



**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS - UFT
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE PALMAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO
REGIONAL**

JAQUELINE MEDEIROS SILVA CALAFATE

**O “INSTINTO MATERNO” COMO UMA CONSTRUÇÃO DE
GÊNERO: DISCUSSÕES SOBRE O DESEJO DE AMAMENTAR**

PALMAS - TO

2014

JAQUELINE MEDEIROS SILVA CALAFATE

**O “INSTINTO MATERNO” COMO UMA CONSTRUÇÃO DE
GÊNERO: DISCUSSÕES ACERCA DO DESEJO DE AMAMENTAR**

Dissertação apresentada no Programa
de Pós-Graduação em
Desenvolvimento Regional da
Universidade Federal do Tocantins
como requisito para o título de
mestre em Desenvolvimento
Regional. Orientadora: Dra. Temis
Gomes Parente.

PALMAS - TO

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca da Universidade Federal do Tocantins
Campus Universitário de Palmas

- C141i Calafate, Jaqueline Medeiros Silva
O “instinto materno” como uma construção de gênero: discussões sobre o desejo de amamentar / Jaqueline Medeiros Silva Calafate. - Palmas, 2014.
119f.
- Dissertação de Mestrado – Universidade Federal do Tocantins, Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional, 2014.
Linha de pesquisa: Políticas Públicas.
Orientadora: Profa. Dra. Temis Gomes Parente.
1. Amamentação. 2. Feminismo. 3. Gênero. I. Parente, Temis Gomes. II. Universidade Federal do Tocantins. III. Título.

CDD 306.8743

Bibliotecária: Atilena Oliveira
CRB² 932

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

JAQUELINE MEDEIROS SILVA CALAFATE

**“O INSTINTO MATERNO” COMO UMA CONSTRUÇÃO DE GÊNERO:
DISCUSSÕES ACERCA DO DESEJO DE AMAMENTAR**

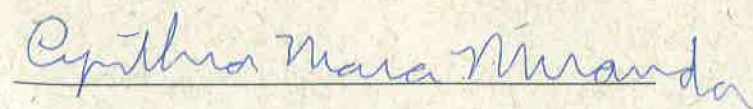
Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado
em Desenvolvimento Regional da
Universidade Federal do Tocantins para
obtenção do título de mestre.
Orientadora: Profa. Dra. Temis Gomes Parente

Aprovada em 28/11/2014

BANCA EXAMINADORA:



Dra. Temis Gomes Parente (Orientadora)



Profa. Dra. Cýnthia Mara Miranda



Profa. Dra. Leila Rute Oliveira Gurgel do Amaral

À minha mãe, mulher forte e corajosa que me
ensinou que nós mulheres podemos mais do
que contam, mais do que acreditam, mais do
que esperam, nós podemos ser tudo o que
quisermos, mas principalmente, aquilo que não
quisermos ser.

AGRADECIMENTOS

Já dizia minha mãe: “Não conheço ninguém que conseguiu realizar seu sonho, sem sacrificar feriados e finais de semana pelo menos uma centena de vezes... O sucesso minha filha, é construído a noite! durante o dia você faz o que todos fazem”. Por isso, agradeço a minha família que sempre foi meu norte, sei que minha força vem de vocês.

Agradeço ao meu esposo que foi sempre compreensivo com minhas constantes ausências nestes últimos dois anos, pelas comemorações e momentos de lazer que sacrificamos. Agradeço aos meus queridos amigos que me acompanharam em toda essa fase, ouvindo minhas reclamações, chateações e mau-humor me dando a maior força para seguir em frente, alguns sendo até obrigados a ler meu trabalho.

Dizem que motivar é a arte de fazer com que as pessoas façam o que você quer que elas façam fazendo com que elas queiram fazê-lo, pois é! Essa é minha orientadora, que sempre conseguia me levar para o caminho que queria sem se esforçar, quando eu percebia já estava super interessada em gênero, ou concordando com a metodologia que ela queria como se a idéia tivesse surgido da minha cabeça. Sempre respeitou meu posicionamento, mesmo quando sabia que existia um caminho mais fácil, ou melhor. Penso que é preciso ter muito mais que conhecimento para orientar dessa forma, Temis você é genial! Agradeço por me apresentar um mundo totalmente novo através dos estudos de gênero, me enviar para o Congresso Fazendo Gênero foi à “isca perfeita”, você terá sempre a responsabilidade de ter colaborado significativamente com a mudança da minha lente de mundo.

Por fim, agradeço a CAPES por ter me financiado por meio da bolsa que recebi durante o primeiro ano do Programa, a conclusão desta pesquisa com certeza não teria sido viável sem a possibilidade de me dedicar exclusivamente ao mestrado neste período, coisa que seria difícil, para não dizer impossível se não fosse por este incentivo.

“Não acredito que existam qualidades, valores, modos de vida especificamente femininos: seria admitir a existência de uma natureza feminina, quer dizer, aderir a um mito inventado pelos homens para prender as mulheres na sua condição de oprimidas. Não se trata para a mulher de se afirmar como mulher, mas de tornarem-se seres humanos na sua integridade.”
Simone de Beauvoir

RESUMO

Considera-se que a gravidez e o parto são processos sociais por envolverem família e comunidade, mas especialmente singulares por ser a experiência mais individual que uma mulher pode ter. No entanto, tem sido enfatizada como um processo predominantemente biológico onde é valorizada unicamente sua condição patológica apesar dos esforços e investimentos em humanização do SUS nos últimos anos. Nessa perspectiva pode-se pensar em como as questões de gênero perpassam a construção de políticas públicas materno-infantis, ficando evidente a dificuldade de desvincularem o estereótipo da mulher instintivamente mãe e, portanto, capacitada a dar conta de tudo que advém de uma gestação. Não se pode deixar de observar que as mudanças ocorridas no Sistema Único de Saúde - SUS referentes ao parto e puerpério foram marcadas pela aniquilação do direito da mulher sobre o corpo, institucionalizando a relação mãe/bebe. Tal interferência constante tem contribuindo para a exclusão da participação de mulheres na elaboração das mesmas resultando em práticas e políticas patriarcais. Como é o caso da política de aleitamento materno que, apesar de ter sido responsável por colaborar com a diminuição do desmame precoce, tem, se apropriado do corpo da mulher através da obrigatoriedade com que é manejada nos Hospitais Amigos da Criança tirando o direito de escolha da puérpera. Dessa maneira, este trabalho buscou discutir a prática do aleitamento materno como um constructo social e de gênero constratando ao que se entende comumente por comportamento natural e/ou instintivo. Acredita-se que falar em humanização no aleitamento requer antes de qualquer coisa o reconhecimento da individualidade do atendimento a gestante permitindo o estabelecimento de um vínculo único, possibilitando uma relação menos desigual e autoritária, devolvendo a mulher à autonomia sobre o seu corpo e sobre o processo que se sente mais apta a viver.

Palavras-chave: amamentação; feminismo; gênero; política pública.

ABSTRACT

It is considered that pregnancy and childbirth are social processes involved family and community, but especially unique for being the individual experience a woman can have. However, it has been emphasized as a predominantly biological process which is only valued his pathological condition despite the efforts and investments in SUS humanization in recent years. From this perspective one can think about how gender issues permeate the construction of maternal and child public policies, evidencing the difficulty of severance the stereotype of women instinctively mother and therefore able to account for everything that comes from pregnancy. It must be noted that the changes in the Health System - SUS related to delivery and postpartum period were marked by the annihilation of the right of women on the body, institutionalizing the mother/baby. This constant interference has contributed to the exclusion of women's participation in their development resulting in patriarchal practices and policies. As is the case of breastfeeding policy that, despite being responsible for supporting the reduction of early weaning, has appropriated the women's body through the obligation that is managed in hospitals baby-friendly making the right choice the puerperal woman. Thus, this study aimed to discuss the practice of breastfeeding as a social construct and gender constratando to what is commonly understood by natural behavior and / or instinctive. It is believed that speaking in humanization lactation requires first of all the recognition of the individuality of care for pregnant women allowing the establishment of a single bond, allowing a less unequal and authoritarian relationship, returning the woman to autonomy over their bodies and the process that feels more able to live.

Keywords: breastfeeding; feminism; gender; public policy.

LISTA DE ABREVIATURAS

ALCON – Alojamento Conjunto;

CEULP/ULBRA – Universidade Luterana de Palmas;

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa;

CONEP – Conselho Nacional de Educação para Pesquisa;

DGES – Diretoria de Gestão Educacional da Saúde;

EUA – Estados Unidos da América;

HAC – Hospital Amigo da Criança;

HMPDR – Hospital Materno Público Dona Regina;

IHAC – Iniciativa Hospital Amigo da Criança;

MS – Ministério da Saúde;

NEP – Núcleo de Educação Permanente;

OMS – Organização Mundial da Saúde.

ONU – Organização das Nações Unidas;+

PAISM – Programa de Assistência Integral de Saúde para as Mulheres;

PNHAH – Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar;

SUS – Sistema Único de Saúde;

SBP – Sociedade Brasileira de Pediatria;

TRS – Teoria das Representações Sociais;

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância;

UFT – Universidade Federal Tocantins;

UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
Caminhos da pesquisa	13
CAPÍTULO I - A HISTORICIDADE DO AFETO MATERNO E DA AMAMENTAÇÃO E SUA ATUAL CONFIGURAÇÃO NAS QUESTÕES DE GÊNERO.....	24
CAPÍTULO II - O CARÁTER INEXORÁVEL DA NATUREZA DAS COISAS: CONSIDERAÇÕES FEMINISTAS SOBRE O ESSENCIALISMO	36
2.1. E o feminismo com tudo isso?	36
2.2. Gênero, corpo e poder: conceitos transversais	42
2.3. Políticas para o corpo: estratégias de controle e dominação	51
CAPÍTULO III - POLÍTICAS PÚBLICAS MATERNO-INFANTIS: AVANÇOS E RETROCESSOS	54
3.1. A instituição hospitalar como legitimadora de práticas e políticas públicas coercitivas.....	60
CAPÍTULO IV - O SABER PSICOLÓGICO A SERVIÇO DA DISTINÇÃO DE GÊNERO.....	66
4.1. Quando amamentar é dor	78
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	87
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	90
APENDICE I.....	101
APENDICE II	107

INTRODUÇÃO

Discutir a maternidade não estava nos planos iniciais da pesquisadora ao entrar no Programa de Desenvolvimento Regional, não por não se interessar pelo assunto, mas por desacreditar que era possível realizar uma discussão que envolvesse política pública, maternidade e desenvolvimento, grave engano. Foi uma boa surpresa conhecer sua orientadora que lhe possibilitou o estudo da temática a partir da categoria de gênero como ponto de partida para se pensar toda e qualquer política pública que pretendia ser efetiva.

Outra grande dificuldade para que a pesquisadora se colocasse nesta discussão se deve ao fato de que a mesma não é mãe, embora acredite que isso só facilitou sua disponibilidade/abertura para o tema. Sempre que apresentava o assunto, seja em congressos ou mesas de discussão, esta era sempre a primeira questão levantada pelas mães presentes. A fim de esclarecer tão grande incômodo, anuncia-se logo de início que a mesma não pretende ser mãe, apesar de considerar que toda mulher que o queira, tem o direito/liberdade de decidir sobre como, de que forma e quando deverá ocorrer. Apesar de não possuir o interesse pela maternidade como mulher, a autora o tem como pesquisadora e como tal acredita que toda mulher em algum momento sente-se impelida a refletir sobre a maternidade, seja na forma de desejo ou simplesmente pela necessidade de ter uma resposta à “grande” questão que tanto importuna a todas: E aí, vai ficar para titia?

Para muitas mulheres esse talvez seja o momento mais importante de suas vidas, mais esperado, mais desejado, mas e quanto aquelas que não o desejam? E aquelas que nunca desejaram a maternidade, que ficaram esperando com que esse dia chegasse, no entanto ele nunca chegou? Como lidar com tamanha expectativa quanto a um papel já definido por outros antes mesmo de ter sido pensado por ela pela primeira vez?

A verdade é que o papel que se espera de uma mulher sempre esteve muito claro: da solteira se espera que arrume logo um homem, da casada um filho, e da mãe que desempenhe bem esse papel. É claro que isso tem mudado significativamente nas últimas décadas, mas a influencia do discurso transgeracional passado por mães, tias e avós ainda é muito presente nos discursos de mulheres simples, sofisticadas e também das politizadas.

Como única filha mulher de uma casa de dois homens, a pesquisadora sempre se questionou: e eles, os homens? Do que são cobrados? Claro que há muitas

cobranças/expectativas também sobre os homens¹, mas é fato que as responsabilidades que por séculos foram exclusivas dos homens hoje já não são, somando às mulheres diversas outras atribuições e exigências.

Freud (1924) chamaria essa angústia de “inveja do pênis” – nome inventado por ele para explicar a natureza patriarcal de nossa sociedade – para o autor, as mulheres são indivíduos eternamente incompletos, o motivo dessa eterna insatisfação seria a terrível inveja do pênis. Essa inveja só se resolveria, segundo o autor, através de um mecanismo compensatório que implicava necessariamente no casamento e na maternidade através do nascimento de um filho(a)². Tal pensamento/perspectiva foi objeto de muita contestação pelo movimento feminista, principalmente o movimento de segunda onda³, mas também foi largamente utilizado, por traduzir o pensamento recorrente da sociedade vigente (FARIA, 2004).

Pensar a psicanálise em meio a tudo isso é lembrar de onde este trabalho surgiu, como psicóloga a pesquisadora se interessou inicialmente pelo tema a partir da curiosidade em compreender melhor quais as forças que mobilizam o desejo feminino à maternidade, e o que afinal é isso que chamam de instinto materno. Para isso passou, necessariamente, por uma análise da teoria freudiana, podendo perceber que tal perspectiva trata unicamente do indivíduo não sendo suficiente para compreender todas as demandas e contextos sociais que emergem desta questão. Essa constatação foi percebida já nas primeiras tentativas de discutir o tema através de um projeto de pesquisa iniciado na graduação que a pesquisadora desenvolveu em parceria com uma professora psicanalista, na época, psicóloga do Hospital Materno Dona Regina.

Ao entrar em contato com o tema pela primeira vez a autora não entendeu de imediato o que se pretendia alcançar com a crítica à política de aleitamento realizada pela professora/orientadora em questão. Achando muito inadequado por não compreender como uma mãe podia não gostar de aleitar, e sempre que se esforçava, imaginava uma mãe amarga, infeliz e/ou vítima de algum grave transtorno puerperal.

¹ Esta pesquisa não possui o objetivo de investigar as angústias oriundas do papel masculino, focando-se apenas no papel que a puerpera desempenha e as angústias oriundas dele.

² No tocante a isso é importante frisar que Freud (1924) falava de símbolos e não do objeto em si, para ele o falo representava o poder, a autonomia. O assunto será melhor discutido no capítulo IV.

³ Fase do movimento feminista que será melhor abordada/explicada no capítulo II deste trabalho.

