário propício para observar o poder regulador que caracteriza a prática médica. Pouca consciência e pouco saber há nos profissionais de saúde com respeito à validade do conhecimento popular e do senso comum das usuárias. Muito embora as mulheres consigam ter espaços para colocar seus pontos de vista e o conjunto de crenças e disposições que fazem parte das práticas tradicionais de cura e de auto-cuidado característicos dos grupos sociais populares, elas não são compreendidas em toda sua dimensão. Um médico me contou a seguinte anedota:

> "durante uma reunião de orientação, uma mãe contou que uma mulher ficou doente por causa dos eructes do bebê no seu seio e aconteceu de fato com essa mulher um problema de tumor no seio..."

Durante a conversa, o médico percebeu que essa idéia faz parte do sistema de crenças das mulheres da reunião e na população em geral, pois é uma questão muito escutada e, a pesar de ter argumentado contra a possibilidade de haver uma relação de causa-efeito no episódio, para o grupo, foi a prova da veracidade da crença e reafirmou a pertinência de se abster de fazer eructar o bebê no seio. Uma outra evidência desta situação é com a categoria "leite fraco", muito generalizada na população. Para a racionalidade médica não existe leite fraco porque mesmo que não seja muito abundante, ela contem todos os nutrientes e a produção do leite aumenta, como já vimos, em decorrência do estímulo da sucção.

> "Eu não sabia que não existe leite fraco, tem tanta gente por ali que não tem leite, que o nenêm não se sustenta..."

O médico responde de acordo a sua racionalidade científica,

> "Como é que eu vou provar para você que leite fraco não existe? Um coisa palpável, concreta. Vamos pesar a criança e ver se ela está engordando e aumentando de peso, aí você vai ver que ela está mamando direitinho e que seu leite está tudo bem."

Porém esse argumento não é suficiente para que a mãe, que acha que seu bebê está chorando muito, chupando o dedinho e está inquieto –sintomas associados a uma baixa quantidade de leite– desista de classificar esses signos como "leite fraco". Uma outra prova à qual recorrem os profissionais de saúde para conhecer se a amamentação está sendo suficiente, é medir o número de vezes que o bebê urina que, no caso do aleitamento materno exclusivo, tem que ser por volta de 6 ou 7 vezes por dia, numa cor amarela clara.

Hoje, setores da saúde, após um processo de reflexão crítica sob o modelo da prática médica, reconhecem a existência de um padrão autoritário e vertical que precisa ser superado. As mudanças nesse sentido dizem respeito não somente às relações médico-paciente, mas a uma nova organização e gestão dos serviços de saúde. No caso do aleitamento materno, nem sempre aceitam que as mulheres não tinham conseguido ou não quisessem amamentar, por não compreender a complexidades fatores sociais, psicológicos e culturais que intervém nesse processo e porque na racionalidade médica a busca do padrão normal/anormal na conduta dos pacientes faz parte do seu próprio embasamento.

> "havia um pensamento simplista de achar causas únicas, de achar um bode expiatório; o aleitamento materno envolve muitas coisas, é muito complexo. Eu não parto da idéia que tenho todos os direitos sobre o paciente".

Tentando raciocinar por que a mulher que não amamenta é cobrada pela sociedade, surgem algumas reflexões em torno da concepção de gênero. Nesse contexto, o papel social do aleitamento materno torna-se muito importante por constituir um mecanismo perante a sociedade para reafirmar o papel de mãe. Observei esta forma de pensar tanto na fala dos profissionais da saúde quanto nas mulheres, como veremos a seguir, que estabelecem relações entre a amamentação e maternidade. Como aponta Borges (1989: 65), o que poderia ser um desejo da mãe apresenta-se como um imperativo moral e para aquelas que não podem ou não querem amamentar "o estigma de ventres estéreis, de mães más, bruxas e malditas é colocado." Se isto foi reconhecido por alguns autores para o período do Brasil-colônia (Freire 1983:258)[56], ainda é um discurso com alguma vigência, como revela o

[56] "A culpabilização da mulher foi uma faceta importante em sua relação com a higiene. Sem amamentação diziam [os higienistas] não havia amor. A mãe que não amamentava era uma mãe "desnaturada", comparável às feras".

depoimento a seguir de um profissional de saúde do Centro, onde a oposição ser mãe/não ser mãe, é mediada pelo ato da amamentação.

> "Você não vai jogar pedra na mãe dizendo, olha você não quer amamentar, você é horrorosa, você não é uma mãe, você é desnaturada" .

Difícil para os profissionais de saúde é aceitar que uma mulher exercite seu direito à escolha e, por ventura, diga não a amamentação, porque, como bem assinala Giffin (1991:191), na mulher feita para ser mãe, ter útero significa parir e posso estender isto para os seios. Se tem seios, tem que amamentar, numa associação perversa entre os atributos físicos da mulher e suas funções sociais onde observamos se manifesta, novamente, o padrão normalidade/anormalidade da prática médica, como vemos logo a seguir.

> ""Mãe que não quer amamentar é levada ao psicólogo, porque quando a mãe não amamenta tem alguma coisa, tem algum problema, assim de rejeição".
>
> "Mãe que não dá o peito ela se sente um pouco culpada, porque ela está tirando uma coisa que ela *deveria* de dar."

Amamentação, maternidade, cultura e natureza são assuntos que aparecem articulados no discurso dos profissionais de saúde. Sua prática, segundo eles, está orientada a recuperar

algo que corresponde à ordem do "natural" e, por inúmeras circunstâncias de ordem social, cultural e econômicas, foi transferido. Contudo, em certa forma o aleitamento materno não é visto por eles como um evento completamente natural. Observo que há algo em relação a sua prática que precisa ser construído e dominado pelo conhecimento científico e que as mulheres precisam aprender ou reaprender. Visto assim, o papel da cultura na prática do aleitamento materno parece ser fundamental, ora para negá-lo, ora para incetivá-lo e normatizá-lo. Por outro lado, uma representação muito presente na cultura brasileira, em geral na cultura cristã, é a concepção da maternidade como um prazer/sofrimento naturalizado da condição de ser mulher, como se observa neste depoimento:

> "As técnicas ajudam, evitam a dor. Aquela que tem seus problemas psicológicos resolvidos, essa aí vai amamentar mesmo com a dor".

Para outros profissionais, embora o papel da cultura "tem muito a ver" o discurso revela a naturalização do aleitamento materno, como vemos:

> "É coisa de natureza, bicho mama na mãe, porque não sai leite no peito do pai?

> "A maioria das mães colocam para nós que tem peito, que tem leite, é uma coisa que Deus lhes deu".

A relação aleitamento-natureza-instinto está presente não apenas no discurso das pessoas mas também nos registros bibliográficos sobre o tema Nylander 1995, Jeliffe& Jeliffe (1979)

Palmer (1988). Segundo opinião da pediatra Laís Bueno, com relação aos aspectos naturais do aleitamento materno e sua relação com o instinto, ela acredita que se o mesmo existiu (constitui ainda uma pergunta), ele foi bloqueado na esfera social pelos estilos de vida, pela tecnologia industrial e pela propaganda. Foi tanto assim, ela frisa,

> "que a ciência precisou criar um campo de estudos específicos que subsidie o resgate da cultura da amamentação".

Sob essa perspectiva, o determinante deixa de ser o biológico e o lugar primordial passa a ser sua construção social e cultural. Durante a entrevista ela fez referência a experiência de Iracema, personagem central do romance do mesmo nome de José de Alencar, que se desgarra de dor porque não consegue amamentar seu filho. Reproduzo aqui um trecho do texto que mostra o sofrimento de Iracema.

> "A jovem mãe suspendeu o filho à têta; mas a bôca infantil não emudeceu. O leite escasso não apojava o peito.
> O sangue da infeliz diluía-se todo nas lágrimas incessantes que lhe não estancavam nos olhos; pouco chegava aos seios, onde se forma o primeiro licor da vida...
> Iracema curte dor, como nunca sentiu; parece lhe exaurem a vida; mas os seios vão-se intumescendo; apojaram afinal, el o leite, ainda rubro de sangue de que se formou, esguicha".

A seguinte argumentação da Dra. Bueno, ilustra bem a forma em que se pensa a oposição entre o biológico e o cultural e o peso do paradigma científico na ideologia médica.

> "eu acho que amamentar uma criança, se você deixar uma mãe isolada até pode; Iracema não conseguiu amamentar. Têm problemas onde é preciso a intervenção da ciência".

J. R. Ripper

O Olhar das Usuárias do Centro de Lactação de Santos

De acordo com Abed (1993:127), "todas las sociedades en todos los tiempos participaron de un molde y de un modelo que les sirvieron de base cognitiva desde donde fueron elaboradas sus creencias" e é o que observo no discursos das mulheres que freqüentam o Centro de Lactação à procura de um consumo médico que lhes permita melhorar sua saúde, incorporar novos hábitos e cuidados e estar melhor com elas próprias e com seus filhos.