Já nas primeiras entrevistas o susto foi tamanho ao perceber como o medo de fracassar, a expectativa de corresponder ao ideal de boa mãe e a responsabilidade de ter que suprir todas as necessidades daquele ser, não só eram extremamente comuns como circulavam nos discursos de todas as mães entrevistadas e também dos profissionais da saúde. Percebendo então, que o ato de amamentar é envolvido por tantos e tantos discursos, olhares, valores, crenças e, principalmente, concepções de gênero, que nunca mais pôde pensar no assunto da mesma forma.

Ao terminar o projeto, ficou a sensação de que se tivesse a oportunidade daria continuidade àquela discussão. A oportunidade surgiu neste Programa, onde pôde se aprofundar nas discussões de gênero, além de permitir pensar o tema a partir das políticas materno-infantis, tirando um pouco de foco o olhar psicológico. Como se trata de um Programa interdisciplinar, vários outros saberes e olhares também puderam contribuir com esta discussão, possibilitando uma maior transversalidade teórica. Dessa maneira, pôde-se perceber a dificuldade que o poder público teve e tem de dar eco a voz destas mulheres quando ao formular e executar tais políticas tornando-se também reprodutores de rígidos discursos normativos.

Dessa maneira, pensar a maternidade e o aleitamento para além da equação: mulher=peito=mãe, requereu um resgate da história do movimento feminista, da construção das concepções de gênero e uma disposição de olhar além do que se é posto, coisa que a pesquisadora teve de exercitar constantemente na realização das entrevistas e posteriormente, em sua interpretação.

Considera-se então, que o ato de parir e amamentar são momentos na vida de uma mulher onde estão em jogo questões para muito além do simples discurso da natureza instintiva à maternidade. Criar e executar políticas que apelem à naturalização deste momento é simplificar os sentimentos e vivências destas mulheres, acreditando que o corpo que possuímos é suficiente para determinar nossos comportamentos, deixando de lado uma ampla discussão a respeito da nossa condição bio-psico-sócio-cultural⁴.

⁴ Considera-se aqui o paradigma da complexidade de Morin (2003) que propõe a triangulação da cultura e a circularidade de efeito-causa-efeito-causa nova para uma real compreensão da subjetividade, tendo como parâmetro a desconstrução de antigos paradigmas. Morin chamou de operador hologramático a dificuldade de separar a parte do todo apontando para uma idéia de totalidade. Assim o autor compreende que o homem é biológico, mas se difere dos demais animais por possuir uma psique, é social por viver em sociedade e possuir uma história e é igualmente cultural, pois para o autor, todos os instintos (sobrevivência; sexual e etc) estão sujeitos a cultura: comemos segundo uma culinária, não nos vestimos apenas para proteção e o desejo sexual não justifica uma violação, tampouco impede a abstinência prolongada.

Dessa maneira, tratar da amamentação requer um olhar que parta necessariamente, da compreensão das diferenças e desigualdades de gênero, a fim de apontar que embora a amamentação seja biologicamente determinada ela é antes de tudo socioculturalmente condicionada, tratando-se de um ato impregnado de saberes e ideologias dominantes que resultam em políticas públicas de poder e distinção de gênero através da constante e histórica tentativa societária de apropriação do corpo da mulher.

Almeida e Novak (2004) lembram a esse respeito, que o interesse pela amamentação serviu a propósitos que não estavam necessariamente ligados a saúde, em muitas situações serviu de modulação do comportamento social de mulheres tornando-se o que denominou de um bem social compartilhado:

[...] torna-se possível evidenciar os condicionantes sociais, econômicos, políticos e culturais que a transformaram (a amamentação) em um ato regulável pela sociedade [...] A dinâmica dessas relações, no que concerne às questões estruturais, termina por configurar a amamentação como um dos atributos que caracterizam a maternidade como um bem social compartilhado (ALMEIDA; NOVAK, 2004, p. 120).

Pretendeu-se, portanto, com esta discussão, colaborar para a produção de um novo olhar em direção às puérperas, trazendo ao debate os desafios que as políticas materno-infantis têm enfrentado atualmente quanto ao desejo/direito da mãe amamentar ou não seus filhos, e sobre quais representações sociais estão apoiadas as políticas de maternagem em Hospitais Amigos da Criança - HAC. Tal apontamento busca levar um olhar sobre o puerpério que compreenda a mulher em toda a sua complexidade, sabendo que a análise não se finaliza na mulher nem nos benefícios de leite materno para a criança, mas aponta para uma correlação com o meio que a cerca e a construção desse saber prático, resultando em um conhecimento comum a esse respeito, ou seja, uma representação social do que seja ser mãe e nutriz.

Entende-se aqui por representação social, a fronteira entre a razão e o senso comum, advindo da teoria desenvolvida por Serge Moscovici (1979) e aprofundada por Denise Jodelet (2002), afirmando a realidade como uma construção social e o saber como uma construção do sujeito, propondo, portanto, uma psicossociologia do conhecimento.

Para Nogueira (2001) a Teoria das Representações Sociais - TRS⁵ é relevante para se pensar as questões de gênero por ter se constituído no mesmo contexto e momento histórico no qual os movimentos feministas também emergiram ambos criticavam as teorias biologicistas e positivistas sobre o comportamento. Tais paradigmas estavam sob duros questionamentos por reforçarem argumentos sexistas e androcêntricos. Portanto, falar em uma teoria feminista era ainda um risco a ciência e a pesquisa por implicar numa clara defesa dos interesses de um grupo.

Em 1990 surge então, uma nova abordagem em psicologia, o construcionismo social apoiado em um novo paradigma de fazer ciência, centrando-se em problemas de populações locais e criticando pesquisas de pretensão universais (NOGUEIRA, 2001). Essa abordagem questionará os resultados convencionais em psicologia que contribuíram largamente para as representações de gênero. Considera-se que pensar as diferenças sexuais a partir das teorias feministas implicou em uma importante passagem da ideologia dominante ocidental.

Lane (1999) foi uma importante figura neste cenário, a autora foi responsável por propor uma nova psicologia social onde, em vez de tratar influências interpessoais versus influências sociais, propôs a dialética entre sujeito e sociedade compreendendo o homem dentro de sua totalidade histórica, abrangendo as possibilidades dos sujeitos frente às determinações sociais. Assim, o construcionismo se configuraria como movimento político para a psicologia brasileira, rompendo com a tradição elitista da comunidade acadêmica, contribuindo para a construção de uma nova concepção de homem, para este autor:

O ser humano é um todo, fisiologia e psicologia são manifestações de uma mesma totalidade. Assim como as funções fisiológicas estão integradas, também as psicológicas interagem, desenvolvendo funções psiconeurológicas superiores que ampliam a capacidade humana. Em síntese, ele é produto de um longo processo histórico, no qual as mediações das emoções, da linguagem, do pensamento e dos grupos sociais constituem a subjetividade: consciência, atividade, afetividade e identidade. Essa subjetividade, em sua unidade dialética com a objetividade, permite o desenvolvimento de valores morais, éticos e estéticos. (LANE, 1999, p. 119).

Dessa maneira, no construcionismo social a categoria de gênero compreende não só uma construção social como também um sistema de significados que se constrói e se organiza

⁵ A teoria das representações sociais é inaugurada por Serge Moscovici em 1961, através da publicação da obra: A psicanálise, sua imagem e seu público.

nas interações, e que governa o acesso ao poder e aos recursos, implicando em revisar/questionar todo um referencial teórico que deixou de lado o fato de que valores implícitos são impressos em toda e qualquer pesquisa, portanto, deixar a não problematização das diferenças de gênero, consiste em continuar reproduzindo por meio do saber legitimado a diferença dos sexos (NOGUEIRA, 2001).

Tanto o construcionismo quanto as análises a partir da categoria de gênero emergem num contexto de crítica ao binarismo: natureza e cultura, razão e emoção, objetivo e subjetivo, pensamento e ação, ciência e senso comum, propondo entendimento relacional do objeto o qual se propõe estudar, considerando para sua análise as relações de poder, a experiência, o saber concreto e também a subjetividade, não desvinculando o sujeito social do seu saber concreto. Tal transição se deu num momento em que a ciência se pautou pela necessidade de novos instrumentos conceituais. Isso se deve a crença de que nenhuma teoria nasce desligada de sua realidade social.

Interessa a esta pesquisa, principalmente, os significados/símbolos, construídos a partir das percepções de mães no momento do puerpério sobre a amamentação, de forma que seja possível compreender como as mesmas notam as forças de dominação que estão também por trás de toda e qualquer prática dita feminina (SCOTT, 1995).

Para tanto será considerado aqui o conceito que Joan Scott traz a respeito da categoria gênero. Scott (1995) evidencia as formas como se constroem os significados culturais das diferenças de gênero, e como esses sentidos constroem significações hierárquicas de gênero.

O objetivo deste estudo é, portanto, discutir se o desejo de amamentar está relacionado a um instinto maternal ou se é sujeito a uma construção social e de gênero configurando em um comportamento adequado a mulher que pare, e com isso, compreender, a partir da narrativa de puérperas, se a obrigatoriedade com que as maternidades manejam a amamentação resulta em um maior sofrimento de puérperas, propondo uma discussão de gênero das políticas materno-infantis.

Partindo deste entendimento, torna-se um desafio pensar em uma política de humanização⁶ sobre o aleitamento materno que supere o entendimento unilateral da questão, em que na maior parte dos casos interessa somente o bem-estar do bebê, enquanto a mãe é reduzida a uma concepção puramente provedora.

⁶ “A Política Nacional de Humanização existe desde 2003 para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários” (http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1342).

Em casos assim ocorre à obliteração⁷ da mãe como indivíduo e como mulher, entregando seu corpo de forma absoluta e incondicional à instituição hospitalar e ao bebê. Essa instituição assume então, um papel repressor e disciplinador, que estabelecerá regimentos internos, normas de conduta, leis disciplinares e por fim os hábitos, anulando qualquer forma de subjetivação da mulher, levando a um possível adoecimento psíquico, onde mesmo depois de silenciado permanece se expressando, através de atitudes apáticas e hostis, onde as mães, inconscientemente, demonstram sua dor (NAKANO, 2009).

Bosi e Machado (2005) lembram que apesar dos esforços da Unicef⁸ e da OMS de exaltarem os aspectos biológicos da amamentação em detrimentos das condicionantes sociais por meio da divulgação de vantagens⁹ da amamentação, a decisão de amamentar ainda se constitui como uma escolha exclusiva da mãe, ou seja, é somente dela a decisão de continuar amamentando ou não conforme aponta estudo realizado por Almeida & Novak (2004) sobre o desmame precoce onde observaram que:

Apesar de as vantagens da amamentação serem apresentadas com contundência pela comunidade científica, e apesar de se observar uma considerável melhora nos índices de amamentação registrados no Brasil entre as décadas de 80 e 90, observa-se também que existe uma espécie de tendência latente ao desmame historicamente presente na sociedade, levando as mulheres a desmamarem os seus filhos de forma precoce. Por que essa propensão a abandonar uma prática que traz múltiplos benefícios e se mostra inigualável na alimentação de lactentes? Como explicar esse paradoxo? (p. 120).

Para Almeida & Novak (2004), o descompasso entre o avanço do conhecimento sobre os benefícios do leite materno e a instituição da amamentação como prática socialmente instituída tem se tornado ao longo dos anos inquietante. De acordo com Diehl (2011) a decisão de continuar ou não o aleitamento é influenciada não só pela história de vida da mãe, mas também por sua rede de apoio, sua condição física e emocional e ainda ao valor social que a prática de amamentar possui na comunidade que se vive. Por isso a necessidade de uma

⁷ Anulação.

⁸ Fundo das Nações Unidas para a Infância (em inglês United Nations Children's Fund - UNICEF).

⁹ Difundidas por meio de documentos e pesquisas realizadas e financiadas mundialmente pela OMS em parceria com a UNICEF, compreendendo que o leite materno é o alimento adequado para as crianças nos primeiros meses de vida, do ponto de vista nutritivo e imunológico (LEVY; BÉRTOLO, 2008).

maior investigação sobre o tema, que trate a questão de maneira que seja abordada, principalmente, a perspectiva de gênero.

Segundo pesquisa realizada nacionalmente em 2003 a respeito do panorama do aleitamento materno no Brasil por Ramos & Almeida, os mesmos constataram que apesar de 96% das mães darem início a amamentação, somente 11% são de aleitamento exclusivo até os 6 meses, 41% mantêm o aleitamento em conjunto com outra dieta nutricional até 1 ano e somente 14% continuam a dar o peito até os dois anos conforme propõe a Unicef no texto abaixo, resultando numa média de sete meses para amamentação mista e apenas um mês de aleitamento exclusivo:

Todas as mulheres devem estar habilitadas a praticar o aleitamento exclusivo, e todos os bebês devem ser amamentados exclusivamente com leite materno, desde o nascimento até os quatro a seis meses. Após esse período, as crianças devem continuar sendo amamentadas ao peito, juntamente com alimentos complementares, até os dois anos ou mais (OMS, 1994).

A afirmativa acima explicita a forma como a OMS compreende o papel da mulher, quando determina que todas as mulheres devem estar aptas ao aleitamento exclusivo, quando na verdade sabemos que somente 11% dão conta desta tarefa. O problema não é a preconização desta meta e sim a forma como isso é divulgado e somado a compreensão sexista do papel da mulher que pare, cultivando entre as maternidades a prática do aleitamento obrigatório causando sofrimento naquelas que não alcançam tal expectativa.

Uma pesquisa realizada sobre o tema pelo Ministério da Saúde de 2009 apontou um aumento significativo destes números, de 11% para 41% no aleitamento exclusivo até os seis meses. No entanto o Ministério reconhece que apesar do aumento gradativo dos índices de aleitamento desde a década de 80 por meio do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno no país, os índices “ainda encontram-se aquém do considerado satisfatório (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p.8)”.

Como então vislumbrar a meta estipulada pela ONU por meio do Comitê Permanente de Nutrição¹⁰ que pretende elevar a amamentação exclusiva de um mínimo de 60% dos casos até 2015? Pensando neste desafio, em 2013 o Ministério da Saúde, em parceria com a Sociedade Brasileira de Pediatria – SBP lançou a campanha: “Tão importante quanto amamentar seu bebê é ter alguém que escute você”, mostrando com isso que, aos poucos, o

¹⁰ Disponível no documento do Ministério da Saúde de 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_alimenta.pdf. Acesso em 11 de set. 2014.

foco da ação do cuidado pode estar se deslocando gradativamente aquela que amamenta. Agora a pergunta que deve ser feita é: a que se deve tal mudança de foco?

É possível que os próprios números levantados pelo Ministério ao longo das décadas de ações em prol do aleitamento, tenham os obrigado a perceber que esta é uma relação que esta para além do discurso sobre os benefícios do aleitamento, lembrando que o “simples” ato de amamentar traz consigo representações sociais muito potentes sobre ser mulher e estar mulher na condição de mãe e nutriz¹¹.