A amamentação deveria ser uma opção para as mulheres no sentido ao qual nos referimos no capítulo II, decorrente de uma escolha embasada na informação e na análise das próprias condições. Porém para muitas mulheres essa opção não existe e amamentam porque é o único recurso que tem disponível ou optam pela mamadeira sem saber direito as conseqüências que pode acarretar. Durante minhas entrevistas com as mulheres no CLS identifiquei diferentes percepções sobre a amamentação. Muitas mulheres exprimiram na sua fala a alegria e o prazer, quase orgásmico, que produz a amamentação. Outras, porém, narraram as dificuldades, os desejos para vencer as limitações, me contaram da dor, do leite insuficiente, do choro incansável do bebê, do medo e da ansiedade. A sensação de culpa da mulher que não amamentou, as cobranças sociais que implicam "negar aquilo que a natureza lhe deu". Nesse caso, é melhor apelar à síndrome da insuficiência de leite ou a infeção causada pela mastite em detrimento de ser identificada o auto-perceber-se como uma mãe incompleta. Desse modo posso descobrir no seu discurso tipos ideais da categoria mãe que a literatura e o senso comum registram: a mãe sofredora, o prazer der ser mãe, a

obrigação moral da maternidade mosaicos de um conjunto de representações que dão conta da noção de mãe.

> "Eu não amamentei o primeiro filho porque não tinha bico. Aí o peito infeccionou, aí não tinha leite, aí parei".

> "No meu primeiro filho não dei de mamar, tinha medo porque doía muito. Aí só dei o primeiro mês."

Percebe-se também nesses discursos, a influência da tradição, no sentido da "transmissão espontânea", ou a inculcação do exemplo e da intuição nas práticas, artes e saberes referentes à sexualidade, à noções de qualidade de vida, aos hábitos alimentares, às crenças e práticas de puericultura, aos cuidados com o corpo, aos tabus alimentares, às noções e percepções sobre gênero, à socialização das crianças e outros aspectos que são levadas para dentro dos serviços de saúde pelas mulheres que os freqüentam.

Amamentar ao filho requer tempo, dedicação e preparo emocional para que se gere essa relação entranhável à mãe e ao bebê que propicia o aleitamento materno. Simbolicamente pode ser pensado como se o aleitamento materno renovasse em cada mamada o cordão umbilical que foi cortado e, prolonga no tempo, o elo da dupla mãe/filho na vida fora do útero. Amamentar não é fácil e as mulheres se deparam com problemas entre os quais destacam o bico rachado, o choro do bebê, técnicas e posturas da amamentação, achar que o bebê fica com fome e que o leite é fraco, vazamento de leite e tempo. Um assunto muito valorizado pelas mães trabalhadoras, é a conciliação entre a volta ao trabalho e a continuidade da amamentação. As mulheres vivem intensamente o conflito da

produção/reprodução, como expressam os depoimentos de minhas informantes e esses espaços aparecem sempre claramente separados.

> "A mulher deve ter a parte materna e a parte dos serviços" .

> "...em primeiro lugar estão os filhos da gente. Meu marido pensa que quando a criança estiver pequena eu devo ficar em casa".

Para esta mulher o trabalho fora é considerado importante, porém ele pode esperar porque a renda do marido permite que a mulher invista seu tempo no cuidado do filho, numa representação marcante da figura do marido como provedor. No entanto, para as mulheres que são chefes da família esta não é situação possível. Um elemento importante que me parece deve ser considerado é o conceito de filhos como valor da família e principalmente da mulher. Numa perspectiva lévistraussiana, os filhos são fundamentais para a perpetuação da sociedade e para as estratégias de sobrevivência, portanto os valores que lhe são transmitidos no grupo doméstico serão muito importantes para a prolongação desse grupo e aí a mulher ocupa um papel central.

As crianças amamentadas, sob livre demanda como já vimos, se alimentam com intervalos mais freqüentes e implica a presença mais permanente da mãe junto ao filho. Para isto as mães são aconselhadas a extrair seu leite durante o dia para que outras pessoas possam fornecê-lo ao bebê com ajuda de um copo ou colher, evitando ao máximo o uso de mamadeiras e de substitutos do leite materno.

A categoria trabalho perpassa o discurso dessas mulheres, tanto no que a mulher realiza fora de casa como o invisível trabalho doméstico dentro de casa. A oposição dentro/fora permeia as percepções sobre o significado do trabalho. Por outro lado, a organização doméstica, pensada como uma esfera feminina, perde sua autonomia pela autoridade do homem no grupo doméstico, como mostra o seguinte depoimento de uma mulher moradora da cidade do Paranoá registrado por Tavares (1997:17).

> "A última palavra em casa é do meu marido, é o senhor da casa...ele achou importante eu amamentar porque eu estava dando o melhor leite e o alimento certo"

Par uma informante de Santos a opinião do marido também se mostra relevante,

> "Meu marido acha que a mulher tem que ficar em casa tomando conta das crianças e da casa e, quando ele chegar, estar tudo pronto. Ele acha que a mulher não cansa dentro de casa, não sabe que a mulher trabalha mais dentro de casa e cansa muito, ele acha que só o homem cansa."

No entanto, como vemos no depoimento a seguir, nem sempre é percebida a dupla jornada da mulher e o trabalho feminino é visto como ajuda [ao marido][57]:

[57]A categoria trabalho feminino vista como ajuda da mulher tem sido encontradas em outras áreas do Brasil, ver por exemplo Moura, M. (1978) e Woortmann, E. (1995).

> "Eu acho bom trabalhar, eu trabalho em casa, faço o serviço e *ajudo* meu marido no bar. Agora tem dia que você não pára nem para comer. Acho que para a criação dos moleques *ajuda*,[a presença masculina] mas as vezes é meio chato ficar tão junto do marido."

Porém, o modelo da concepção de "ajuda" como é visto o trabalho feminino, se reproduz inversamente no caso em que o homem assume atividades domésticas na casa ou, eventualmente, no cuidado das crianças. Nesse caso, as mulheres pensam essa atividade masculina como "ajuda" e não como trabalho. Vejamos o seguinte depoimento:

> "Têm dias que meu marido me ajuda com as crianças, ou algum outro afazer, quando volta para casa mais cedo"

Note-se na fala a seguir, a presença da noção de tempo para o trabalho apenas como um complemento do tempo da reprodução. Embora o trabalho fora seja valorizado, ele é pensado como uma atividade feminina para aquelas mulheres que dispõem de tempo, quer dizer, que tem quem ajude a cuidar dos filhos e dos afazeres domésticos.

> "Trabalhar fora de casa eu acho que é uma fonte de aprendizado, uma experiência que enriquece a vida, sobre tudo quando tem tempo".

Como coloquei nos capítulos anteriores, o aleitamento materno é uma porta de entrada para repensar as políticas públicas em relação às mulheres e às crianças e um aspecto fundamental dessas políticas é a relação amamentação/trabalho feminino. Contudo,

conclusões do trabalho de Berg e Brems (1989), referido por Van Esterik (1992:19), existe pouca evidência empírica de que o trabalho feminino afete por si só a amamentação de forma negativa. Sugere-se que modificações no ambiente de trabalho, horários mais flexíveis e políticas que considerem o ponto de vista do gênero poderiam favorecer a opção das mulheres pela amamentação, sem pagar um preço tão alto pela decisão. A relação amamentação/trabalho, revela esta autora, deve ser revista de modo a não empurrar às mulheres ao trabalho assalariado sem previsões para as crianças nem idealizar romanticamente a maternidade e o aleitamento.

A transmissão dos valores e a preocupação com a formação moral do bebê é algo pensado como fundamentalmente feminino, inerente ao fato de ser mãe. Simbolicamente o ato de alimentação tem sido identificado com as características morais e éticas do indivíduo. Na experiência brasileira, autores como Woortmann (1987), Motta Maués (1977), Peirano (1975), Costa (1978) e Rodrigues (1978) registraram essas percepções em diversas regiões do pais. Como parte do sistema alimentar, o aleitamento materno reflete também essa concepção.

> "A responsabilidade de passar tudo o que ele tiver que aprender é mais da mulher porque ele passa muito mais tempo com a gente".

Na cultura tradicional, como vemos, o leite de certa forma funciona como elemento condutor para o filho de características fisicas e morais. Não é à toa que, no dizer popular de alguns países, como a Guatemala, por exemplo, quando se elogiam ou se negam certos

comportamentos se diz que estes foram ou não "mamados". Nessa mesma linha de reflexão Motta Maués (1977) revela que na comunidade de Itapuã os alimentos atuam no plano simbólico como formas de manter a ordem da natureza e, portanto, da ordem social através da realização de rituais.

A preocupação com o cuidado e com a socialização das crianças tem sido para muitas mulheres uma atividade que desenvolvem sozinhas, sem a colaboração direta do pai da criança ou do resto do grupo social. Isto é mais evidente nas famílias onde a mulher é a chefe do grupo doméstico, embora seja freqüente também nas famílias nucleares tradicionais. O processo de socialização das crianças pensado sob a ótica das minhas informantes, aspira outro caráter e transcender o âmbito familiar onde aparece atrelado à mulher, e transferi-lo em termos de complementaridade de gênero, como se nota nos seguintes depoimentos:

> "A responsabilidade pelo cuidado e a educação dos filhos é dos dois iguais, mas é mais de quem fica em casa junto dele".
>
> "Os dois têm que procurar educar os filhos, embora ele convive com a mãe, o pai trabalha e o contato é mais quando ele chega em casa. Depois eu acho que vai ser mais com o pai porque é menino."

O contexto do evento da maternidade inviabiliza, segundo a percepção de algumas mulheres, sua atuação em outras esferas da vida e nega-lhes a possibilidade de um tempo individual, que se aponta altamente valorizado, como observamos a seguir:

> "... gente depois que vira mãe quase não tem mais tempo para a gente"

Uma das questões que mais aparecem nas expressões verbais dessa cultura tradicional da amamentação, são aspectos relativos à dieta alimentar da mulher que amamenta e as restrições no período de "resguardo". Como já foi mostrado em outros trabalhos e, particularmente em Woortmann (1986:103), os alimentos não são apenas comida que permitem a reprodução biológica da espécie humana. Os hábitos alimentares são fundamentais na construção cultural de um grupo social. Assim como para Woortmann, a comida "fala" de família, de homens e de mulheres da mesma maneira, podemos inferir que o aleitamento materno informa sobre a família, as mulheres e os bebês e da sociedade em geral. Ligado a alimentação, o padrão estético do grupo social também se constrói de forma diferente nos grupos sociais e a concepção da beleza se expressa na fala das minhas informantes, como veremos logo a seguir. Por outro lado, parece existir uma idéia matriz que encontrei em todos os discursos das minhas informantes, que a mulher que está dando o peito tem que ser "forte", para que o leite que produz seja também forte. Paralelamente a isso se pensa que a amamentação faz enfraquecer a mulher, ela fica mais magra portanto, é preciso repor suas forças através da alimentação. As categorias forte/fraco são concomitantemente, expressões de fartura que remetem à condição social e manifestação de padrões estéticos.

"A pessoa quando está dando de mamar fica mais magra, quanto mais passa o tempo, mais emagrece".

A categoria forte/fraco também se expressa em outros âmbitos dentro da cultura tradicional brasileira. No que se refere às questões de saúde, a pessoa que está bem de saúde é pensada como alguém forte, pelo contrário alguém fraco, não está suficientemente habilitado para trabalhar, que é alguém pensado como doente, o que não tem saúde[58]. Forte e fraco também dizem respeito ao temperamento e à importância do leite materno ser forte é que a criança poderá se tornar também uma criança forte. Os alimentos classificados no sistema quente/frio também são parte da taxonomia popular analisados por Motta Maués (1977), na região do Pará.

"O leite tem que ser saudável" .

Desse modo, durante o período da amamentação são observadas algumas dietas alimentares e restrições com o uso do corpo, tanto sexuais como de esforços físicos. São indicadas comidas leves, porém nutritivas, por exemplo canja, legumes cozidos e bebidas lácteas. Como assinala Motta Maués (1977), esses cuidados são importantes não apenas porque implicam mudanças biológicas, mas, principalmente pelo caráter social que lhe é atribuído:

"Você tem que se cuidar no que come, porque ai vem todo junto com o leite e depois você passa tudo isso para o nené."

"O leite materno vem pela alimentação da gente".

[58] O trabalho de Costa (1978) analisa as categorias de forte/fraco em relação às concepções de saúde. Os alimentos também podem ser susceptíveis desta caracterização como demonstra o trabalho de Peirano (1975) na classificação que fazem habitantes de uma comunidade do Ceará onde o alimento não adequado para comer é visto como "reimoso".

Outra idéia muito presente na cultura tradicional dessas mulheres é que a amamentação faz enfraquecer a mulher, na medida em que fica mais magra ao ser "sugada" pelo bebê. O processo da amamentação, sobretudo na sua etapa inicial, está cercado de um conjunto de cuidados e restrições para garantir a qualidade do leite. Não são recomendáveis, por exemplo, certos tipos de verduras, carnes de porco, alimentos gordurosos, comidas muito temperadas ou apimentadas. Geralmente essas restrições estão direcionadas para proteger a mãe de certos mal-estares, assim como para evitar que substância negativas se incorporem ao leite que será oferecido ao bebê. Há verdadeiras taxonomias no cardápio de uma mulher que amamenta porque tem que garantir na sua dieta alimentos fortes, não perigosos para seu estado e que lhe permitam, por outro lado, "agüentar" o ritmo que impõe a amamentação. Os alimentos considerados fortes devem ser evitados durante o processo de lactação, para não deixar que "estraguem" o leite. Porém uma alimentação forte, ainda que seletiva, é recomendável, como informa as entrevistadas:

> "Não é bom comer certas verduras por causa das feridas e pontos. A pessoa quando dá de mamar não vai ficar comendo carne de porco, nem comida gordurosa para não dar cólica no neném."

> "Tem que comer coisas leves para o bebê não ter cólica".

Peirano (1975) em sua pesquisa e comunidades litorâneas do Ceará, focalizou as proibições alimentares dessas comunidades procurando estabelecer relações entre as escolhas particulares e a cosmologia do grupo. O conceito de **reima**, foi identificado pela pesquisadora, como "alimento prejudicial para pessoas em determinados estados

físicos"(1975:45). Outra faceta do mesmo assunto registra Mary del Priore (1993), no Brasil do período colonial, onde o imaginário popular já se povoava de idéias que cercavam os cuidados com o leite envolvendo desde posições adequadas no dormir, para que o leite não faltasse, até a ingestão de ervas e de outros tipos de folhas que ajudassem a "temperar" o leite. Os chamados **lactogogos** (Savage King 1991:133), são alimentos especiais, líquidos ou ervas que algumas pessoas acreditam poder aumentar a produção de leite. A eficácia simbólica do uso dos lactogogos se observa no impacto emocional que tem na mulher que os toma, melhorando sua confiança e seu bem-estar, além dos benefícios nutricionais. Cada grupo social identifica os lactogogos mais adequados. De acordo com Motta Maués (1977), na região de Itapuã é bom comer os alimentos "mansos" que se opõem aos "reimosos", especialmente galinha e depois dos quarenta dias do resguardo as nutrizes podem comer "peixinho bom". Já para uma de minhas entrevistadas,

> "Tomar cerveja é bom porque dá bastante leite. Também é bom comer muita legumes, eu não sou muito de comer carne"

O senso comum das mulheres que entrevistei, no que diz respeito aos hábitos alimentares e ao cuidado dos filhos, expressam com muita clareza suas preocupações em torno da síndrome do "leite fraco", cuja evidência empírica é muito ampla e comum nas culturas onde prevalece o padrão do aleitamento materno. Conheço particularmente, além do Brasil, referências deste fenômeno na Guatemala (onde é interditado para as mulheres amamentando, a ingestão de comidas contendo salsa porque corta o leite), Nicarágua, México, Chile e Costa Rica. A preocupação das mães pelo leite fraco e pelas conseqüências

que produz no bebê: choro por fome, choro devido a cólica, dificuldades de crescimento, criança magrinha, são sintomas recorrentes apontados pelas minhas informantes. Como toda oposição, o leite fraco tem sua contrapartida no leite "forte", cuja força característica é garantida através de uma boa alimentação e contextura da mulher e num bebê forte e sadio. O leite fraco é pensado como insuficiente para que o bebê satisfaça seu desejo portanto, é preciso complementar sua alimentação –induzindo ao desmame precoce– através da introdução de mingaus e outros tipos de leite.

> "Meu leite estava secando e o nenêm chorava muito, quando o nené suga e não acha, ele fica desesperado, aí não tem jeito".

> "A criança queria estar toda hora no peito, aí é que o leite está fraco, você tem que dar outra coisa que lhe sustente".

O leite fraco, segundo opinião das minhas entrevistadas, é conseqüência de inúmeras causas tais como problemas emocionais, alimentares e até elementos do sistema mágico-religioso. A categoria leite fraco diz respeito à qualidade do leite e é pensado como uma limitação para a amamentação em dois sentidos: por um lado, a mulher não está fisicamente apta para desenvolver com sucesso essa atividade, e, por outro, vai em contra da saúde da criança, que não recebe a quantidade nem a qualidade de leite necessária para sua sustentação. Por isso ela chora, é "miúda" e sofre. A própria cultura fornece, no entanto, os mecanismos tradicionais para combater o leite fraco. Surgem assim uma série de alimentos para tratar do problema: mingaus, leite, sucos, vitaminas, canja e algumas frutas e legumes. Para evitar que as mulheres utilizem o leite industrializado para fazer mingaus, já

se prescreve no Centro de Lactação que o bebê, após seis meses, pode comer uma papinha feita com leite de peito, considerando a importância do mingaus na cultura popular. A síndrome do leite fraco é plenamente identificável pelas concepções nativas e, uma vez diagnosticada, requer como qualquer outro padecimento, uma determinada conduta terapêutica, quase sempre orientada para a melhoria da alimentação da nutriz.