Portanto, os dados têm levado a crer que é possível que haja sim implicações que estão além do entendimento/informação sobre os benefícios do aleitamento interferindo diretamente no ato de continuar amamentando após a saída do hospital.

Para Silva & Souza (2005) grande parte das mulheres que não permanecem amamentando não o fazem, principalmente, por motivos psico-sócio-econômicos, ao contrário do que é posto pela equipe de saúde, que tem enfatizado as dificuldades de ordem físicas e biológicas da mulher. Tal perspectiva mostra que, na prática, o ato de amamentar tem se tornado impraticável na realidade cotidiana da mulher que trabalha, possui outros filhos, e equilibra a dinâmica: casa/família/emprego.

Frota (2009) aponta também outros fatores relevantes, como a má interpretação do choro da criança, que pode estar fortemente relacionada à dificuldade de vinculação ou identidade materna desta mãe, à insuficiência do leite materno associado ao estado emocional da mãe já evidenciado por meio de pesquisas qualitativas como a de Diehl (2011). As dificuldades relacionadas às mamas, como sangramento, empedramento, fissuras e ausência de formação do bico, e a recusa do seio por parte da criança.

Pensando nisso, em 2004 foi criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes, por meio do SUS, o qual preconizou as demandas feministas, que se concentravam, principalmente, na luta pela autonomia da mulher e seu direito reprodutivo. Neste mesmo ano é lançado também o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, onde observou-se a inclusão das questões de gênero¹²

¹¹ A figura da mulher continua sendo associada ao sacrifício, ao amor, e a benevolência, retratada na figura da virgem Maria que se torna a identificação suprema imposta à mulher pelo modelo burguês de “esposa-mãe-dona-de-casa”, ainda que não seja nenhuma das três coisas (BEAUVOIR, 2003). Portanto o ato de amamentar remonta a uma representação social muito arraigada que traz consigo todo o papel instituído a mulher e tudo o que ele representou historicamente.

¹² Ao propor a análise de políticas públicas sob e a perspectiva de gênero os grupos feministas, a partir da década de 70, pretendiam ir muito além da promoção de políticas e programas que atendessem as mulheres. A utilização do conceito de gênero como referência de análise destas políticas chamou a atenção para a construção social e

oriundas da participação de mulheres na elaboração destas políticas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

E em meio a todas essas conquistas, a Organização Mundial da Saúde – OMS trouxe o que se consideraria um grande avanço¹³, no que se refere à prática do aleitamento materno, uma vez que anterior a isso não havia uma política específica que incentivasse o aleitamento exclusivo¹⁴, isso mudou após pesquisas¹⁵ que evidenciaram que o uso do leite materno exclusivo era o que melhor garantia à saúde da criança nos primeiros meses de vida, a partir disso o governo passou a investir mais fortemente em campanhas que incentivassem o peito exclusivo até os seis meses de vida.

No entanto, apesar do Brasil ser considerado pela OMS, atualmente, como a maior e mais tecnológica rede de banco de leite humano do mundo, sendo responsável por transmitir seu conhecimento para mais de 22 países e de haver aumentado consideravelmente os índices de aleitamento nos primeiros dias de vida da criança (99%), ainda se observam índices baixos no que se referem aos próximos seis meses, onde, menos da metade (40%) das mães que saem amamentando das maternidades, permanecem com a prática do aleitamento exclusivo em suas casas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Para tanto este trabalho intentou realizar uma interlocução entre os saberes históricos¹⁶, sociológicos, e psicológicos procurando trazer ao tema uma discussão abrangente e sistêmica que possibilite uma transversalidade teórica, tornando possível uma análise que perceba os comportamentos como culturalmente determinados, e historicamente construídos, os quais sofreram oscilações em diferentes momentos históricos e distintos contextos sociais. Tal complexidade precisa estar no centro das discussões que envolvam ações em saúde voltadas ao incentivo da prática de amamentar.

histórica do feminino e do masculino, marcadas em nossa sociedade por uma forte assimetria, que estavam diretamente ligadas à forma como estas políticas eram pensadas, propostas e implementadas (FARAH, 2004).

¹³ Somente mais tarde seria possível perceber que o governo utilizaria esse avanço para se apropriar do direito ao corpo da mulher, criando políticas que normatizassem a forma como mães lidam com os recém-nascidos e cuidam de seus corpos.

¹⁴ Desde 1991 a OMS, juntamente com a Unicef, publicou recomendações para o aleitamento materno preconizando a prática exclusiva nos próximos seis meses após o nascimento da criança.

¹⁵ LEVY, Leonor; BÉRTOLO, Helena (Org.). UNICEF. Manual de Aleitamento Materno. Editor: Comitê Português para a UNICEF/Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebês. Edição revista de 2008. Disponível em: http://www.unicef.pt/docs/manual_aleitamento.pdf. Acesso em 26 de fev. de 2014.

¹⁶ No que diz respeito à evolução histórica do papel da mulher enquanto mãe e nutriz serão utilizados autores como Hamilton Barbosa (2007) e Elisabeth Badinter (2011) que tratam da construção histórica do sentimento da mãe em relação ao filho.

Procurou-se discutir a existência do “instinto materno” como um constructo social e de gênero, e a partir disso compreender como a existência deste pressuposto tem servido de parâmetro para a construção e a prática de saberes que instituem como se deve proceder como mãe e nutriz legitimando a função materna com a única via possível de identidade inteira/completa da mulher. Compreende-se que a prática de amamentar é, portanto, decorrente de uma complexa rede de relações, sendo composta por diferentes atores e elementos, muitos dos quais, serão aqui avaliados.

A presente pesquisa propõe a compreensão sobre os motivos e sentimentos que levam mães a amamentarem e também a não amamentar, tendo sempre como “pano de fundo” o desejo e as forças que a mobilizam partindo de sua história de vida. Nas entrevistas serão consideradas as representações/significações que cada uma das mães carrega a respeito da amamentação.

Para tanto será utilizado à história oral: relato de vida que se baseia segundo SPINDOLA e SANTOS (2003), na premissa de que o conhecimento sobre o indivíduo só é possível através da experiência humana mediada pela definição que o próprio entrevistado dá a ela. Dessa maneira não interessa ao pesquisador confirmar a autenticidade dos fatos narrados, pois interessa aqui o ponto de vista de quem está contando, compreendendo que o sujeito não só relata sua história, mas ao contar sobre ela, ele também está refletindo a esse respeito, para os autores é:

[...] através das narrativas de sua vida, [que] os indivíduos refletem sobre si mesmos, se obrigando a organizar de modo coerente as lembranças desorganizadas e suas percepções imediatas: esta reflexão de si faz emergir em sua narração todos os microeventos que pontuam a vida cotidiana, do mesmo modo que as durações, provavelmente comuns aos grupos sociais, mas que dentro da experiência individual contribuem para a construção social da realidade (CIPRIANI, 1983 apud SPINDOLA e SANTOS, 2003, p. 122).

O que torna a história de vida importante e indispensável a esta pesquisa é também o fato de que as interlocutoras estão vivendo um momento único, reorganizando suas lembranças em função da maternagem, construindo junto com a entrevistadora a história dessa experiência e, talvez, escutando a si mesmas, seus sentimentos, angústias e expectativas após o parto pela primeira vez durante a entrevista.

Para essa discussão os autores que servirão de mediadores serão: Philippe Ariès (1981) para discutir como se deu o surgimento da infância por volta do século VXII, Elisabeth Banditer (1981-1985), Veblen (1899) para a compreensão do papel das instituições na

construção de hábitos e Foucault (1996) para a definição de biopoder na forma das microrrelações.

Os autores colaborarão ainda na compreensão sobre os motivos pelos quais mães não amamentam e de como estes motivos se entrelaçam em suas histórias, representações e significações sobre a amamentação. Silva & Souza (2005) compreendem que entre os principais motivos que levam mães a não amamentarem estão os motivos psico-sócio-econômicos, ao contrário da ênfase dada as dificuldades de ordem físicas e biológicas da mulher. Tal perspectiva mostra que, na prática, o ato de amamentar tem se tornado impraticável na realidade cotidiana da mulher que trabalha, possui outros filhos, e equilibra a dinâmica: casa/família/emprego.

Segundo Monteiro; Gomes e Nakano (2009), a suposta obrigatoriedade com que Hospitais Amigos da Criança – HAC tem tratado a amamentação, tem levado as mães a uma condição de sofrimento psíquico, com sintomas tais como: angústia, medo, solidão, abandono, rejeição, apatia, dor, depressão causando uma possível dificuldade de manter os laços afetivos com a criança além de prejudicar o desejo da mãe de continuar amamentando após a alta hospitalar.

Tal conjuntura também pode ser pensada a partir da compreensão que Foucault (1996) dá a respeito da instituição hospitalar, que foi historicamente permeada pelo saber/poder biomédico resultando em uma biopolítica¹⁷ do corpo e das subjetividades daquele que sofre, sendo neste caso, a mulher que pare. Apesar de não se referir à maternidade propriamente, o autor fala de um saber que é produzido historicamente por meio de um discurso biomédico sob o corpo, o qual sempre esteve a serviço de interesses alheios ao próprio sujeito.

Avalia-se que seja uma pesquisa pertinente por se tratar de um tema muito caro a saúde pública, que é o aleitamento materno, tema esse que suscitou diferentes abordagens ao longo da história, ora passando por desnecessário sendo outorgadas as amas de leite, ora servido aos interesses dos fabricantes de leite industrial, em todos os casos a amamentação revela diferentes significados oscilando sempre entre os dois pólos: natureza e cultura, a depender dos interesses vigentes se fundem ou se repelem.

¹⁷ Parto da compreensão que Foucault (1975) em “Os Anormais” traz acerca do biopoder, no qual acredita ser um estilo de governo que regula a população por meio de políticas que tratam dos aspectos da vida humana, principalmente por meio do corpo, fundado o que denominou de Biopolítica que nasceu na história do liberalismo econômico e instaurou o biológico como instrumento de poder ao serviço do Estado.

Caminhos da pesquisa

O presente trabalho é uma pesquisa de campo de cunho descritivo de abordagem qualitativa que segundo Gil (2002) se caracteriza por estabelecer correlações entre o mundo real e o sujeito, o objetivo e a subjetividade é compreendida por meio da descrição e da inter-relação com o problema pesquisado. O autor considera ainda que trabalhar com pesquisa qualitativa implica em preocupar-se com os indivíduos e seus ambientes em toda a sua complexidade, dessa forma para adquirir conhecimento sobre algo é necessário adentrar na vida dos sujeitos e não se contentar com a simples descrição dos eventos.

A busca bibliográfica se deu por meio do banco de dados: Google acadêmico e Scielo através das palavras-chaves: maternidade, amamentação, puerpério, instinto maternal. Lakatos e Marconi (1992) consideram que a revisão bibliográfica é justificada dada à possibilidade de definir e resolver problemas já conhecidos, como é o caso do puerpério e do aleitamento materno, permitindo explorar novos conhecimentos sobre o assunto em questão. A esse respeito, Gil (2002) acrescenta que a pesquisa bibliográfica de caráter exploratório visa “[...] proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses.” (GIL, 2002, p. 41). O trabalho foi dividido em quatro capítulos que dialogarão com as entrevistas realizadas.

O primeiro capítulo abordou a historicidade do papel da mulher enquanto mãe e da construção do instinto materno enquanto hábito, a conceituação do que são e de como são formados os hábitos, compreendendo que a amamentação é um hábito construído e mantido historicamente, para tanto foi utilizado Veblen (1987). Esta discussão procurou relacionar o discurso de Veblen da construção dos hábitos com o aprendizado transgeracional do aleitamento materno que veio se construindo e reconstruindo ao longo da história apontando para a fala das mães que contornaram constantemente o discurso do instituído, do habitual e do apreendido sobre gestar, parir e aleitar.

No mesmo capítulo é discutido o papel do movimento feminista neste percurso de emancipação, chegando à discussão da importância da utilização da categoria gênero para pensar sobre os atuais desafios do feminismo. Para tanto foram utilizados, principalmente, a compreensão que Philippe Airès (1981) traz da história social da infância e o olhar de Elizabeth Badinter (1981-1985) sobre o conceito de instinto materno finalizando com as discussões de gênero através das autoras: Scavone (2001); Butler (2003) e Scott (1990; 1993).

O segundo capítulo tratou das políticas públicas materno-infantis contando a trajetória da luta e do envolvimento de mulheres e posteriormente do movimento feminista na

construção destas políticas, finalizando no papel das instituições na construção do hábito da amamentação trazendo a contribuição que Foucault (1996) deu sobre o papel disciplinador das instituições e por fim seu conceito sobre o poder e controle sobre os corpos, o qual denominou de biopoder.

A fim de ambientar a construção do pensamento psicológico no que se refere a construção do vínculo/apego, o capítulo três discute a teoria de John Bowlby de 1950, Harry Harlow em 1959 e Mary Ainsworth 10 anos mais tarde, por fim chegando ao Winnicott (1965 a 1988) e sua teoria do vínculo mãe-bebê. As falas das entrevistadas serviram de subsídio empírico para ambientar esta discussão que confrontou as suas narrativas com as teorias psicológicas sobre o apego.

Em sequência intenta-se compreender como esse sistema de normas e coerção pode levar a mulher a um sofrimento psíquico que se finaliza num processo de culpabilização, remorso e fracasso da mulher pela sociedade. Para tanto utilizou-se de autores como Nakano (2009) e Tornquist (2003), que relataram o sofrimento de mães/puérperas, além dos relatos colhidos por meio das entrevistas realizadas.

Por fim apresentou-se os resultados obtidos da pesquisa, apontando o cenário em que estas mulheres vivem o momento do puerpério, onde nem sempre encontram acolhimento e compreensão, estando sujeitas a críticas e julgamentos, por vezes, até de si mesmas. A discussão finaliza-se com a contribuição de que é possível uma gestação, maternagem e puerpério de realização e prazer, mas enquanto tal situação se perpetuar mulheres serão sempre alvo de cobranças e expectativas sociais bastante delineadas, as quais possuem pouca autonomia de mudança, por isso a pesquisa aponta a necessidade de maior reflexão e investimento em políticas materno-infantis que levem em conta as discussões de gênero.

Como instrumento de coleta de dados foram utilizadas as entrevistas baseadas na história oral que, segundo Chizotti (2006) propõe estratégias de análise do vivido, superando o entendimento de objeto de pesquisa para sujeito da pesquisa, sendo possível compreendê-lo a partir da história narrada por elas mesmas. Portelli (1997) considera que discursos são processos complexos que envolvem o sujeito e sua produção de sentido (PORTELLI, 1997). Para o autor, a história oral lança mão da linguagem, da oralidade, para significar, trazendo a possibilidade de uma interpretação do discurso.

Assim, a história oral pareceu ser apropriado a esta pesquisa, visto que pretende dar lugar à versão do sujeito, ao significado que traz, possibilitando o acesso aos sentimentos

vivenciados pelas mães, os quais são atravessados pela sua própria ideologia¹⁸ sobre o mundo que a cerca.