> "Quando a gente está dando de mamar é bom comer coisas boas, eu faço muita vitamina e beber leite é bom para fortalecer o leite, fazer chacinhos é muito bom."

Como já vimos o ponto de vista dos profissionais de saúde neste sentido é outro. Segundo apontam pesquisas, considerando a composição do leite materno, em princípio, não haveria leite fraco, porque não existem grandes diferenças na composição química do leite em mulheres com um nível de nutrição aceitável e as desnutridas.[59]

Isto tem levado a que os formuladores das políticas nutricionais recomendem o aleitamento materno em quase todos os casos, com exceção daqueles com risco de transmissão do vírus do HIV através do leite[60]. Com esses dados na mão, os profissionais de saúde têm

---

[59] Por exemplo o trabalho de Pérez Escamilla com mulheres de baixa renda em Honduras. **Maternal Anthroponietric Status and Lactation Performance in a Low-Income Hondurain Population: Evidence for the Role of Infants.** American Journal of Clinical Nutrition, 61:528-534, 1995.

[60] A transmissão do vírus do HIV através do leite materno está fazendo com que não seja recomendável que mulheres portadoras do vírus HIV amamentem seus filhos e nem a chamada lactação cruzada, isto é, que uma mulher amamente o filho de outra, pelos riscos de infeção. Essa prática costuma ser freqüente como uma forma de colaboração entre as mulheres com o cuidado dos filhos, porém hoje é desaconselhada. O assunto é de tal relevância que tem sido objeto de análise por parte da Comissão Nacional de AIDS, do Programa Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde. Ver PN-DST/AIDS/MS. **Redução da Transmissão Perinatal do HIV-1 com o Uso de AZT**, Brasília, nov., 1995 e **Guia de Condutas Clínicas em AIDS-Crianças**, Brasília, 1995.

dificuldade para compreender o sistema nativo de classificação e persistem em nega-lo. Para favorecer a produção láctea, alem do consumo maior de líquidos, é necessário preencher certas condições de tranqüilidade e bem-estar emocional já que todas as preocupações ou alterações a nível emocional podem bloquear a produção do leite e interferir no processo de liberação da mesma. Por isso é que algumas mulheres reclamam que "o leite não desce" , como revelam os depoimentos de duas mulheres:

> "Se você ficar nervosa, é mais difícil dar o peito".
>
> "Eu no meu primeiro filho queria tanto amamentar que até desmaiava de dor, mas o leite não descia."

Popularmente se acredita nos poderes terapêuticos do leite materno, por exemplo seu alto poder cicatrizante, de tal forma que as fissuras do peito que freqüentemente aparecem no início do processo de lactação são tratadas com o próprio leite. Profissionais do Centro recomendam às mulheres o uso de seu leite para cuidar das feridas. Outro exemplo que me foi mencionado pelas mulheres é o uso de gotas de leite para tratar a dor de ouvido. Profissionais de saúde do Centro me informaram que o colostro, que contém alta concentração imunológica, é utilizado em algumas maternidades, para limpar os olhos dos recém-nascidos substituindo o clássico nitrato de prata. Os profissionais do Centro orientam às mulheres que a limpeza dos seios deve ser feita com água e sabão durante o banho diário. Porém, não se recomenda mais - como se fazia antes - a limpeza do seio antes de cada mamada, porque se produz ressecamento da pele e maior propensão às fissuras.

Muito embora, para algumas mulheres parece ser importante fazer a limpeza entre as mamadas.[61]

"É bom manter o peito limpinho para o bebê não pegar nada".

O leite de peito é concebido pelas mulheres como um atributo que Deus deu à mulher. Assim colocado o fato, parece então inobjetável e, dentre outros motivos, constitui uma argumentação para classificar o aleitamento materno dentro da esfera da natureza. A mulher, segundo esta concepção, foi dotada fisicamente dos seios para cumprir a função da amamentação. As seguintes falas de minhas informantes ilustra esta idéia:

"Ser mãe é uma coisa muito natural. O aleitamento é muito natural mesmo, não tem explicação. Na população a amamentação é uma coisa que vem de dentro."

"O leite materno é uma coisa muita boa, é feito por Deus".

Como vemos nesse discurso, a relação da amamentação com o conceito de maternidade aparece muito bem articulada, é concebida como parte do instinto e dos atributos femininos onde uma parece ser conseqüência da outra. Tanto amamentar como o fato de ser mãe são situações pensadas no plano da natureza. Uma outra informante me referiu, neste sentido,

[61] Percebi durante a pesquisa que as práticas de saúde em relação ao aleitamento materno e à puericultura, expressam momentos culturais diferentes, uma espécie de dinâmica temporal onde, em maior ou menor medida, se valorizam determinadas práticas. Por exemplo, a mudança na questão da higiene dos seios, a freqüência do intervalo das mamada e outros procedimentos.

que a sensação de ser mãe veio pela primeira vez quando amamentava, que lhe produzia prazer e muito mais amor pelo filho. Ela vinculava o ato da sucção com a idéia de ter o filho dentro do seu corpo. Pareceu-me ser a prolongação da vida uterina no ato da amamentação, a não ruptura, simbolicamente falando, do cordão umbilical, como indicam os depoimentos das mulheres que entrevistei.

> "A gente pega amor pela criança quando vê que ele se alimenta de um coisa que vem de dentro da gente, ne?".
>
> "Se o menino suga a gente sente que tem uma vida dentro da gente".

As falas das mulheres revelam o processo de naturalização da maternidade, que se expressa, por exemplo, na sacralização do papel de mãe, assim como a complexidade que envolve o fato de ser mãe e as diversas formas de construção do amor materno. Como apontou uma informante, para a qual o aleitamento passa pela sensação de doar-se ao filho.

> "A amamentação é algo natural, é uma coisa que você doa."

Vemos outros exemplos da construção da maternidade nos depoimentos das minhas entrevistadas. A sacralização da figura materna na sociedade brasileira tem sido identificada por vários autores, entre eles Freire (1983), Giacomini (1985), Del Priore (1993) e Aragão (1983), que analisa as representações sobre a mãe entre um grupo de homens do Belém do Pará.

"Sentir-se mãe não tem palavras, só sentimentos, em um pouco de preocupação".

"Tem uma preocupação é o fato do filho te chamar mãe".

"Ser mãe eu adoro, é uma coisa fantástica."

"A vida muda muito quando você é mãe".

"Eu me sinto muito mãe quando amamento".

Como mencionei nos capítulos anteriores, o discurso da amamentação perpassa seu corpo e sua sexualidade. Porém, mesmo que presentes na fala das minhas informantes, os temas relativos ao corpo, aos usos do corpo e à sexualidade não são assuntos de fácil abordagem e as pessoas se sentem inibidas, porque aparentemente não parece constituir uma preocupação relevante. Tanto o corpo como a sexualidade são territórios que pertencem ao domínio privado, e trazê-los para frente de um gravador requer um nível maior de entrossamento e de intimidade entre os interlocutores. "Nosso corpo nos pertence" conclamavam Bethania Ávila e outras militantes dos direitos reprodutivos da mulher (Ávila, 1993) ao passo que o discurso das militantes a favor da amamentação reivindica que: "amamentar é ter o controle de nosso próprio corpo", "amamentar é prazer", "amamentar é uma opção"[62]. Esse discurso mostra, a meu ver, a emergência de um novo espaço de descobertas femininas: a apropriação da mulher da intimidade de seu próprio corpo. É o

[62] Estas frases foram tomadas do painel "Amamentação e Gênero", coordenado por Pamela Díaz Bermúdez, na Oficina Fortalecendo o Papel da Mulher através da Amamentação. CEMINA - UNICEF, Rio de Janeiro, junho de 1995.

sentido de pertença, da conquista de novos territórios inclusive os fisiológicos, dos que muitas mulheres ainda estão excluídas, como revela o depoimento de uma informante:

> "O peito faz parte do corpo, só cuido dele quando estou amamentando, outras vezes nem me lembro..."

> "Não fui nunca de me preocupar muito com o corpo, agora é só não comer tanta coisa para não engordar."

Já para outra informante é necessário cuidar do corpo até porque o bebê cresceu e ela tem mais tempo.

> "No início, não tem muito tempo, mas agora preocupo, faço ginástica e controle na alimentação."

Um aspecto que na vida cotidiana, segundo algumas mulheres, é difícil de conciliar, é o exercício da sexualidade e a amamentação é um amor dividido, o seio do amor materno e o seio erotizado concebidos em diferentes tempo/espaços. As mulheres que entrevistei me disseram que às vezes os maridos se queixam da "não disponibilidade" da mulher desde o ponto de vista sexual, da mesma maneira em que acontecia antes do nascimento do bebê. Aí cabe mencionar aspectos que vão desde limitações de tempo e o cansaço, até questões mais fisiológicas em relação ao leite materno, por exemplo, a umidade permanente dos seios e o odor característico do leite materno, que lembram as idéias de poluição estudadas por Douglas (1966:14) observando que "os tipos de contato tidos como perigosos carregam

uma carga simbólica...as idéias de poluição se relacionam com a vida social", como vemos no discurso de uma jovem informante que me descreveu a seguinte fala do seu marido:

> "...o seu leite está vazando, vai tomar banho, que cheiro horrível, parece que está azeda".