Evidenciando, que para além da comunicação, a língua fala de um cidadão em determinado lugar e tempo históricos provindos de desejos, de relações sociais e ideológicas (PORTELLI, 1997). Assim, as informações obtidas são as marcas da subjetividade do sujeito, suas experiências, olhares, e sentimentos vivenciados.

Dessa maneira a história oral tem a função de tirar o pesquisador do seu pedestal de suposto “dono do saber” e dar espaço a verdade do sujeito. Nesse sentido ouvir a história do sujeito implica em estar atento as formas como os indivíduos atuam no mundo, pois um relato é antes de tudo um relato de uma prática social (SPINDOLA; SANTOS, 2003).

Para o autor as narrativas obrigam o sujeito a reorganizar suas lembranças e percepções, ao contar determinada história o sujeito nunca fala de si individualmente ele fala de um contexto social de um conjunto de significações e de como isso interfere em sua vida cotidiana. Assim a história escrita é algo estático na qual não podemos adentrar para além do que já foi registrado, já as falas falam por multidões atravessam significados, histórias, valores, crenças e relações.

A esse respeito, Portelli (1997) lembra que “a fala e a escrita, por muitos séculos, não existiram separadamente: se muitas fontes escritas são baseadas na oralidade, a oralidade moderna, por si, está saturada de escrita (p.33)”, a memória não pode ser considerada então, um depósito estável não podendo ser interpretado, mas sim um processo ativo de significações, em que a medida que conta muda-se o sentido do que se diz. Para o autor “a primeira coisa que torna a história oral diferente, portanto, é aquela que nos conta menos sobre eventos que sobre significados (p.31)

Trigo e Brioschi (1999) consideram que a entrevista baseada na história oral “é o encontro de dois sujeitos, tendo por objetivo o estabelecimento de uma situação de interação (p.25)”. Os autores acreditam que ao se propor a trabalhar com métodos nos quais a subjetividade é o instrumento central para obtenção do conhecimento, deve-se ter em mente que o resultado é sempre uma interpretação, que não implica em, necessariamente anular as crenças e emoções do pesquisador, mas em tomar consciência de si e do outro na interação.

¹⁸ Entende-se por ideologia, o que Haroche et al (apud Brandão, 1986) chamou de formação ideológica, que compreende o conjunto de atitudes e representações que se relacionam com as posições de classes em conflito umas com as outras. Dessa maneira, serão as formações discursivas, que determinarão o que pode e o que deve ser dito, a partir da formação ideológica a qual o sujeito pertence.

A esse respeito, nas entrevistas, o contato direto com a vivência destas mulheres proporcionou à pesquisadora entrar em contato com os sentimentos que emergiam, misturando suas próprias emoções ao cenário, afetando-se com o olhar das puerpéras, por vezes, tomando partido da situação vivida pela mãe, permitindo-se o envolvimento com os dramas narrados. Conforme apontado por Portelli (1997) que diz que “as narrativas revelam as emoções do narrador, sua participação na história e a forma pela qual a história o afetou (p.29). Dessa maneira:

[...] a história oral nunca pode ser contada sem tomar partido, já que os “lados” existem dentro do contador. E não importa o que suas histórias e crenças pessoais possam ser, historiadores e “fontes” estão dificilmente do mesmo “lado”. A confrontação de suas diferentes parcialidades – confrontação como “conflito” e confrontação como “busca pela unidade” – é uma das coisas que faz a história oral interessante (PORTELLI, 1997, p. 36).

O autor lembra ainda que os documentos resultados de uma história oral são antes de tudo o resultado de um relacionamento, onde ambos, entrevistador e entrevistado, estão envolvidos. Assim sendo o relato de vida nunca pode ser igual, ao passo que é contato, surgem sempre novos significados, mesmo o tom e o ritmo do discurso carregam implícitas conotações sociais que seriam irreprodutíveis na escrita (PORTELLI, 1997).

Segundo Lang (2001) a história oral tem sido dividida em: depoimento oral que busca o testemunho de determinada vivência ou situação; a história de vida onde o entrevistado é levado a realizar relato livre de sua vida com o mínimo de intervenções possíveis por parte do pesquisador; e o relato de vida que é uma forma menos ampla da história de vida, onde é solicitado ao entrevistado que aborde aspectos específicos da sua vida, embora tenha ela a total liberdade de relatar outros aspectos, os dois últimos centram-se prioritariamente no narrador. Deste modo, foi escolhido o relato de vida considerando-se as limitações da puérpera internada, concentrando-se na vivência da maternidade e tudo que ela representa: casamento, trabalho, vida social, relações familiares, relação com o corpo e etc.

A análise de um relato de vida é orientada pelos seguintes tópicos: análise da situação de contato; análise quanto à forma; análise quanto ao conteúdo e análise do conjunto acompanhado sempre do diálogo com a literatura utilizada (LANG, 2001). A análise das entrevistas descreveu inicialmente a situação no qual a entrevistada estava, a forma como seria realizada a abordagem e o conteúdo da conversa baseou-se no momento do puerpério com o enfoque sobre as dificuldades vivenciadas no aleitamento, ao final procurou-se compreender o conjunto das informações obtidas a fim de avaliar os sentimentos que

perpassavam as mães na situação hospitalar tendo sempre como aporte teórico as discussões dos autores utilizados, sabendo-se que não há uma única forma de lidar com relatos orais coletados, o importante é ser fiel aos relatos apontando suas contradições, ambigüidades e elementos ocultos.

É isso que essa pesquisa traz: o relato de vida de mulheres no puerpério que vivem um momento único, pois as interlocutoras que falaram para esta pesquisa nunca mais repetirão essas experiências, esses sentimentos e também suas angustias, por ser um momento único, o puerpério é a fase onde transitam não só as transformações corporais, mas também uma pluralidade de emoções contraditórias como o medo, sucesso versus fracasso, a expectativa, as pressões sociais. Tais sentimentos e tamanha pessoalidade só são possíveis de ser captada por meio da pesquisa com a história oral que torna possível a ressignificação e também a reflexão sobre esse momento.

Para tanto foi criado um “instrumento” de coleta de dados denominado de tópicos norteadores, tal instrumento pretendeu orientar a pesquisadora durante a entrevista tendo sempre a preocupação da narrativa centralizar-se no narrador, deixando-o livre sempre que necessitar para falar de outros aspectos não selecionados pelo “instrumento”.

A escolha deste método, nesta pesquisa, vai de encontro ao que Portelli (1997) aponta, por tirar a pesquisadora do seu papel de suposta “dona do saber”, colocando-a como ouvinte da verdade do sujeito, deixando vir à luz os valores, opiniões, e entendimentos que o sujeito tem a respeito de determinada prática, sendo, portanto, esta a postura adotada pela pesquisadora durante esta pesquisa. Dessa forma, os depoimentos colhidos por meio desta metodologia são marcas da dinâmica entre passado e presente, por meio do resgate de lembranças e reflexões/reelaborações.

Dessa maneira, os resultados obtidos por meio de relatos de vida como técnica de investigação social têm como ponto central o processo entre entrevistador e entrevistado. Tal interação não é dada *a priori*, ela é construída a partir dos pontos de contato, da reciprocidade da relação, e sempre marcada pela assimetria social, exigindo do pesquisador uma dada flexibilidade em sua conduta (TRIGO, LUCILA (1999).

Tal perspectiva reconhece que o pesquisador não é um receptáculo passivo, mas que reage, interage, perpassa saberes e histórias de vida que significam suas ações e articulações. Dessa maneira, compreende-se que uma entrevista é sempre e também uma relação de forças, ou de poder (FOUCAULT, 1996).

Privilegiando, então, a condição de participante do pesquisador que, ao adentrar nas experiências subjetivas do entrevistado consegue promover amenização do sofrimento e

acolhimento do impacto destas lembranças por meio da escuta terapêutica¹⁹ através da empatia colocando-se como ancore desta fala a fim de minimizar os riscos desta intervenção e proporcionar o benefício da catarse²⁰.

Foi desta forma que a pesquisadora se sentiu em vários momentos das entrevistas em que as puérperas encontravam-se solitárias, por vezes sem acompanhantes, cansadas, abatidas, vulneráveis e frágeis. Apesar de tudo isso, não houve de uma forma geral, resistência para participação com a pesquisa, a maior parte delas nem fazia esforço para ler o termo de consentimento, a necessidade de ter com quem conversar, de que alguém as escutasse era tão grande que superava a dor e o desconforto de ter que ficar uma hora ou mais dando atenção a uma desconhecida.

Houveram também momentos dramáticos, em que as mães encontravam-se muito abatidas por não terem o pai da criança apoiando-a, ou situações onde a família não amparou a gravidez por ser indesejada, além de que é importante apontar, que todas as entrevistadas eram usuárias do SUS, e não possuíam atividades que gerasse renda, além de muito novas, em sua grande maioria entre 15 e 25 anos, algumas de zona rural e, segundo suas narrativas, possuíam concepções rígidas dos papéis familiares.

E foi nesse contexto que questões sobre o lugar de reprodução como papel da mulher emergiam carregadas de sentimentos confusos e contraditórios, conforme foi possível observar no discurso das mais novas em que descreviam o medo do fracasso envolvido ao sentimento de dever e ideal de parto e puerpério.

Para que fosse possível uma análise mais cuidadosa a esse respeito foi decidido pela utilização de uma amostra não-probabilística, portanto, intencional²¹, inicialmente utilizou-se como um dos critérios de inclusão, as puérperas internadas em maternidades credenciadas como Hospitais Amigos da Criança - HAC²² no estágio imediato²³, no entanto, o pré-teste²⁴

¹⁹ Tendo como referencia a Resolução nº 466/12, considera-se importante ter em mente que toda e qualquer pesquisa envolvendo seres humanos aponta riscos, pois ao se interferir na realidade do entrevistado ela jamais será a mesma, mudando sempre, em algum aspecto, a relação do sujeito da pesquisa com o objeto da pesquisa, a saber, a amamentação.

²⁰ Sentido psicanalítico ou Aristotélico do termo o qual diz respeito a uma purificação da alma por meio de uma descarga emocional que pode ocorrer através de uma escuta terapêutica por exemplo.

²¹ Segundo Chizzotti (2006), a amostra não-probabilística é baseada na escolha deliberada excluindo processos aleatórios, sendo julgados como adequados a partir do interesse do pesquisador, por isso ela também é intencional por se tratar de uma amostra delineada e específica, como é o caso de mães/puérperas internadas num HAC apresentando dificuldades para aleitar.

²² Neste caso, a Maternidade Pública Dona Regina que é reconhecida como Hospital Amigo da Criança desde 2002 pela OMS e Unicef, tal reconhecimento é dado mediante a implantação da prática de oferecer informações completas acerca do aleitamento e a capacitação de profissionais para tal. A maternidade conta ainda com um

revelou que neste estágio as mães não estão aptas a manterem uma conversação significativa além de que ainda não vivenciaram de fato a dificuldade do aleitamento. Como observado, nos primeiros dias é comum, principalmente em casos de parto cesário, prematuro, e de primeiro filho, a dificuldade de manejar o aleitamento, não sendo considerando ainda como um problema pela equipe hospitalar, tampouco pela mãe que espelha-se por demais nestes profissionais.

O drama e a angústia de não poder amamentar se dará mais provavelmente, conforme constatou-se, após o 3º dia de internação em diante, onde a criança começará a ter problemas devido a falta do leite, sendo a mãe obrigada então, a pensar nos substitutos do leite e encarar, temporariamente ou definitivamente, a sua impossibilidade de aleitar. Dado a constatação, a mãe fica então obrigada a ceder ao complemento ou ao banco de leite, e é aí que se instaura o drama que vem acompanhado de muita culpa e frustração.

Como critério de inclusão permaneceu o estágio do puerpério por se considerar que de fato os primeiros dias após o parto deixam a mulher numa condição de muita fragilidade, trazendo a tona conflitos encobertos que, talvez mais tarde, devido a pressões sociais de ter de assumir o papel de mãe, não serão verbalizados e/ou vivenciados, no entanto, priorizou-se a realização de entrevistas com mães após o terceiro dia de internação. Dos critérios de exclusão continuaram somente as puérperas que não apresentaram nenhuma dificuldade ou sofrimento advindo da amamentação.

Utilizou-se o método de saturação de dados, o qual não define a priori a quantidade de participantes da pesquisa. Segundo Fontanella et al (2008) considera-se que ocorre a saturação

certificado de excelência do banco de leite humano que é equipado com a rotina do Programa “Dez passos para o aleitamento”. A Maternidade foi à primeira maternidade pública do Tocantins a receber o Centro de Parto Normal da Rede Cegonha, sendo referência da microrregional de saúde centro/sul onde atende cerca de 300 mil habitantes. Possui ainda certificação do método canguru e de referência Estadual de Atenção Humanizada ao recém nascido de baixo peso. Atualmente oferece um atendimento integral à mulher e ao bebê com 25 especialidades médicas e uma equipe multiprofissional assistencial que soma 860 trabalhadores realizando em média de 450 partos ao mês (Disponível em: <http://conexaoto.com.br/2012/04/12/centro-de-parto-normal-da-rede-cegonha-sera-implantado-na-maternidade-dona-regina>).

²³ “O puerpério inicia-se uma a duas horas após a saída da placenta e tem seu término imprevisto, pois enquanto a mulher amamentar ela estará sofrendo modificações da gestação (lactância), não retornando seus ciclos menstruais completamente à normalidade. Pode-se didaticamente dividir o puerpério em: imediato (1º ao 10º dia), tardio (11º ao 42º dia), e remoto (a partir do 43º dia)” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p. 175).

²⁴ Segundo Goode e Hatt (1972), a realização do pré-teste é um importante termômetro para a previsão de problemas de um questionário, evitando que ajam gastos desnecessários de tempo, energia e credibilidade da pesquisa. Os autores lembram que não importa quão lógica e consistente seja a teoria que envolve a criação de um questionário, nada é capaz de substituir a averiguação empírica que apontará como o instrumento de coleta de dados escolhido se comporta em uma situação real com os entrevistados.

dos dados quando parece não surgir nenhuma nova informação, ou seja, tudo que aparece após a saturação não acrescenta muita coisa além do que já foi evidenciado até aquele momento, não surgindo então novas categorias nem propriedades.

Para os autores a constatação de que ocorreu a saturação ocorre quando há uma integração entre os dados e a teoria resultando em uma densidade discursiva, para tanto é necessário à avaliação contínua dos dados desde o início da coleta. Preocupados com a qualidade destes dados em 2011 Fontanella et al, trataram de definir parâmetros para o fechamento por exaustão por meio de técnicas para tratamento dos dados que consistem em oito passos procedimentais²⁵ para a constatação de saturação.

Dessa maneira, foi possível constatar a saturação das entrevistas após a sétima entrevista, sendo oito no total. A partir da quinta somente um enunciado foi acrescentado, passando as seguintes a repetir os enunciados anteriores ficando em evidencia a saturação dos dados.

Os enunciados surgiram livremente nos relatos obtidos por meio das entrevistas. Nas transcrições é que foi possível dividi-los e pontuá-los, sendo os seguintes: relação com a mãe/exemplo maternal (repetiu em todas as entrevistas); percepção sobre as atribuições/papéis²⁶ de homens e mulheres (repetiu em todas as entrevistas); dor na amamentação (repetiu em cinco); amamentação como vínculo (repetiu em duas); beleza do aleitamento (repetiu em quatro); amamentação como dever (repetiu em cinco) e mulher igual à mãe (repetiu em três).

Cabe a ressalva de que o que as entrevistadas chamaram de tarefa de homens e mulheres, foram transversais em todos os discursos, sempre relacionados à forma como as mães acreditavam que deviam se comportar no puerpério, os discursos apareciam sempre marcados pela história de submissão e relações rígidas de papéis familiares pautados no exemplo da matriarca, lembrando sempre de como a mãe foi “guerreira” por ter conseguido parir e amamentar vários filhos, envolvidas ainda por um forte sentimento de dever e missão enquanto mãe/mulher. Sempre que questionadas sobre como viam a mulher que escolhe por não amamentar reagiam de forma negativa e por vezes até pejorativa.

²⁵ Quadro dos passos procedimentais disponível em FONTANELLA et al (2011, p. 391).

²⁶ Papéis é um termo atribuído pela pesquisadora e percebido através da metodologia utilizada (história oral), no entanto as entrevistas não utilizaram tal termo, sempre que se referiam aos papéis de gênero falavam em atribuições e tarefas destinadas a mulheres e homens.

O surgimento de cada enunciado citado acima foi responsável pela construção dos capítulos deste trabalho, como é o caso da relação entre dor e dever que apareceu no enunciado denominado “dor na amamentação” sendo extensamente discutido no capítulo IV, juntamente com a discussão a respeito da amamentação como vínculo que foi discutida também nesse capítulo através da teoria psicológica sobre o vínculo entre mãe e bebê. Dessa maneira, todos os enunciados aparecem nas discussões durante o trabalho, alguns renderam discussões pontuais como os já citados, outros foram discussões transversais como, por exemplo, o comportamento transgeracionalmente passado de mãe/tia/avó do que se é esperado do puerpério que foi também muito discutido, especialmente, no capítulo I, uma vez que o mesmo surgiu em todas as entrevistas realizadas mostrando a pesquisadora à importância do exemplo materno para as mulheres entrevistadas.

Em relação aos caminhos desta pesquisa, aponta-se o extenso e exaustivo esquema de procedimentos²⁷ pelos quais a pesquisa submeteu-se, o pré-teste sendo um deles, possibilitou

²⁷ A pesquisa seguiu o curso proposto pela Portaria nº 762, de 01 de novembro de 2011, que define acerca dos procedimentos para encaminhamento e aprovação da pesquisa para coleta de dados por meio da Secretaria da Saúde e Diretoria de Gestão em Saúde do Município de Palmas. Dessa maneira a mesma foi inicialmente entregue na Diretoria de Gestão de Educação em Saúde - DGES que avaliou a possibilidade de receber o pesquisador no ambiente hospitalar para coleta de dados, esta etapa foi a mais breve de todas, demorou pouco mais de 2 (duas) semanas devido a entrega dos procedimentos exigidos, os quais envolveu assinaturas de gestores e responsáveis pela pesquisa (orientadora e UFT). Aprovado essa etapa a pesquisa seguiu para o Núcleo de Educação Permanente - NEP que exigiu o parecer da DGES e um cronograma das entrevistas a serem realizados no hospital, com data, horário e local da pesquisa, este seria avaliado pela coordenadora do NEP e pelo coordenador do ALCON (setor responsável pela internação de puérperas). A elaboração deste cronograma também veio a se tornar problemático, pois constatada a dificuldade de marcar horário com a mãe, estando em muitos casos cansada e indisposta para a entrevista, fui obrigada, por diversas vezes, a refazer o cronograma e reenviá-lo ao NEP, pegar assinatura da coordenadora e entregar novamente à portaria. Ao final deste procedimento estava finalizado os termos de entrada no hospital ficando em pendência somente a autorização do Comitê de Ética e Pesquisa – CEP para o início da pesquisa de campo. Cabe ressaltar que o CEP é sujeito a Resolução nº 466/12 que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. A Resolução citada determina que toda pesquisa submetida ao CEP/CONEP a partir de 2012 deverão ser por meio da Plataforma Brasil. A submissão à Plataforma Brasil no CEP da UFT foi realizada em 02 de dezembro de 2013 e após um mês de espera fui informada que a UFT não tinha conhecimento da pesquisa, somente depois foi possível compreender que a instituição de ensino não tinha conhecimento da submissão, pois a mesma não fazia uso da Plataforma Brasil. Dessa maneira, em janeiro de 2014 foi feita uma denúncia ao Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP que, após um mês suspendeu o CEP da UFT, nos orientando a procurar outro CEP regional para submissão. No entanto, devido à suspensão do CEP da UFT o único CEP da região disponível seria o da Universidade Luterana de Palmas – CEULP/ULBRA, tal demanda sobrecarregou a instituição que demorou mais do que o previsto para a entrega do parecer no sistema e, mesmo após a entrega tivemos mais algumas semanas de correção solicitada pelo CEP que resultou em quase 3 meses de espera pela autorização da pesquisa pela Plataforma Brasil. Assim sendo, somente em abril de 2014 com a aprovação em mãos é que foi possível retornar à maternidade e solicitar o início da pesquisa de campo. Como parte do requisito para aprovação da pesquisa foi necessário ainda assinar termo de responsabilidade de devolutiva de resultados, conforme orientação da Diretoria de Educação em Saúde – DGES, dessa maneira ao final da pesquisa, intenta-se, realizar palestra em parceria com o Núcleo de Educação Permanente - NEP, do Hospital Dona Regina de Palmas-TO, a fim de

a compreensão de como e de que forma as entrevistas poderiam ser feitas. Dessa maneira observou-se que no momento do estágio do puerpério imediato as mães ainda encontravam-se internadas na maternidade, sendo este o local onde as entrevistas se realizariam. Sabe-se que a maioria destas mães, ou se encontram em enfermarias, ou no banco de leite, dessa maneira, para que fossem possíveis as entrevistas de forma individualizada e sigilosa, conversou-se²⁸ com a equipe de psicologia da maternidade que verificou a possibilidade de realizá-las em uma sala que se encontra perto do banco de leite.

Assim, as mesmas foram planejadas inicialmente para ocorrerem em ambiente privativo próximo ao banco de leite, possibilitando a não retirada da mãe do espaço de aleitamento e ainda propiciando um espaço reservado no qual pudéssemos conversar livremente, a fim de que as puérperas se sentissem confortáveis para falar de sua história pessoal, valores e sentimentos na maternidade. Pensando na privacidade destas mulheres os nomes foram ocultados nas transcrições, e durante o trabalho procurou-se apontá-las por números romanos.

No entanto, ao chegar ao hospital, deparamos com a precária infra-estrutura da instituição que não possui espaço físico disponível para a realização das entrevistas, e mesmo a equipe de psicólogos da maternidade não possui um espaço adequado²⁹ para uma escuta e/ou acolhimento psicológico destas mães. O cronograma produzido inicialmente tentou considerar o descanso da puérpera e sua comodidade, no entanto esse horário colidia com a hora da visita tornando inviável a realização das entrevistas. Assim tivemos que repensar a

discutir com a equipe que atua com as puerpéras, a saber: Enfermeiras (os), Técnicas (os), Pediatras e Psicólogas (os), acerca dos resultados encontrados por meio desta pesquisa, considerando a partir disto a importância do diálogo entre pesquisadores e profissionais técnicos sujeitos da pesquisa. Tal preposição foi pensada pela gestão após inúmeras pesquisas realizadas e catalogadas no órgão que nunca tiveram qualquer devolutiva com o campo, impossibilitando assim possíveis mudanças oriundas dos dados colhidos e investigados e com isto criando uma barreira futura para novas pesquisas. A presente pesquisa é um requisito para a conclusão do Programa de Mestrado em Desenvolvimento Regional e, portanto, possui prazo de entrega, sendo fixado o limite no mês de agosto do ano de 2014. Dessa maneira, a exposição dos resultados ocorrerá após este período.

²⁸ Essa conversa foi realizada anteriormente às entrevistas juntamente com a coordenadora da equipe de psicologia do Hospital Materno Dona Regina, a mesma relatou que o hospital conta, atualmente, com 15 profissionais de psicologia que trabalham sobre regime de plantão, destes, apenas 9 possuem vínculo estatutário sendo todo restante com vínculo contratual. De acordo com suas atribuições possuem a tarefa de atuar segundo a lógica de que a doença, ou a dor, não podem ser encaradas apenas como um processo físico, mas, principalmente, como um resultante da psicossomática (Giannotti, 1995).

²⁹ Entende-se por espaço adequado uma sala onde seja possível realizar atendimento individualizado e sigiloso, condições essenciais ao bom trabalho da escuta psicológica.

logística destas entrevistas tendo em vista a necessidade individualizada de cada mãe que se pretendia entrevistar.

Tal situação forçou-nos a mudar os horários que, inicialmente eram nos finais de tarde, para horários agendados com as mães que consentiam em participar da pesquisa. O local das entrevistas teve de ser, em sua maioria, o quarto da enfermaria, em alguns casos quando a mãe encontrava-se disposta a caminhar, fazíamos a entrevista em algum corredor de pouco movimento.

Deve se ter em vista a relevância do espaço para a produção dos discursos produzidos, primeiro o fato de ser um evento atípico na vida de uma mulher onde a mesma está num lugar também atípico que obviamente possui uma influencia sobre seu comportamento, além da presença de outras mães no quarto que interfere positivamente ou negativamente na fala da entrevistada.

Houve casos, por exemplo, de outras mães que, estando no mesmo quarto da puérpera entrevistada e ouvindo sobre a temática, ficavam mobilizadas interferindo na entrevista sem convite prévio e participavam da conversa, assim como o caso de pais que estando por perto, vez ou outra, questionavam as falas das esposas. Tais situações ganharam importância na análise dos dados, sendo adicionadas aos enunciados e discutidas nos resultados.

Ocorreram ainda algumas interrupções por parte da equipe hospitalar a qual possui turnos intercalados de visita as puérperas, interrompendo em alguns momentos as entrevistas para a realização de exames e manutenção da medicação, obrigando que a pesquisadora remarcasse diversas vezes as entrevistas. Tudo isso rendeu tempo e muitas idas e vindas chegando ao final de uma ou duas semanas com apenas um entrevista completa, prolongando por demais o tempo previsto para esta etapa da pesquisa.

Com o intuito de manter a privacidade e o sigilo das entrevistadas, os nomes das mesmas foram ocultados utilizando somente uma marcação numérica de cada entrevista realizada seguindo a ordem em que foram feitas. A citação das entrevistas foi padronizada, sempre que citada pela primeira vez criou-se uma nota de rodapé informando ao leitor o dia e o local da entrevista.

A possibilidade de entrar em contato com estas vivencias inseriu a pesquisadora nos afetos e nos sentidos produzidos ali, naquele, que é um momento tão particular de cada mulher. Estas narrativas possuem, portanto, uma marca de subjetividade, por se tratarem do discurso de mulheres silenciadas na sua dor, levadas a pensar que não possuem o direito legítimo de manifestar seu sofrimento.

CAPÍTULO I

A HISTORICIDADE DO AFETO MATERNO E DA AMAMENTAÇÃO E SUA ATUAL CONFIGURAÇÃO NAS QUESTÕES DE GÊNERO

A exaltação do que chamamos de “instinto materno” é muito recente na história da civilização ocidental, tendo início no ano de 1762, após a publicação de “Emílio” que foi uma crítica realizada por Rousseau à forma como as mães lidavam com a maternidade (BADINTER, 1985). Nesta publicação Rousseau recomendava, veementemente, que mães passassem a amamentar e criar seus filhos. Num primeiro momento, é confuso entender o porquê o autor parecia tão enfático ao acusar mães de fugirem a sua suposta responsabilidade, no entanto, como veremos mais adiante, a maternidade como conhecemos é uma construção ainda muito recentemente na história da civilização moderna (FORNA, 1999).

Para Badinter (1985) a publicação do artigo de Rousseau intitulado “Emílio” foi o marco que deu início a futura obrigatoriedade que viria a ser o amor materno, em que a mulher não teria alternativa a não ser a vocação natural, instintiva e obrigatória de ser mãe, estabelecendo-se então, a forte ligação entre maternidade e moralidade (SERRURIER, 1993). Foi possível perceber essa condição na relação que as mães entrevistadas estabeleceram com os recém-nascidos, instaurando uma relação de obrigatoriedade e culpa, como é o caso da Entrevistada IV³⁰ que, estando impossibilitada de dar o peito (bico invertido³¹), ficou extremamente frustrada, incorrendo no choro sempre que se tocava no assunto. Quando questionada sobre a forma com que se sentia com a impossibilidade de dar o peito, a entrevistada mostrava-se muito confusa sobre o que deveria responder, finalizando com uma fala envolvida por culpa.

No entanto, essa relação de excessiva culpa pela obrigatoriedade do cuidado com os menores é muito recente. Segundo Philippe Airès (1975) na sociedade medieval não havia a infância nos termos que a modernidade impõe, a criança era desconsiderada em sua singularidade de todas as formas, o contato com os pais era insignificante e não se observava laços afetivos entre eles (BADINTER, 1981).

³⁰ Entrevista realizada no dia 04 de junho, no Hospital Materno Dona Regina na enfermaria.

³¹ Também chamado de seio umbilicado, ocorre quando o bico do peito fica abaixo da linha da pele. O problema chega a atingir cerca de 3 a 5% da população feminina. O tratamento inclui técnicas de manipulação dos mamilos através de conchas, corretores de mamilos e bicos de silicone em casos mais graves a cirurgia pode ser indicada, no entanto em todos os casos o processo é muito trabalhoso e demorado exigindo da mãe uma extrema disposição e dedicação (Disponível em: <http://revistacrescer.globo.com/Gravidez/Vida-de-gravida/noticia/2013/08/qual-e-o-tipo-do-seu-mamilo.html>).

Barbosa (2007) lembra ainda que na família medieval predominava o papel do pai, tido como o proprietário, ficando a mãe no papel de administradora e o filho primogênito, na ausência do pai, assumia a família e também a propriedade. Era um momento em que muitas crianças morriam, tornando os mais novos adultos desde cedo.

Para Airès (1975) foi somente no final do século XVIII que houve um estreitamento de laços afetivos dando início a uma nova família. O pai deixa de ser apenas o proprietário e passa a desempenhar o papel protetivo da família e a mãe deixa o papel de administradora do lar e das tarefas domésticas passando a ser também, aquela que amamenta/cuida. A afetividade torna-se então, a marca da família moderna (MENEZES, 2007). Para Barbosa (2007) é também uma passagem da sociedade feudal para burguesa, conforme esclarece:

[...] o sentimento de infância moderna é uma representação da transformação de uma sociedade que passa de feudal para burguesa e essa mudança leva também a mudança dos sentimentos familiares com relação à infância, *estas mudanças não se dão de forma natural mais é um processo construído a partir da mudança da forma de pensar a economia as riquezas e a educação*, também com a maneira de se relacionar com estes (BARBOSA, 2007, p. 18, *grifo nosso*).