A experiência anterior narrada pela minha informante pode entender-se à luz da noção de descorporização como utilizada por Douglas (1970) que refere a ordenamentos do sistema social sobre o corpo onde estariam incluídos os sons das eliminações fisiológicas, o sons da mastigação e deglutição, e, no caso do aleitamento materno, a secreção láctea quase permanente, as vezes ativada apenas por uma simples lembrança do bebê ou da amamentação, que mantém molhada a roupa da mulher deixando um odor *suigeneris*. Outra informante comenta sobre o mesmo assunto o seguinte:

> "Mas eles têm nojo mesmo, sei lá quando vão fazer alguma coisa, beijar, tem nojo mesmo."

Na vida cotidiana, a percepção do marido dessa mulher em relação à amamentação a coloco-a numa situação conflitiva para conciliar sua sexualidade/amamentação, o que contribuiu para um processo de afastamento do casal. Disse-me essa senhora que na gravidez anterior –este era seu segundo filho– havia acontecido o mesmo e ela optou por parar de amamentar, o que não estava disposta a fazer de novo. Obviamente que não estou aqui generalizando nem idéias nem comportamentos, mas acredito importante considerar o significado e até as implicações emocionais que pode gerar para uma mulher sua opção

pela amamentação. Em contraposição, outros discursos femininos refletem que não existe uma contradição entre a sexualidade e a amamentação. Muitas mulheres declaram ter continuado sua vida sexual nos mesmos termos em que se desenvolvia antes do filho nascer, como aponta o depoimento a seguir:

"Para mim tem sido normal, não acho que mudou".

Uma outra faceta relacionando amamentação e sexualidade que registrei nas falas das mulheres, revela que durante o período em que acontece a amamentação, e isto pode variar muito de um caso para outro, os homens fazem uma separação do seio feminino como objeto de prazer sexual e como símbolo do amor materno através da alimentação da criança. Os depoimentos indicam que os maridos verbalizam frases como "agora o peito é do nenê", constituí portanto um espaço simbólico socialmente diferenciado e interditado, confirmando as concepções de pureza e impureza que cercam os usos do corpo e a classificação dos fluxos corporais que refere Douglas (1966). A idéia da restrição sexual do seio está diretamente relacionada com a saúde da criança, a quem deve-se preservar de qualquer agente contaminante mas, particularmente, ao marido pelos perigos do contato com produtos "marginais".

Segundo aponta Freire (1983:264), os higienistas, serviram-se da amamentação para promover válvulas de escape para a insatisfação feminina da mulher na época de colônia e a ver na amamentação uma satisfação de sua sexualidade[63].

> "A criança favorece esta disposição por excitamentos proporcionados à sensibilidade da parte: por instinto ou por acaso, e logo por experiência, ela excita as mamas com a cabeça e com as mãozinhas e estas ligeiras excitações muitas vezes voluptuosas, determinam um orgasmo particular muito favorável a entreter a função do aleitamento materno."

Embora não colocado como uma questão sexual, o depoimento de uma das minhas informantes revela o prazer que gera nela amamentar o filho. Não deve-se perder de vista que o atoda sucção produz na criança satisfação oral.

> "O fato de estar abraçadinho com o bebê é tão bom para os dois".

Além de sexualidade, o seio é visto como um elemento estético do corpo feminino, muito valorizado pelas mulheres e os homens. A maioria das mulheres me manifestaram algum tipo de preocupação com o destino de seus seios após o período da amamentação, sobretudo porque algumas pessoas acham que o aleitamento materno "faz o peito cair". Um dos temas abordados pelos profissionais de saúde com as usuárias do Centro é o

[63] Observei isto entre mulheres de classe média que acham que a amamentação pode gerar na mulher sensações muito prazerosas que se assemelham ao orgasmo.

cuidado com os seios. Insiste-se muito na higiene, recomendando banho normal com água e sabão e algumas orientações para aliviar a dor quando a mama está muito cheia de leite, como por exemplo compressas de água quente, massagens e deixar cair sobre o peito o chuveiro morno durante alguns minutos. Segundo informam os médicos a suas pacientes, a amamentação não provoca flacidez no peito. A flacidez parece ser conseqüência mais das características da pele, do teor de gordura e do tecido adiposo que contém. Porém, nas percepções das mulheres, "o peito que cai" é decorrente da amamentação e faz parte dos aspectos considerados problemáticos acarretados pelo aleitamento materno.

> "No meu caso havia sim uma preocupação com o corpo, importava-me muito o tamanho do peito, se iria ficar muito flácida".

Para outra informante, a flacidez do peito, além de ser uma questão de estética, é também um assunto que preocupa aos homens e se insere nas percepções eróticas do seio como elemento de prazer.

> "Os homens acham que amamentação deixa o peito caído e que é bom só nos primeiros meses."

Algumas mulheres de classe média e de outros segmentos fora do contexto do Centro de Lactação têm apontado aspectos estéticos como fundamentais na escolha ou não da amamentação. Contudo, percebo que os elementos estéticos não parecem ser um fator determinante na decisão de amamentar ou não.

Finalmente, em relação ao porquê da amamentação, as respostas foram de dois níveis. Um deles, orientado pelo *habitus* das mulheres, seguia o padrão que observava em seu meio, como revela o seguinte depoimento:

> "La onde eu moro tem muita mulher que ganhou nenêm e está amamentando".
>
> "Eu já tinha a idéia de amamentar o meu nenêm já antes do treinamento aqui."

O outro nível, expressa uma apropriação do discurso médico e a influencia da cultura institucional criada a partir do contato com o CLS, identificado como o espaço definitivo na opção pela amamentação, segundo mostra o depoimento a seguir:

> "Eu tenho dois filhos, os dois nasceram aqui no hospital. Amamentei o primeiro até os dois anos e aprendi tudo no hospital, antes não havia visto ninguém amamentar."

O apoio e as informações transmitidaas no hospital são vistas pelas mulheres como um elemento muito valorizado e percebi que sentiam importante mostrar que haviam aprendido algo e compartilhado a cultura institucional da amamentação, como revelado na carga semântica dos depoimentos das entrevistadas que reproduzo a seguir:

> "As glândulas de mamar quanto eu mais ofereço mais eu terei; aprendi isso no curso no Centro."
>
> "Até ontem eu estava dando errado, só colocando o biquinho. Meu peito direito estava muito cheio ai veio a pediatra e ela

> me ensinou que tem que colocar todo o bico. Agora já está melhor."

Em termos de vivência para as mulheres, a experiência no Centro de Lactação de Santos mostra que as mulheres começam a ocupar algum espaço nos serviços de saúde, ampliando a reflexão da mulher sobre a condição feminina e apontar caminhos para a melhoria de sua situação enquanto mulher , mãe, trabalhadora e, principalmente, como sujeito ativo na produção de serviços de saúde, tendo em vista uma nova perspectiva cidadã como assinalam Xavier et al (1989:207)

> "...o impulso original de resgatar a integralidade das mulheres penetra no próprio sistema de saúde, proporcionando um novo e importante espaço para que os profissionais que ai atuam também se redefinam como sujeitos. Nesse novo patamar, a abordagem feminista contribui para aprimorar a noção de assistência integral . Já não se trata apenas de assistir a usuárias do sistema como sujeitos inteiros, mas sim de estabelecer entre as mulheres e os profissionais uma relação inteira."

IV ENCONTRO NACIONAL DE ALEITAMENTO MATERNO

Brasília, 22-25 de novembro/1995

CONCLUSÃO

Partindo de uma perspectiva que articula o campo da saúde e o campo das ciências sociais, particularmente a Antropologia, tentei elucidar o significado das representações sociais presentes no discurso da amamentação no universo do Centro de Lactação de Santos, tendo como fio condutor da discussão as relações entre as categorias de natureza e cultura que perpassam os corpos discursivos analisados e que, ainda hoje, fundamentam um elemento constitutivo do empreendimento antropológico.