Sobre isso Badinter (1981) discute a representação social do que consideramos como sinônimo de boa mãe, defendendo que a maternidade não é um conceito pronto, biológico ou inatista, ao contrário do que se pensa, foi sendo construído lentamente. Nos séculos XVI e XVII, por exemplo, os índices de natalidade eram muito altos devido ao fato de não haver na sociedade nem nas mães, interesse pelo recém-nascido, sendo comum o seu falecimento.

Airès (1975) lembra ainda que no séc. XVI era comum o costume de confiar o recém-nascido a uma ama de leite que o levava para longe da casa da família de origem, e lá permanecia durante os primeiros anos de vida. Segundo Maldonado (1997), socialmente, a ama acabava por assumir o papel de mãe substituta e por conta disso, era grande o número de crianças que morriam antes de completarem quatro anos de idade, principalmente bebês aleitados por amas. Nesta sociedade, por muitos séculos, a morte de crianças era assunto que pouco mobilizava a sociedade, causando segundo historiadores, pouco sofrimento para as famílias (AIREÈS, 1975).

Há ainda aqueles que apontam um outro olhar para essa questão, acreditando que, talvez, essa indiferença apontada por Airès (1975) pode ser também explicada como uma forma de defesa para não se envolver, já que eram grandes as chances de se perder um filho, conforme assinala Forna (1999):

O leite das aristocratas era considerado fraco e carente de nutrientes em comparação com a dieta saudável oferecida pelas mulheres dos fazendeiros [...] e a cidade era considerada [...] um ambiente carregado de doenças para os bebês. As mulheres acreditavam que mandavam os filhos para longe para o próprio bem deles (p. 40).

No entanto, Badinter (1985) apóia-se em números estarrecedores sobre o comportamento social da história da família para afirmar que, no que se refere ao comportamento social da mulher, nunca houve uma “vocação natural” para a maternidade. Conforme o exemplo abaixo, a autora mostra a total indiferença da sociedade com os recém-nascidos:

[...] Uma intermediária leva seis bebês numa viatura pequena, dorme e não percebe que um bebê cai e morre esmagado por uma roda. Um transportador encarregado de sete lactentes perde um deles, sem que se possa saber o que foi feito do bebê. Uma velha encarregada de três recém-nascidos afirma não saber a quem os destina. [...] Gilibert, reconhecerá em 1770 que a razão de tantos erros, frequentemente mortais, é a pobreza indescritível dessas amas: “mulheres atoleimadas pela miséria, vivendo em pardieiros... que são obrigadas a trabalhar na lavoura com o suor de seu rosto, passando a maior parte do dia longe de casa. Durante esse tempo, a criança fica totalmente abandonada a si mesma, afogada em seus excrementos, estrangulada como um criminoso, devorada pelos mosquitos... O leite que mama é um leite aquecido por um exercício violento, um leite ácido, seroso, amarelado. Assim os acidentes mais terríveis as põem a um passo do túmulo. Essas pobres amas são por vezes doentes: enfraquecidas porque mal nutridas, sofrendo da sífilis contraída nas cidades, por vezes sarnentas ou portadoras de escrófulas e de escorbuto. Suas enfermidades alteram o leite e contaminam o bebê. E como censurá-las, em meio a essa indiferença geral?” (BADINTER, 1985, p. 86).

A autora lembra ainda que muito recentemente na sociedade pós-industrial, para não citar os séculos anteriores, as mulheres possuíam extensas jornadas de trabalho, tornando impossível para as operárias a tarefa da maternidade, e mesmo as mulheres da alta burguesia não viam a ocupação como prestigiosa, ao contrário, tinham assuntos mais importantes para se ocupar, como o artesanato, a contemplação e suas leituras.

Veblen (1987) lembra que mesmo quando o ócio caiu em desuso após o surgimento da classe média, a mulher ainda sustentou por um longo período a aparência do ócio, sendo a consumidora por excelência dos bens produzidos pelo seu senhor, mantendo o status através de tempo gasto com atividades não produtivas, as quais o autor denominaria de ócio

honorífico³². Dessa maneira, a classe ociosa era quem ditava os padrões das demais classes, obrigando o chefe de família da baixa classe média a trabalhar excessivamente a fim de garantir o ócio e o consumo da esposa e dos filhos em nome da boa reputação.

Segundo tais autores é possível pensar que à concepção do dito “instinto materno” nasce inicialmente da necessidade de assegurar sobrevivência dos descendentes além da preocupação de que a mão-de-obra se tornasse escassa tendo em vista os índices decrescentes de natalidade. Assim, somos levados a crer que o tão falado “instinto materno” é na verdade uma construção cultural criada para sanar uma necessidade social, e que ao longo da história foi sendo reforçado por instituições até que viesse a se tornar um hábito, conforme esclarece Veblen (1987):

No homem o hábito toma um caráter acumulativo, essas aptidões habituais da raça são transmitidas de uma geração para a próxima, pela tradição, treinamento, educação, ou qualquer termo geral que pode melhor designar a disciplina de habituação pela qual o jovem adquire o que o velho tem para ensinar. (...) Cumulativamente, portanto, o hábito cria usos, costumes, convenções, preconceções, compõe princípios de conduta que fluem somente de modo indireto para a predisposição nativa da raça (p. 38-9).

Mas qual é de fato a base desta transformação? Pode-se dizer, em parte, que ela se relaciona sim com a preservação e conservação da força de trabalho, pois no que se refere a efeitos político-econômicos a acumulação de homens tornou-se rentável ao Estado, mas o problema é bem mais amplo. Schwartzman (1982) cita ainda outro fator relevante que contribuiu para a propagação dessa idéia. O autor lembra que após a Segunda Guerra Mundial, o capitalismo já era adotado pela maioria dos países ocidentais, no Brasil se instituiu como poder hegemônico após o desenvolvimento industrial trazendo consigo as bases da concepção conservadora do casamento, que tinha na família a base necessária para a consolidação desse sistema, não só em termos morais mais também demográficos.

A esse respeito, Foucault (1982) faz referência à existência de políticas pública anteriores ao século XVIII que visavam à regulamentação populacional, através de leis estimulando o casamento e isenção de imposto para famílias numerosas. No entanto, com a emergência do Estado de bem-estar social já no final do século XIX, cresce o interesse nos estudos sobre crescimento populacional relacionado a riquezas, que procurava caracterizar a população estabelecendo o controle sobre os membros, conforme verificado abaixo:

³² O termo ócio para Veblen tinha uma conotação de tempo gasto em atividades não-produtivas como, por exemplo, talentos, habilidade e conhecimentos que não tinham nenhuma utilidade prática, pois quanto menos utilidade e mais inacessível era a atividade, maior seu caráter honorífico, por mostrar seu total distanciamento das classes inferiores (VEBLEN, 1987).

O grande crescimento demográfico do século XVIII na Europa Ocidental, a necessidade de coordenação e de integração ao aparato de produção e a urgência de controlá-lo, com mecanismos de poder mais sofisticados e adequados, possibilitaram a emergência da ‘população’ (com suas variedades numéricas de espaço e cronologia, longevidade e saúde), que ela emergisse não só como problema, mas como um objeto de observação, análise, intervenção, modificação etc. Um projeto de tecnologia da população começa a ser desenhado: estimativas demográficas, o cálculo de pirâmides etárias, diferentes expectativas de vida e níveis de mortalidade, estudos das recíprocas relações entre crescimento da população e crescimento da riqueza, medidas de incentivo ao casamento e procriação, desenvolvimento de formas de educação e treinamento profissional. (FOUCAULT, 1980a, p.171)

Assim, segundo assinalado acima por Foucault, à natalidade é um importante fator na constituição desse sistema que necessitava do aumento da população para o enriquecimento da nação, uma vez que a pouca mão-de-obra resulta em uma menor produção.

Outro importante fator foi à Igreja que se apropriou historicamente do discurso higienista³³ vigente a partir do final do século XVII para instituir a família como chave mestra responsável pelo desenvolvimento humano. E foi nesse momento, segundo Magalhães (2012), mais particularmente no final do século XVIII, que a valorização da maternidade se torna a forma mais segura e barata de garantir o aumento da população, como também à proibição do aborto e do trabalho fora do lar foram igualmente importantes para assegurar que a mulher se dedicasse agora ao papel integral de mãe/cuidadora. Perguntado as entrevistadas sobre como viam o desempenho do papel da mulher na maternidade e se percebiam diferenças na forma como a maternidade interfere nas atividades de homens e mulheres, as mesmas responderam:

*Entrevistada I – “Cuidar da casa, cuidar do marido e do filho. A responsabilidade é muito grande.”*³⁴

[...]

*Entrevistada II – “O cuidado com os filhos acaba sendo mais obrigação da mãe do que do próprio pai. Obrigação com as coisas de casa também, assim, arrumar casa, lavar roupa, essas coisas também acaba sendo atividade para as mães.”*³⁵

³³ O pensamento higiênico compreendia que a desorganização social, os desvios de comportamento, eram causadas por doenças, justificando com isso, um jeito clínico de olhar toda forma de desvio, caracterizando-o de anormal, tal “ciência” se tornou parâmetro para pensar qualquer política social e urbana, portanto, ao se construir uma cidade, por exemplo, cabia a medicina refletir sobre seu planejamento, inaugurando o espaço privilegiado da hegemonia clínica (MANSANERA & SILVA, 2000).

³⁴ Entrevista realizada dia 30 de abril na enfermaria do Hospital Materno Dona Regina.

³⁵ Entrevista realizada no dia 05 de maio na enfermaria do Hospital Materno Dona Regina.

[...]

*Entrevistada III – “Eu parei, por que minha mãe falou assim que minha escola é muito longe pra eu ir... Por causa da minha barriga grande, né? Daí o cansaço... fico cansada, e o médico falou que não era pra ir pra escola, aí eu parei de estudar.”*³⁶

[...]

*Entrevistada IV – “Ser mulher, assim... é muito problema! Cansa muito em casa, a mulher tem que, sei lá... a mulher trabalha mais em casa do que o homem, não é bem assim como um trabalho mas é em casa...”*³⁷

Foi possível perceber em todas as entrevistas discursos estereotipados do que se acredita por papel de um homem ou de uma mulher no cuidado com os filhos e com a casa. Ficando claro a noção de que é papel da mulher o zelo e a manutenção da casa, de que as tarefas domésticas não são um trabalho efetivamente e que o abandono das atividades antes importantes (escola, emprego) são justificadas para as mulheres mas não para os homens.

Essa postura pode ser atribuída à herança de uma construção de papéis que foram instituídos historicamente, conforme observado na quantidade de publicações médicas que surgiram após 1760 que “orientavam” as mães que cuidassem e amamentassem seus filhos, ficando imposta a mulher à obrigação da maternidade, consolidando “o mito que continuará bem vivo duzentos anos mais tarde: o do instinto materno, ou do amor espontâneo de toda mãe pelo filho” (BANDINTER, 1980, apud MAGALHÃES, 2012, p. 27).

O século XVIII presenciou um crescente e significativo aumento de mortalidade infantil, em dado momento, estas perdas começaram a se tornar expressivas ao Estado que procurou meios de intervir. Assim, no fim do século XVIII o imperativo era pautado na sobrevivência das crianças, sendo necessário ao Estado “lançar mão” de argumentos diversos para convocar a mãe a sua atividade “instintiva”, apelando ao seu senso de dever e culpa a fim de reconduzi-la ao seu estado “natural e espontâneo” de nutrícia e “maternante” (BADINTER, 1985).

Como observado, o momento mais crítico eram os primeiros meses de vida, pois, nas revisões e relatos históricos obtidos por Badinter (1985), uma entre quatro crianças não sobrevivia ao primeiro ano de vida. Assim a primeira etapa de vida ganha relevância para o Estado que demonstraria nos próximos anos um forte interesse na amamentação (BANDINTER, 1985).

³⁶ Entrevista realizada no dia 20 de maio no corredor das enfermarias do Hospital Materno Dona Regina.

³⁷ Entrevista citada.

Tal interesse seria por muitas décadas objeto de intervenção de diversas entidades interessadas na permanência da mulher no seu papel doméstico as quais utilizariam de uma variedade de estratégias para redirecioná-la, sempre que possível, a maternidade. Esse comportamento viria ao longo dos anos a tornar-se um hábito amplamente aceito como verdade e divulgado como ideal por meio de educação transgeracionais, ao ponto de não serem mais questionados tampouco impraticados.

Embora Veblen (1987) tenha ficado conhecido pelo grande público devido sucesso que teve com a publicação do Livro: “A Teoria da Classe Ociosa” e sua sátira ao comportamento exagerado da elite capitalista, é sabido que o autor foi igualmente importante por desenvolver uma consistente teoria sobre o comportamento humano.

Interessa-nos, aqui, trazer as definições dadas pelo autor dos processos cognitivos em que os comportamentos estão sujeitos, a saber: os instintos e os hábitos de pensamento, e cabe ressaltar as instituições como forte proponente neste processo. Para o autor, os temas citados possuem estreita relação com a história da análise social, o qual denominou de institucionalismo vebleniano (SILVA, 2010).

A compreensão que o autor traz no que se refere aos instintos e aos hábitos correlaciona-se com a discussão da existência do instinto materno como um hábito construído historicamente. Mas fica evidente que o instinto para Veblen (1987) não se constituiu apenas como força inconsciente e intuitiva, apesar de atribuir aos instintos traços hereditários, o mesmo não é reduzida ao biológico, compreende, sobretudo, os aspectos sócio-históricos.

Para o autor é impossível que se possa falar de sociedade e ação social sem levar em conta a história, haja vista a necessidade de correlacionar simbolismos, padrões de cultura, valores e regras que juntos se constituem nos hábitos de pensamento, transmitidos pela experiência das gerações passadas (VEBLEN, 1987). O instinto vebleniano resulta das instituições sociais, que regulam as ações sociais motivadas em certa medida por essas forças instintivas (SILVA, 2010).

É importante ponderar o contexto no qual Veblen viveu e escreveu, no qual predominava o impacto das idéias Darwinistas que influenciaram os acadêmicos do fim do séc. XIX ao início do séc. XX, onde também Veblen não saiu ileso, contudo, o autor considerava que muito dos argumentos oriundos da biologia resultava em avaliações incômodas sobre os comportamentos humanos, assim o teórico buscou novas concepções sobre a força que o instinto ocupava nas teorias evolucionistas (SILVA, 2010).

Para o autor, a “natureza” humana é “conduzida por uma série de disposições instintivas nas quais o homem molda a sua ação nos grupos, no entanto essas disposições

envolvem uma consciência e uma adaptação a um fim desejado, ou seja, nós não somos dominadas indiscriminadamente por uma necessidade incontrollável de fazer algo como se acredita que é o comportamento instintivo (SILVA 2010).