A natureza, por um lado, como categoria englobante do fazer dos indivíduos, se manifesta em toda a expressão verbal do discurso sobre o aleitamento materno e, por outro, orienta sua prática. Assim, natureza e cultura coexistem simultaneamente e permeiam as práticas e as representações sociais identificadas no universo social pesquisado. Entretanto, a consideração sobre outros elementos que intervêm no processo saúde-doença –os aspectos simbólicos por exemplo– permite ampliar a dimensão desse fenômeno e situar o "paciente" como sujeito ativo da produção do ato médico, possibilitando que as relações travadas entre médico-paciente –notadamente assimétricas– possam tornar-se relações horizontais. No que tange ao aleitamento materno, especificamente desvendar os significados que profissionais de saúde e mulheres atribuem ao ato de amamentar, contribui para caracterizar a interrelação/contradição entre o conhecimento médico e o saber empírico e a carga simbólica que denota o ato da amamentação. No espaço hospitalar, *locus* do choque de saberes, como mostrei nos capítulos II e IV, prevalece o domínio do saber científico, perdendo de vista a dimensão do saber nativo preponderante nas práticas cotidianas e de

auto-cuidado que realizam as mulheres. Com efeito, o senso comum mantém sua própria lógica e autonomia relativa em relação ao sistema da medicina institucional e mostrou-se a relevância da experiência de vida e da prática concreta das mulheres no cuidado dos filhos. Evidenciou- se também as formas díspares em que se pensa a amamentação e a cautela que se faz necessária para a elaboração de rotinas e políticas públicas materno-infantis. Porém, observamos que a mudança nas atitudes e nas práticas dos profissionais de saúde está influenciando o comportamento das mulheres e tem contribuído, como fator determinante, não apenas para a transmissão de novos conhecimentos relativos ao aleitamento materno mas, fundamentalmente, para um expressivo aumento de sua prática no Brasil e em outros países, dando lugar ao início da transferência de um modelo mamadeira –associado à super-tecnologização dos eventos relacionados com a gestação, parto e puerpério, a um sistema de saúde fragmentado e verticalista– para um modelo de aleitamento materno, valorizando a renaturalização dessas práticas, criando um sistema de atenção integral, e, conseqüentemente, dando maior visibilidade ao binômio mãe-filho, a relações médico-paciente menos assimétricas e a uma apropriação ressignificada de elementos da cultura médica, para o caso das mulheres usuárias, e de alguns aspectos do senso comum, no caso dos profissionais de saúde.

A prática do aleitamento materno, como tentei demonstrar, não pode estar desvinculada da definição/ redefinição da categoria mulher, o que não é percebido claramente nem pelos profissionais de saúde nem pelas mulheres. A opção das mulheres pela amamentação ainda precisa ser construída e fundamentada na possibilidade de informação e análise da situação individual. O aleitamento materno se mostrou um bom recurso para elucidar a dimensão

simbólica com que a cultura perpassa as predisposições biológicas e, através deles, identificar as percepções e representações sociais que os diferentes grupos sociais elaboram sobre o funcionamento do corpo feminino, a estética feminina, as relações familiares, a concepção do trabalho e o papel da mulher na sociedade. A transmissão da técnica do ato de amamentar, num sentido maussiano, se operou concomitantemente através da inculcação e da transmissão oral. A amamentação evoca representações complexas e contraditórias e, tacitamente, transparece no discurso das mulheres pesquisadas sua carga vivencial de privação e júbilo. Amor, prazer, dor, fardo, segurança, dependência, autonomia, opção, dar, receber são idéias que denotam um amplo universo simbólico que comunicam as mulheres e que encontram sentido em seus *habitus*, suas condições de classe, seus estilos de vida e suas formas de inserção cultural.

Embora tenham ocorrido mudanças substanciais enquanto a revalorização social da mulher e os novos papeis por ela assumidos na vida moderna, a reprodução social da família ainda é vista como um espaço feminino, ocupado pela própria mãe de família ou por outra mulher que a substitui. O tempo doméstico continua sendo um tempo invisível e sem valor, e a naturalização da reprodução contribuiu para excluir aos homens desse processo. Se um novo tempo/espaço doméstico está ainda para ser construído, é necessário pensar que o aleitamento materno não poderá ser desvinculado do ambiente social onde a mulher que o pratica está inserida e, junto a outras atividades ligadas à mulher, deverá ser reelaborado e redimensionado socialmente.

O corpo se mostrou nesta pesquisa como um território onde se debatem o poder do saber médico e o senso comum das mulheres e nele se inscrevem significados sociais, mesmo para dizer que para a grande maioria das mulheres, a conquista por elas mesmas de seu próprio corpo ainda está para acontecer. Numa visão otimista, embora restrita a algumas mulheres, a prática do aleitamento materno pode ser lida como uma forma de exercício de controle do próprio corpo, não apenas na perspectiva da saúde e como resposta à ordem médica, mas como desafio ao modelo de consumo projetado pela sociedade e a novas formas de construção da pessoa.

BIBLIOGRAFIA

ABED, Luis Cesar. *La Enfermedad en laHistória, una Aproximación Política, Cultural y Socioeconómica.* Argentina: Universidad Nacional de Córdoba, 1993.

ADESSE, Leila. *Amamentação: Este Ato Contraditório.* Tese de Mestrado, Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1994.

ALENCAR, José de. *Iracema (Lenda do Ceará).* Fortaleza: Imprensa Universitária do Ceará, 1965.

ARAGÃO, Luís. "Em Nome da Mãe" In *Perspectivas Antropológicas da Mulher Nº 3.* Rio de Janeiro: Zahar Editores, 109-145, 1983.

ÁVILA, Maria Betania. Modernidade e Cidadania Reprodutiva. *Revista Estudos Feministas.* Ano 1:382-383. Rio de Janeiro, UFRJ.

BABY MILK ACTION. *Boycott News.* Cambridge, 17 de novembro, 1995.

BARROS, Fernando & VICTORA, César. *Epidemiologia da Saúde Infantil.* São Paulo: Hucitec - UNICEF, 1991.

BERMÚDEZ, A. *Breastfeeding: A Personal Experience.* Nicaragua, University of Mobile, 1994.

BLOCH, Maurice & BLOCH, Jean. "Women and the Dialectics of Nature" In *Nature, Culture and Gender* (Carol Mac Cormack and M. Strathern, eds.). Cambridge: University Press, 1982.

BOLETIM INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA -IHAC Nº 9, julho-agosto, 1994.

_____. Nº 15 abril, maio, junho, 1996.

_____. Nº 14 março, 1996.

BOLTANSKI, Luc. *As Classes Sociais e o Corpo.* Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

BORGES, Maria Njaine. "Maternidade e Mães" In *Mulher, Saúde e Sociedade no Brasil* (Maria Elena Labra, org.). Petrópolis: Editora Vozes e ABRASCO: 57-68, 1989.

BOURDIEU, Pierre. "Esboço de uma Teoria da Prática" In *Pierre Bourdieu* (Renato Ortiz, org.). São Paulo: Editora Atica:46-81, 1983.

CAMPESTRINI, Selma. *Aleitamento Materno & Alojamento Conjunto.* Curitiba: IBRASA / Champagnant, 1992.

CARRANZA, Maria. "Saúde Reprodutiva da Mulher" In *Mulher Brasileira é Assim* (Heleieth I.B. Saffiotti, org.). Rio de Janeiro: Editora Rosas dos Tempos: 95-150, 1994.

CHODOROW, Nancy. *The Reproduction of Mothering. Psychoanalysis and the Analysis of Gender.* University of California Press, 1978.

COLLIN, Françoise "Diferencia y Diferendo: La Cuestión de las Mujeres en Filosofia". In *História de las Mujeres* (Duby e Perrot, org.). Madrid: El Siglo XX, Taurus, 1993.

COSTA, Ana Maria. *Riqueza de Pobre: Um Estudo em Antropologia da Saúde.* Dissertação de Mestrado, Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília, 1978.

CRAPANZANO, Vincent. An Introduction In *Culture, Medicine and Psichiatry.* 14, 2:145-152, 1990.

CUNNINGHAM, M. & JELIFFE, D. Breastfeeding and Health in the 1980's: A Global Epidemiologic Review. *The Journal of Pediatrics* 118, 5:659-666, 1991.

DEL PRIORE, Mary. *Ao Sul do Corpo. Condição Feminina, Maternidades e Mentalidades no Brasil Colônia.* Rio de Janeiro: José Olympo Editora e EDUnB, 1993.

DOS SANTOS, EVANGUELIA. *A Mulher como Foco Central na Prática do Aleitamento Materno: Uma Experiência Assistêncial Fundamentada na Teoria de Auto-Cuidado de Orem.* Dissertação de Mestrado, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Carina, 1991.

DOUGLAS, Mary. *Pureza e Perigo.* São Paulo: Editora Perspectiva, 1976.

_____. *Natural Symbols: Exploration in Cosmology.* London: Barrie & Jenkins, 1970

DUMONT, Louis. *From Mandeville to* Marx. Chicago: Chicago University Press, 1977.

DURHAM, Eunice. "A Pesquisa Antropológica com Populações Urbanas: Problemas e Perspectivas" In *A Aventura Antropológica* (Ruth Cardoso, org.). São Paulo: Paz e Terra: 1988.

DURKHEIM, Émile. *As Formas Elementares da Vida Religiosa.* São Paulo: Edições Paulinas, 1989.

ELIAS, Norbert. *O Processo Civilizador. Uma História dos Costumes.* Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1990.

EVANS-PRITCHARD, E.E. *Ensaios de Antropologia Social.* México: Siglo XXI Editores, 1974.

FOUCAULT, Michel. *História da Sexualidade*, Volume III. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

_____. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1986.

FRANCHETO, Bruna. "Antropologia e Feminismo" In *Perspectivas Antropológicas da Mulher* Nº 1. Rio de Janeiro: Zahar, 13-47, 1981.

FREIRE, Jurandir. *Ordem Médica e Norma Familiar.* Rio de Janeiro: Edições Graal, 1983.

FRITZ, J. "Transforming Natural Women: Female Ritual Leaders and Gender Ideology among Bimin-Kuskusmin"In Sexual Meanings and the Cultural Construction of Gender and Society (H. Whitehead & S. Ortner eds.). Cambridge: Cambridge University Press:116-165, 1982.

GARNELLO, Luiza. *Fazendo Parto, Fazendo Vida: Doença, Reprodução e Percepção de Gênero na Amazônia.* Dissertação de Mestrado em Ciências Sociais, Pontifica Universidade Católica de São Paulo, 1993.

GEERTZ, Clifford. *A Interpretação das Culturas.* Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.

GIACOMINI, Sônia. A Conversão da Mulher em Mãe: Uma leitura do "A Mãe de Família". *Revista Brasileira de Estudos de população* Vol 2, 2:71-98, 1985.

GIFFIN, Karen. Nosso Corpo nos Pertence: A Dialética do Biológico e do Social. *Cadernos de Saúde Pública* Vol 7, 2:190-200,1991.

GIORGIONE. *L'Opera Completa.* Classici dell'Arte. Milano: Rizzoli Editore, 1968.

GODELIER, Maurice. *La Production des Grands Hommes.* Paris: 1989.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, Prisões e Conventos.* São Paulo: Editora Perspectiva, 1974.

GOLDENBERG, P. *Repensando a Desnutrição como Questão Social.* Campinas: Editora UNICAMP,1988.

GOODY, Jack. *The Domestification of Savage Mind.* Cambridge: University Press, 1977.

_____. *Cooking, Cuisine and Class: A study in Comparative Sociology.* Cambridge: University Press, 1982.

HARRIS, Olivia. "The Power of Signs: Gender, Culture and the Wild in the Bolivian Andes". In *Nature, Culture and Gender* (Carol Mac Comarck and M. Strathern, eds.). Cambridge: University Press, 1982.

HEILBORN, Maria Luiza. "Fazendo Gênero? "A Antropologia da Mulher no Brasil". In *Uma Questão de Gênero.*(Bruschine e Costa, org.). São Paulo: Editora Rosa dos Tempos e Fundação Carlos Chagas: 93-126, 1992.

HELMAN, Cecil. *Cultura, Saúde e Doença.* Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul, 1994.

HELSING, E. Infant Feeding Practices in Northern Europe. *Assignment Child* 55/56:73-89, 1981.

IBAÑEZ NOVION, M. Popular Anatomy Phisiology of the Female. World Health Organization, Human Reproduction Unit, Partial Report, 1976.

IBFAN. *Violando a Norma 1996.* Relatório Nacional das Violações à Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes. IBFAN/UNICEF, São Paulo, 1996.

_____. *Relatório sobre a Eco-92.* Mimeo. Rio de Janeiro, 1992.

JAGGAR, A. & BORDO S. (eds). *Gender, Body, Knowledge. Feminist and Reconstruction of Beeing and Knowing.* London: Rutgers University Press, 1989.

JELIFFE, P. & JELLIFFE, D. *Human Milk in the Modern World.* Oxford: University Press, 1978.

JORDANOVA, L. J. "Natural Facts: a Historical Perspective on Science and Sexuality". In *Nature, Culture and Gender.* (Carol MacCormack . & M. Strathern, eds.). Cambridge: University Press, 1982.

KAHLO, Frida. *Diário, Um Auto-retrato Íntimo.* Rio de Janeiro: Livraria José Olympo Editora, 1995.

KITZINGER, Sheila. *Women as Mothers.* London: Fontana Original, British Isles, 1975.

LAPLANTINE, François. *Antropologia da Doença.* São Paulo: Martins Fontes, 1991.

LEAF, Murray. *Uma História da Antropologia.* Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

LÉVI-STRAUSS, Claude. *As Estruturas Elementares do Parentesco.* Petrópolis: Editorial Vozes, 1982.

_____. *Antropologia Estrutural.* Rio de Janeiro: Edições Tempo Brasileiro, 1967.

_____. *Minhas Palavras.* São Paulo: Editora Brasiliense, 1991.

MACHADO, Lia. "Feminismo, Academia e Interdisciplinaridade" In *Uma Questão de Gênero.* (Bruschini e Costa, org.). São Paulo: Editora Rosa dos Tempos e Fundação Carlos Chagas, 1992.

_____. Campo Intelectual e Feminismo: Alteridade e Subjetividade nos Estudos de Gênero. *Série Antropológica* 170, Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília, 1995.

Mc CANN, M. & BENDER, D. Prácticas de Alimentación Materno-Infantil en Zonas Rurales de Bolivia. *Boletin de la Oficina Panamericana* 114:23-32, 1993.

MAC CORMACK, Carol & STRATHERN, Marylyn (eds). *Nature, Culture and Gender.* Cambridge: University Press, 1982.

MAC CORMACK, Carol. "Nature, Culture and Gender: A Critique". In *Nature, Culture and Gender* (Carol Mac Cormack & M. Strathern, eds.). Cambridge: University Press, 1982.

MARGOLIS, Lewis. A Ética de Aceitar Presentes da Indústria Farmacêutica. *Pediatrics.* Vol. 88, 6: dezembro de 1991.

MAUSS, Marcel. "Fragmento de um Plano de Sociologia Descritiva" In *Ensaios de Sociologia.* São Paulo: Editora Perspectiva, 1981.

_____. "As Técnicas Corporais" In *Sociologia e Antropologia.* Volume II. São Paulo: EDUSP, 1974.

MEAD, Margaret. *Macho e Fêmea.* Petrópolis: Editora Vozes, 1971.

_____. *Sexo e Temperamento.* São Paulo: Editora Perspectiva, 1969.

MEARLEAU-PONTY. *Sinais.* Lisboa: Editorial Munahomo, 1962.

MILNER, Frank. *Frida Kahlo.* London: Bison Books, 1995.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Oito Passos para a Maternidade Segura, Guia Básico para Serviços de Saúde.* Maio, 1995.

MOREIRA, M.T. *Maternidades.* São Paulo: Editora Brasiliense, 1993.

MOTTA MAUÉS, Maria Angélica. *Trabalhadeiras e Camarados.* Dissertação de Mestrado, Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília, 1977.

MOURA, M. *Os Herdeiros da Terra.* São Paulo: Hucitec, 1978.

OMS. *Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno.* Genebra, 1981.

ORTNER, Sherry. "Está a Mulher para o Homem assim como a Natureza para a Cultura?" In *A Mulher, A Cultura, A Sociedade* (Michelle Rosaldo & Louise Lamphere, eds.). Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra: 95-120, 1979.

_____. "Gender and Sexuality in Hierarchichal Societies: The Case of Polynesia" In *Sexual Meanings. The Cultural Construction of Gender and Sexuality* (Sherry Ortner & Harriet Whitehead, org.). Cambridge: University Press: 359-409, 1981.

PALMER, Gabrielle. *The Politics of Breastfeeding.* London: Pandora Press, 1988.

PEIRANO, Mariza G. S. *Proibições Alimentares numa Comunidade de Pescadores.* Dissertação de Mestrado, Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília, 1975.

PNIAM/MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes.* Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, Brasília, 1993.

_____. *Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno.* Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília, julho de 1991.

_____. *Perfil Estatístico de Mães e Crianças no Brasil.* INAN, Brasília, 1992.

RAPAPORT, Elizabeth. "Generalizing Gender: Reason and Essence in the Legal Thought of Catharine MacKinnon". In *A Mind of One's Own.* (Antony and Witt, eds.). Boulder and Oxford: Westview Press: 127-144, 1993.

REA, Marina. *As Políticas de Alimentação Infantil e a Prática de Amamentar: O Caso de São Paulo.* Tese de Doutorado. Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1989.

RODRIGUES, Antonio, G. *Alimentação e Saúde, Um Estudo da Ideologia da Alimentação.* Dissertação de Mestrado, Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília, 1978.

ROSALDO, M. "A Mulher, a Cultura e a Sociedade: Uma Revisão Teórica" In *Mulher, Cultura e Sociedade* M. (Rosaldo e L. Lamphere, eds.). Rio de Janeiro: Paz e Terra: 33-65, 1979.

SAHLINS, Marshall. *Cultura e Razão Prática*. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.
_____. *Ilhas da História*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1990.

SAVAGE, Felicity. *Como Ajudar as Mães a Amamentar*. Londrina: Editora da UEL, 1991.

SEGATO, Rita. A Natureza do Gênero na Psicoanálise e na Antropologia. *Série Antropológica* 146. Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília, 1993.

_____. Inventando a Natureza : Família, Sexo e Gênero no Xangô do Recife. *Anuário Antropológico* 85:11-54, 1986.

SORJ, Bila. "O Feminismo na Encruzilhada da Modernidade e Pós-Modernidade" In *Uma Questão de Gênero* (Albertina de Oliveira Costa & Cristina Buschini, org.). Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos:15-23, 1992.

STRATHERN, M. "No Nature, No Culture" In *Nature, Culture and Gender* (Carol Mac Cormack & M. Strathern, eds.). Cambridge: University Press, 1982.