Compreende-se então, que toda ação dita instintiva estará sempre subordinada aos limites do organismo e este organismo estará sujeito a dinâmica dos sistemas sociais, mas para isso é preciso entender o que Veblen pensava por ação social:

O pensamento vebleniano, ao pautar a ação social pela consciência e pelos fins visados, colocava-se em franca oposição ao modelo de ação compreendido somente nos limites da biologia ou dos fatores materiais a ela ligados. Por consequência, o autor em nada se associou aos seus contemporâneos que, sob o impacto de Herbert Spencer e das ideias darwinistas, compuseram doutrinas pautadas pela lógica da preservação do mais apto como princípio instintivo, sob o qual as ações humanas estavam inevitavelmente restritas. De todo modo, fica evidente que o instinto, conforme apontamento de Veblen, não se coaduna com imperativos puramente intuitivos e inconscientes. A ação dos seres humanos, como seres gregários dotados de senso de comunidade, é produto de um complexo variado de fatores tão mais difíceis de discernir quanto maiores são as variantes que se impõem aos homens (SILVA, 2010, p. 292).

O que se compreende a partir disso é que a opção do teórico se apóia na razão, mas permite incorporar os aspectos inconscientes da interação social, o que torna ainda mais intrigante o ponto de vista do mesmo que ao fugir da explicação predominante e tradicional de seu tempo que se fadava aos aspectos biológicos do comportamento foi além ao mobilizar, ao mesmo tempo, a racionalidade e a capacidade de escolha dos sujeitos. Dessa maneira, ao afirmar que ações “instintivas” são herdadas socialmente, a teoria vebleniana aponta a impossibilidade de uma sociedade ou ação social desagregada da história, pois é a partir dela que fatores imateriais como os símbolos, os padrões de conduta e os valores agregam aos comportamentos transformando-se em hábitos (SILVA, 2010).

A partir disso é possível pensar na amamentação como um comportamento transgeracional que veio a se tornar um hábito muito arraigado, pois parte de uma motivação biológica para uma prática socialmente reforçada, dessa maneira, pensar em instinto maternal é tão questionável quanto pensar numa teoria evolucionista para o comportamento por considerar que a existência de forças instintivas ou inconscientes, como coloca o autor, nunca dissipará a racionalidade tampouco as contingências sociais.

Veblen (1987) fala a respeito de um suposto instinto paternal que está ligado a necessidade primeira do homem de autopreservação, voltando-se então, a proteção dos filhos e descendentes. No entanto, conforme verificado em Badinter (1981-1985) e Airès (1981) foi

Rousseau (1992), através de sua publicação intitulada *Émile*, que introduziu a idéia de amor fraternal, fundada no amor maternal, transferindo à mulher a responsabilidade absoluta do cuidado com a criança. Conforme observado abaixo, anterior a isso, o sentimento de infância não existia, pois,

Na sociedade medieval, que tomamos como ponto de partida, o sentimento de infância não existia – o que não quer dizer que as crianças não fossem negligenciadas, abandonadas ou desprezadas. O sentimento da infância não significa o mesmo que afeição pelas crianças: corresponde à consciência da particularidade infantil, essa particularidade que distingue essencialmente a criança do adulto, mesmo jovem. Essa consciência não existia. Por essa razão, assim que a criança tinha condições de viver sem a solicitude constante de sua mãe ou de sua ama, ela ingressava na sociedade dos adultos e não se distinguia mais destes (AIREÈS, 1981, p. 156).

Nesse sentido, pode-se pensar em “instinto” considerando que o mesmo foi admitido pela convenção social a partir do século XIX e XX tornando-se, posteriormente, num princípio de conduta. Conforme Veblen (1987) aponta, “os modos costumeiros de fazer e pensar não somente tornam-se uma matéria habitual, fácil e óbvia, mas chegam igualmente a ser sancionados pela convenção social, e então se tornam corretos e apropriados, originando princípios de conduta” (p. 7).

Assim, como consequência do conceito de instinto, o autor dá origem à explicação dos hábitos, que é a ponte entre a disposição instintiva e o instituído. Portanto, é por meio dos hábitos que determinadas práticas institucionalizam-se, exercendo relações de poder e exploração entre os homens (SILVA, 2010).

Entende-se que a obrigatoriedade da prática do aleitamento só é possível de controle a partir do momento em que ocorre uma ruptura do local onde estas mulheres pariam, ou seja, saindo de suas casas e deslocadas para as instituições como, por exemplo, as maternidades, ocorrendo então, o monitoramento das mesmas e a manutenção de determinados hábitos. Anterior a isso, a sociedade e tampouco o Estado podiam dar conta dos desejos e vontades destas mulheres. No momento em que são transferidos para estas instituições seus corpos são agenciados e seus desejos suprimidos, sobressaindo apenas às necessidades do recém-nascido.

A esse respeito Tornquist (2003) lembra que maternidades são instituições nas quais mulheres entram grávidas e saem mães, sendo, portanto, um espaço privilegiado de construção de hábitos que se agregam a identidade feminina, pois ali transitam fortes esquemas de ideal comportamental herança do movimento higienista. Foucault (1985)

denominou esse esquema de mecanismo disciplinar da técnica de poder sobre o corpo individual expresso pelas regras e confinamento presente nas instituições.

Essa forma de poder sobre os indivíduos atingiu seu apogeu no século XX, entrando em declínio a partir disso, resultado de um deslocamento do mecanismo de poder das instituições para os corpos. Após a constatação de que as normas disciplinares haviam sido introjetadas, dá-se origem a mecanismos de controle mais eficazes, que o autor apontaria como a passagem de uma sociedade disciplinar para uma sociedade de controle, a qual se manifesta para além dos muros da instituição, constituindo uma nova forma de subjetividade. Neste contexto pode-se falar da amamentação como mais uma forma de regras e controle exercido pela instituição hospitalar.

Se a amamentação é também um processo social, não pode ser tomado como uma norma rígida, pois do contrário deixaria de ser um incentivo para tornar-se um dever normativo e disciplinador como aponta Foucault (1985) ao lembrar que a instituição hospitalar é o lugar por excelência de produção de discursos sobre os corpos, com seu apressamento pela observação, higienização e esquadrinhamento de mentes e corpos compõe o que o autor chamaria de biopoder³⁸ e/ou biopolítica³⁹.

O hábito de dar o peito pode ser compreendido a partir da lente de Veblen (1987) como uma construção que começa a se estabelecer a partir das crenças, estas se transformam em pensamentos que se manifestam em comportamentos, resultando num senso comum transmitido hereditariamente através de uma escala crescente de valores assumindo a cada nova geração um caráter de referência para os membros de uma sociedade, tornando-se, então, uma verdade incontestável com o passar dos anos. Como observado no drama relatado abaixo por uma jovem mãe que incomodou-se fortemente por não conseguir reproduzir a prática do aleitamento, agarrando-se a experiência da mãe na tentativa de superar o desalento:

Entrevistada II: Minha mãe fala... ela vai vir amanhã... Ela falou que quando chegar aqui vai me ajudar... a neném não pega no meu peito... Ai eu acho ruim... Minha mãe falou que vai me ajudar... E ela sabe né [...] Ela não achou muito bom quando soube que não pegou no peito, por que, ela

³⁸ O biopoder é a técnica de poder pautada no controle das massas por meio da gestão de conhecimentos sobre natalidade, mortalidade e longevidade (FOUCAULT, 1985).

³⁹ Parto da compreensão de Foucault (1975) em “Os Anormais”, no qual acredita que a biopolítica é uma forma de governo que regula a população por meio de políticas que tratam dos aspectos da vida humana, principalmente por meio do corpo. Nasce na história do liberalismo econômico instaurando o biológico como instrumento de poder a serviço do Estado.

*gosta de ver uma neta mamando no peito da filha... É muito bonito... Mas não tô conseguindo dar o peito.*⁴⁰

Toda a entrevista foi interrompida por choro e repetições, onde ficava claro a projeção da jovem na figura da mãe, além da necessidade latente de corresponder as expectativas dessa figura emblemática que carrega consigo os valores e os comportamentos adequados à mulher que pari. Aqui fica evidente o comportamento transgeracional apontado por Veblen que fora transmitido da mãe para a filha que necessita da constante aprovação desta figura.

A instituição obrigatória da prática de amamentar e conseqüentemente a construção desse hábito, se tornou hoje, com a ajuda dos programas de incentivo e das políticas de governo, um hábito consagrado. Para Veblen (1987) depois que estes hábitos são cristalizados no imaginário simbólico social tornam-se quase inabaláveis, diminuindo as chances de se promover mudanças sociais ou políticas, para o autor,

[...] de modo geral, poder-se-á dizer que os hábitos mais antigos e arraigados que governam a vida do indivíduo – aqueles que afetam a sua existência como um organismo – são os mais persistentes e imperiosos. (...) Em geral, quanto mais antigo o hábito, tanto mais inquebrantável; e quanto mais um determinado hábito coincidir com os costumes, tanto maior a persistência com que se fixará (VEBLEN, 1987, p.108).

Ao se referir aos hábitos cristalizados o autor mostra um pouco de incredulidade na mudança ou questionamento desse hábito, no entanto, sabe-se que são comportamentos tidos como morais ou tradicionais e que vem sendo questionados e transformados ao longo dos anos, conforme observado no discurso da entrevistada IV ao se referir à forma como a mesma lidava com as expectativas acerca do seu comportamento materno:

*[...] eu acho que se você se propôs a ser mãe você tem que desempenhar bem, você tem que se esforçar ao máximo, por que ninguém pediu pra vir no mundo, e desde o início dos primórdios que tudo é a mãe, não vai mudar, é a mãe que cria da casa... de tudo! [...] O homem é a força pra buscar o alimento pra dentro de casa, então... a mulher que tem que segurar as pontas.*⁴¹

Para a entrevistada o papel está dado, não há o que se questionar o que sempre foi não vai deixar de ser, a mulher possui uma atribuição e precisa dar conta disso. Propor mudança nesse modelo instituído por tanto tempo é uma tarefa difícil, mas, apesar do que aponta o

⁴⁰ Entrevista citada.

⁴¹ Entrevista citada.

autor, é sim possível perceber mudanças, como o empenho de movimentos sociais engajados e as crescentes discussões críticas que tem tido como objeto de estudo o tema.

A esse respeito o Movimento Institucionalista⁴² do qual Deleuze & Guatarri pertencem, acredita que é possível a realização de mudanças quando grupos são capazes de rever e produzir formas de organização, como o movimento feminista, por exemplo, do qual Elizabeth Badinter é referência que, acreditando na libertação da mulher não cessou em questionar os processos de dominação no qual estavam sujeitas, produzindo o que os autores denominariam de auto-análise e autogestão (BAREMBLITT, 1996).

Segundo Barembritt (1996) autogestão é a capacidade de o cidadão comum ocupar o lugar de sujeito possibilitando a avaliação das condições que está inserido e a “autoanálise consiste em que as comunidades mesmas, como protagonistas de seus problemas, de suas necessidades, de suas demandas, possam enunciar, compreender, adquirir ou readquirir um vocabulário próprio que lhes permita saber acerca de sua vida” (BAREMBLITT, 1996, p.17).

Para que isso seja possível é necessário que haja nos grupos a capacidade de reflexão, construindo espaços de discussão por meio de assembléias e debates públicos onde estejam presentes também os experts/especialistas a fim de colaborar na desmistificação do saber dominante, como é o caso do saber médico que doutrina a forma como mães têm de se comportarem diante da maternidade.

E é para isso que o movimento feminista vem lutando ao longo da história das mulheres, na tentativa de desconstruir o patriarcado masculino que deteve por muitos séculos o discurso dominante do que é ser mãe e mulher. Para tanto o próximo capítulo tem o objetivo de apontar quais os caminhos possíveis de enfrentamento deste cenário, quem foram os atores fundamentais que provocaram a autoanálise destes conceitos e, principalmente, quem foram às mulheres capazes de confrontar o legítimo discurso dos papéis instituídos, compreendendo, então, a importância do movimento feminista nos dias atuais no que se refere à maternidade.

⁴² A Análise Institucional guattariniana encontra sentido na produção material da existência, nas relações de poder, e nas micropolíticas. O termo “análise institucional” se refere a uma sociologia de intervenção, a qual Lourau apud (SANTOS; SOUZA; SANTOS, 2011) foi figura importante. Para o autor, os indivíduos criam relações de poder a fim de diminuir seu desamparo, ou a falta, que é inerente ao homem. Assim cabem a elas sanarem essa angústia, proveniente da falta, através do apoio que proporcionam os mecanismos de poder. Porém através destas relações de poder as estruturas institucionais podem se colocar a serviço não do desejo mais dos privilégios de alguns, gerando, o que o autor denomina de antiprodução, perdendo, portanto, seu sentido. As instituições hospitalares são espaços que podem facilmente se tornarem espaços de antiprodução, devido não só a sua história de poder disciplinar, mas também ao seu caráter de produção de saber, e tal como aponta Foucault (1982): o saber aqui está intimamente relacionado ao poder, exercendo sobre pacientes e profissionais a dominação por meio do controle de normas e hábitos, podendo facilmente institucionalizar suas práticas, determinando seu modo de agir e pensar, perdendo aos poucos, sua capacidade autocrítica (PEREIRA, 2007).

CAPÍTULO II

O CARÁTER INEXORÁVEL DA NATUREZA DAS COISAS: CONSIDERAÇÕES FEMINISTAS SOBRE O ESSENCIALISMO

Feministas não fazem perguntas diferentes dos outros,
elas fazem as mesmas perguntas de uma forma diferente.
Sandra Bartky (1988)

2.1. E o feminismo com tudo isso?

Segundo Alves e Pitanguy (1985), não há uma maneira exata para definir o significado do feminismo, para as autoras, o termo diz respeito a um processo que é histórico e não possui um ponto de chegada, ou seja, enquanto houver assimetrias de gênero ali ainda se fará necessário o feminismo.

Ao trazer o movimento feminista ao debate deve-se sempre ter em mente que trata-se de feminismos no plural, uma vez que tal movimento social foi marcado por várias frentes e pensadoras, que foram moldando as necessidades das mulheres ao seu tempo e momento histórico. Assim o feminismo pode ser melhor compreendido como o “movimento social cuja finalidade é a equiparação dos sexos relativamente ao exercício dos direitos cívicos e políticos” (OLIVEIRA, 1969, p.424).

Há cerca de quase 100 anos temos visto o movimento feminista levantar bandeiras e se erguer em prol da liberdade da mulher e contra a opressão sexista que dominou a sociedade ao longo da história, no entanto, nestas últimas décadas temos acompanhado profundas mudanças e correntes de pensamento que alteraram a compreensão de corpo, mundo social e emocional das pessoas tal como as teorias psicanalistas e marxistas (BANDEIRA, 2005).