SUAREZ, Mireya. Desconstrução das Categorias Mulher e Negro. *Série Antropológica* 133, Universidade de Brasília, 1992.

TAVARES, Solange et al. *Amamentar: Uma Escola Consciente da Mulher?*. Monografia apresentada no Curso de Especialização de Enfermagem em Saúde Pública. Departamento de Enfermagem, Universidade de Brasília e Centro de Estudos e Desenvolvimento de Recursos Humanos, Secretaria de Saúde, DF. Brasília, 1997.

TERUYA, Keyko et al. Centro de Lactação de Santos. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, Volume 68:5-6, 1992.

UNICEF/OMS. *Proteção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno, O papel Especial dos Serviços de Saúde, Uma Declaração Conjunta*. Genebra, 1989.

VALERY, Paul. A Amamentação no Passado. *Pediatria Prática* 48: 31-38, 1977.

VAN ESTERIK, Penny. Mujer, Trabajo y Lactancia Materna. *Séries Monográficas sobre Nutrición Internacional*. Universidad de Cornell, Nº 23, Ano de 1992.

VITORA, VAUGHAN et al. Evidence for a protective effect of breastfeeding against infant death from infectious disease in Brazil. *Lancet* 2: 319-322. 1988.

WITTE, Erica. Aleitamento Materno e Midia. *Boletim Amigo da Criança* Nº 15, abril/maio/ junho 1996.

WOORTMANN, Ellen. Da Complementaridade à Dependência: A mulher e o Ambiente em Comunidades "pesqueiras" do Nordeste. *Série Antropológica* 111. Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília, 1991.

_____. *Herdeiros, Parentes e Compadres*. São Paulo-Brasília: Hucitec-Edunb, 1995.

WOORTMANN, Klaás. *A Família das Mulheres*. Brasília: Tempo Universitário, CNPq, 1987.

_____. A Comida, a Família e a Construção do Gênero Feminino. *Dados, Revista de Ciências Sociais*. Vol. 29 1:103-130,1986.

XAVIER, D., CORRÉIA, S., ÁVILA, B. "Questões Feministas para a Ordem Médica: O Feminismo e o Conceito de Saúde Integral" In *Mulher, Saúde e Sociedade no Brasil* (Maria Elena Labra, org.). Petrópolis: Editorial Vozes e ABRASCO: 203-222, 1989.

CENTRO DE LACTAÇÃO DE SANTOS

- ***Prof. Dr. Jayme Murahovschi***
  Professor Titular da Disciplina de Pediatria da FCMS
  Diretor do Centro de Lactação de Santos

- ***Drª Keiko Miyasaki Teruya***
  Professora Adjunta da Disciplina de Pediatria da FCMS
  Co-Diretora do Centro de Lactação de Santos

- ***Drª Tereza Setsuko Toma***
  Médica Pediatra do Instituto de Saúde - SP
  Coordenadora de Treinamento do C.L.S.

- ***Dr. Ernesto Teixeira Nascimento***
  Professor Adjunto da Disciplina de Pediatria da FCMS
  Coordenador do Alojamento Conjunto do C.L.S.

- ***Drª Lais Graci dos Santos Bueno***
  Professora Adjunta da Disciplina de Pediatria da FCMS
  Coordenadora da Sala de Parto do C.L.S.

- ***Dr. Mário Alves Rosa***
  Professor Assistente da Disciplina de Pediatria da FCMS
  Coordenador do Ambulatório de Incentivo à Amamentação do C.L.S.

- ***Dr. Paulo Eduardo de A. Baldin***
  Professor da Disciplina de Pediatria da FCMS
  Coordenador de Pesquisas do C.L.S.

- ***Maria Vilma de Paula Alonso***
  Assistente Social do Hospital Guilherme Álvaro

- ***Roseine F. Patella Magalhães***
  Psicóloga do Hospital Guilherme Álvaro

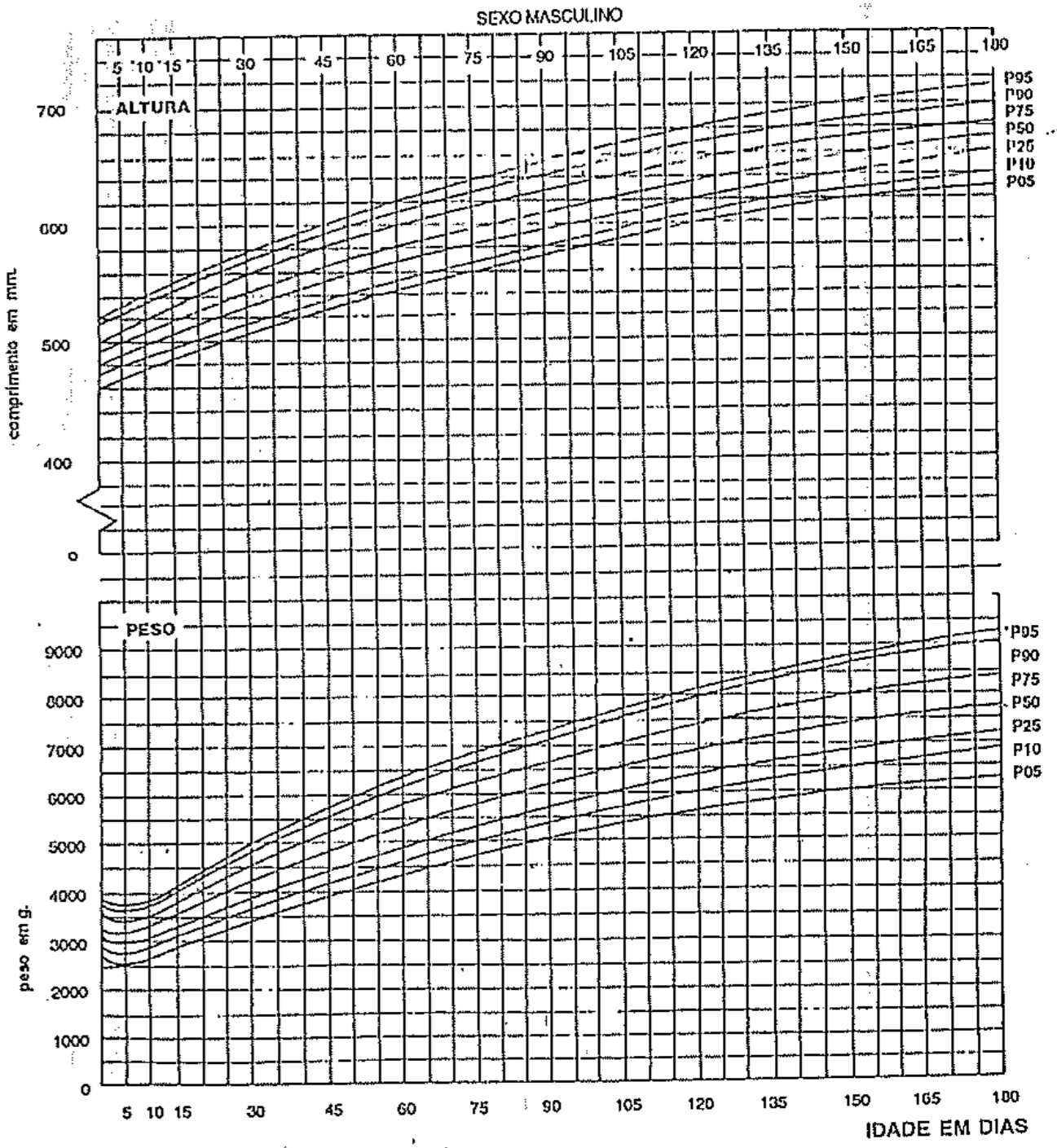
CENTRO DE LACTAÇÃO
DE SANTOS

promoção treinamento pesquisa

ráfico de controle da evolução pôndero-estatural para crianças em aleitamento materno exclusivo

NOME:

NASCIMENTO DATA: PESO: COMPRIMENTO:



TAREFAS	Consulta 1ª semana data	2ª semana data	3ª semana data	4ª semana data	45 dias data	60 dias data	90 dias data	120 dias data	150 dias data	180 dias data	Consultas fora dia marcado	
											data	data
1 - Idade		1º mês			2º mês		3º mês	4º mês	5º mês	6º mês		
2 - Crescimento	P= C= PC=	P= C= PC=	P= C= PC=	P= C= PC=	P= C= PC=	P= C= PC=	P= C= PC=	P= C= PC=	P= C= PC=	P= C= PC=	P= C= PC=	P= C= PC=
3 - Desenvolvimento N. Psicomotor *												
Vacinas 4 - BCG												
Vacinas 5 - Triplice												
Vacinas 6 -Sabin												
7 - Alimentação LM - LV - Outros												
8 - Motivo de Introd. outros Aliment.												
9 - Intercorrência desde a última consulta												
10 - Motivo Consulta Rotina Patologia												
11 - Internação												
12 - Retorno												
13 - Psicólogo												
14 - Fonoaudiólogo												
15 - A. Social												
16 - Nutricionista												

* DNPM = A - Reflexos B - Sustenta a cabeça C - Sorriso Social D - Senta