Para Kaplan (1992) o movimento feminista viveu três momentos históricos: o primeiro situando-se no meio do séc. XIX, o segundo no pós 2ª Guerra Mundial e o terceiro é o designado de pós-feminismo o qual vivenciamos atualmente.

O primeiro momento, ou primeira onda, foi marcado pela emancipação da mulher enquanto cidadã de direitos, desencadeado pela revolução industrial estas mulheres reivindicaram seus direitos jurídicos, sendo sua principal bandeira o direito ao voto, as guerras também tiveram seu papel neste contexto, pois ao tirar os homens de suas casas às mulheres se viram obrigadas a desempenhar diversos papéis até então desconhecidos da maior parte delas, constituindo um importante momento de emancipação das mesmas, contudo, este movimento de suposta emancipação não duraria muito tempo. Logo após a guerra, com o

retorno dos homens aos seus lares, retornam também as mulheres aos seus papéis típicos, no entanto, o período em que estas mulheres estiveram nas frentes do trabalho foi suficiente para mostrar a sociedade sua capacidade e ao capitalismo sua força de trabalho (NOGUEIRA, 2001).

O segundo momento da luta feminista se deu entre os anos 60 e meados dos anos 80 num mundo repleto de inovações tecnológicas e científicas além de uma intensa explosão econômica advinda do pós-guerra passando a requerer novamente a mão de obra das mulheres novamente sendo, portanto, chamadas a participar do mercado de trabalho (NOGUEIRA, 2001). Esse segundo deslocamento da mulher de seu papel doméstico provocaria profundas transformações na família nuclear burguesa até então conhecida.

Para muitos, o movimento feminista de segunda onda foi responsável pela tentativa de aniquilar a família por ter trazido à luta a vida privada do casal por meio do slogan: o privado é público! Ao utilizar esta bandeira, o movimento chama a atenção para o caráter político da opressão vivenciada por mulheres em seu mundo privado (SCAVONE, 2001).

O que se observou adiante foi um movimento de mudança na forma como se percebia essa família até então imutável, natural e necessária, que contribuía em última análise a uma desigualdade de poder entre homens e mulheres apontando a elas a sua inteira responsabilidade pelos filhos e pelas tarefas da casa.

Dessa forma, o tema da maternidade esteve muito presente nas discussões das feministas de segunda onda que viam na maternidade uma continuação de estratégias de opressão feminina. Em contrapartida, os anos 60 também foram marcados pelo retorno a um modo de vida mais simples defendido por mulheres e homens do movimento *hippie* que reivindicaram o direito das mulheres vivenciarem a maternagem de forma mais autônoma, podendo decidir sobre o manejo com seus corpos. Pensadoras como Sara Ruddick e Jean Bethke Elshtain, baseadas na pesquisa de Gilligan (1982) apud Reis (2008) defendiam a argumentação do “pensamento maternal” que consistia na valorização da maternidade como portadora de valores que poderiam contrapor-se ao individualismo patriarcal.

Paralelamente a isto, no final da década de 70, começava nos EUA um movimento reacionário dito feminista que transformaria lentamente a forma de pensar a mulher na maternidade. Conhecido como *La Leche League International* o movimento traz a maternidade para o centro das discussões feministas e resgata a noção de natureza materna, tentando com isso desinstitucionalizar o parto e a maternagem (BADINTER, 1985).

Ainda segundo a autora, o discurso do movimento foi amplamente aceito por parecer o certo a se defender naquele momento. E não se pode negar que realmente foi importante para

chamar a atenção do abuso de partos cesáreos, no entanto, a longo prazo, foi se constituindo numa diretriz de comportamento e numa valorização da mulher materna resgatando com isso o cenário de dominação da mulher por meio da maternidade. Tal quadro foi então, denunciado pelas feministas de terceira onda que perceberam no movimento *League* uma tomada de poder da mulher para o Estado colocando-a novamente a mercê do desejo e das políticas patriarcais. Uma vez mais a mulher não teria autonomia sobre seu corpo causando um verdadeiro retrocesso na luta pela liberdade da mulher.

Sobre essa discussão dicotômica entre maternalistas e anti-maternalistas, Scavone (2001) trata do termo *handicap* (defeito natural), utilizado pelas feministas de primeira onda que apontou a maternidade como instrumento primeiro de dominação masculina. Já a “negação do *handicap*”, seria representado pelas maternalistas (feministas de segunda onda) que passariam a ver a maternidade como uma forma de poder no qual os homens as invejariam. Assim, o movimento feminista de terceira onda faz o movimento contrário, resgatando então o discurso de feministas tradicionais (primeira onda).

Ao final dos anos 80 o feminismo começara a ficar meio que “fora de moda”, lentamente os meios de comunicação pareciam querer mostrar que não haviam mais bandeiras a levantar e que éramos um novo mundo, onde homens e mulheres detinham os mesmos direitos e deveres legais, políticos e econômicos (SCAVONE, 2001). O que se observou, no entanto, foi que persistia ainda uma enorme distância entre direito conquistado/formal e direito praticado.

A crise econômica do final dos anos 70 trouxe consigo o desemprego de milhares de mulheres frustrando o sonho que muitas possuíam de desenvolver uma carreira, sendo obrigadas a retornarem à vida doméstica. Este movimento trouxe à tona novamente a idéia de que ser boa mãe poderia compensar a ausência de uma carreira (BADINTER, 2010).

E é neste momento estratégico que o movimento denominado *La Leche League*⁴³ surgiria nos EUA, sendo amplamente aceito por pediatras e comunidade científica e persuadiria até mesmo feministas de inspiração ecológica que surgiram durante o movimento de segunda onda⁴⁴, de que a maternidade, o parto normal e amamentação⁴⁵ são na verdade

⁴³ Fundada por mães tradicionalmente católicas nos EUA, teve o interesse de incentivar o retorno ao que acreditavam ser o comportamento instintivo de toda mulher: parir naturalmente e amamentar sobre livre demanda. Assim resgatariam a prática das doulas e os partos residenciais, encorajando as mulheres a dar à luz sem epidural e ficarem em casa com seus filhos pelo maior tempo possível, pois do contrário afetaria gravemente o vínculo afetivo com a criança. O movimento foi também responsável por promover um retorno ao uso de fraldas laváveis alegando prejuízo ao meio ambiente (BANDITER, 2010).

⁴⁴ Até as novas teorias feministas recolocariam a feminilidade na essência e a maternidade no centro da afirmação da mulher.

comportamentos instintivos da mulher que necessitavam ser resgatados a fim de que possamos, enquanto mulheres, resgatar nossa feminilidade roubada por uma sociedade perversamente patriarcal (BADINTER, 2010).

Tal pensamento foi fortemente abraçado pela Organização Mundial da Saúde - OMS que viu neste movimento, um importante aliado ao convencimento das mulheres sobre seus deveres maternos. A influência deste movimento na criação de políticas materno-infantis foi tão forte que impulsionou a OMS na criação da obrigatoriedade do parto normal, por meio da criação dos Hospitais Amigos da Criança⁴⁶, do parto “humanizado” e de Programas como a Rede Cegonha⁴⁷ que se tornaram fortes dispositivos de convencimento de mães em todo o mundo (BADINTER, 2010).

O resultado desse esforço é facilmente identificado nos discursos produzidos por mães internadas em HAC as quais acreditam que toda mulher está apta a amamentar gerando nas mesmas a sensação de fracasso, passando então a desconfiar da sua capacidade se colocando em situações de sofrimento e dor, insistindo até a exaustão em dar o leite à criança. Como é o caso da Entrevistada II⁴⁸ que relaciona sua feminilidade à sua capacidade materna: “[...] *as pessoas mesmo que falam... Nossa! Olha o bico do teu peito... nossa... seu peito não tem bico... eu me sinto péssima [...] nem me sinto assim... mãe de verdade!*”.

A esse respeito, a Entrevistada V⁴⁹ quando questionada se acredita que a impossibilidade de dar o peito a faz menos mãe respondeu rapidamente que sim e conclui reafirmando a importância de poder dar o peito para sentir-se efetivamente mãe: “[...] *ser mãe está relacionado a conseguir amamentar minha filha!*”.

⁴⁵ É importante apontar, que não se pretende com a crítica ao movimento *La Leche League*, desacreditar a importância do parto normal e da amamentação, o incentivo a tais práticas é legítimo, o que não se pode aceitar é a criação de um sistema que escolha pelas mulheres.

⁴⁶ A IHAC foi criada em 1990 pela OMS e UNICEF, em resposta a Declaração de *Innocenti*, que foi um conjunto de metas criadas com o objetivo de resgatar a prática do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida e a continuidade por dois anos ou mais. No entanto, a implantação da IHAC no Brasil iniciou-se somente em março de 1992 por meio do PNIAM. Como critério de adesão, os hospitais têm que implantar os “Dez Passos Para o Sucesso do Aleitamento Materno” e, no caso do Brasil, também à Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL). Nos últimos quinze anos a iniciativa cresceu e conta atualmente com mais de 20 mil hospitais credenciados em 156 países do mundo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

⁴⁷ Em 2011 foi lançada no Brasil a Rede Cegonha, que sistematiza e institucionaliza um modelo de atenção ao parto e ao nascimento que vem sendo discutido e construído no país desde os anos 90, com base na experiência e protagonismo de profissionais e redes de saúde. A Rede Cegonha lutou para a diminuição de intervenções cirúrgicas por meio do parto Cesário e a instituição do parto normal no SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

⁴⁸ Entrevista realizada no dia 05 de maio no banco de leite do Hospital Materno Dona Regina.

⁴⁹ Entrevista realizada no dia 12 de julho na enfermaria do Hospital Materno Dona Regina.

Ambas vivenciavam sua primeira gestação e possuíam entre 20 e 25 anos, reclamavam de dor por motivos diferentes: uma com o seio invertido, outra com o leite empedrado, todavia insistindo em dar o peito mesmo tendo o seio fissurado e com sangramentos.

Neste contexto, dar o leite torna-se sinônimo de boa mãe, para aquelas que estão impossibilitadas de cumprir essa missão, o leite em pó tornava-se uma alternativa pouco valorativa. Assim, ao final da década de 80 dar leite em pó já havia virado sinônimo de fracasso materno. Esse sentimento foi também reforçado pela herança deixada através do movimento *La Leche League* ou movimento de volta a “natureza”, que baseava-se na crença de vanguarda na qual mulheres precisariam resgatar seu instinto materno (BADINTER, 2010).

Considerando a importância e o impacto deste discurso no retorno da mulher ao lar, o feminismo de terceira onda ou, como colocou Kaplan (1992), o pós-feminismo (início da década de 90), fez uma forte crítica às visões essencialistas deixadas pelo feminismo de segunda onda. Por meio da luta pela livre escolha à maternidade através da pílula e da liberação do aborto estas feministas rompiam com a máxima que defendia a mulher a partir da maternidade (SCAVONE, 2001).

O movimento de terceira onda trouxe ao debate o corpo da mulher a partir de uma leitura pós-estruturalista de gênero enfatizando as relações de poder e, principalmente, as micropolíticas que o regulam, sendo suas principais bandeiras o direito ao aborto e o controle de fertilidade, lembrando que não adiantaria lutar por liberdades formais e cívicas se as mulheres continuassem a ser as únicas responsáveis pelo cuidado prestado às crianças (NOGUEIRA, 2001).

No entanto, a luta destas feministas estaria sendo trespassada por um discurso com ênfase numa suposta natureza feminina que faria com que a luta pelo direito ao corpo fosse enfraquecida dando lugar a uma crescente massa de mulheres que defenderiam a realização da mulher na maternidade. A francesa Elizabeth Badinter (1985 – 2010) remou na contramão dessa maré ao publicar obras como: “Um Amor Conquistado: O Mito do Amor Materno” e “O Conflito: a Mulher e a Mãe” que reabriria as discussões entre as feministas, trazendo à memória as feministas de primeira onda, tal como Simone de Beauvoir⁵⁰, que alertou sobre o perigo de colocar a mulher novamente neste lugar: o da maternidade.

⁵⁰ Ao lançar a máxima: “mulheres não nascem, tornam-se mulheres”, a filósofa existencialista estava se referindo a construção cultural dos corpos.

Assim ao pensarmos no percurso e nas conquistas do movimento feminista, corremos o risco de concluir que as atuais bandeiras não são tão importantes como as bandeiras levantadas a 50 ou 70 anos atrás, mas a sutileza da opressão as tornam ainda mais poderosas, pois falar em feminismo atualmente tornou-se quase como se travar um debate de retorno ao passado, entende-se como algo que foi necessário em determinado momento, mas que já não o é (NOGUEIRA, 2001). O que vemos, por vezes, é ainda uma forte resistência com a palavra, reconhecer-se feminista é um problema na atualidade que desenvolveu resistência ao termo, considerando-o ultrapassado.

Tal resistência ficaria conhecida como *Backlash*⁵¹, movimento reativo que lutou para destruir as conquistas feitas na década de 70, atribuindo as feministas à culpa da infelicidade das mulheres Americanas, povoando preconceitos e mentiras antifeministas em diversas frentes: publicidade, moda, cinema, medicina, psicologia e políticas públicas (FALUDI, 2001).

Já na década de 90 tornar-se feminista estaria associado a ser uma mulher mal amada, desiludida, frígida, com problemas de relacionamento, lésbica e uma péssima mãe. Este movimento causou um profundo retrocesso nas lutas e conquistas das feministas que lutaram contra a manipulação do corpo da mulher, como é o caso do retorno ao discurso naturalizante da maternidade e das características genéticas ao cuidado dos filhos sugerindo que as mulheres possuem virtudes intrínsecas a sua condição biológica que as capacitam ao cuidado, resgatando então o papel exclusivo do cuidado aos filhos.

O feminismo pós-estruturalista estabelece a relação entre corpo, sujeito, conhecimento e poder, no qual a linguagem é o locus central de produção de sentidos, portanto, estudos que partam deste pressuposto consideram o corpo para além de uma entidade meramente biológica, teorizando-o como um constructo sociocultural e linguístico, como produtor e resultante de relações de poder (FOUCAULT, 1999).

Essa relação entre corpo e poder tem sido à marca do movimento feminista de terceira onda. Butler (2003), feminista pós-estruturalista, sinaliza a importância de haver um deslocamento do termo gênero para o termo performance, apontando que não há gênero biológico pré-existente e sim a materialização por meio da linguagem nos levando a compreender que discursos diferentes oferecem acesso a diferentes feminilidades (LAGO, 2010).

⁵¹ O termo foi divulgado após publicação do livro ““Backlash: o contra-ataque na guerra não declarada contra as mulheres” em 1991, nos EUA da jornalista e feminista Susan Faludi (2001).

E foi a terceira geração de feministas que avançou neste discurso, por ser uma fase que teve como suas principais proponentes pesquisadoras acadêmicas. A fase passou então pela discussão da análise de conjunturas femininas para performance de gênero mantendo uma estreita relação entre teoria e política-militância-feminista (NARVAZ; KOLLER, 2006). Para Scott (1993) o desafio foi pensar a militância de mulheres e a produção na academia, levando as militantes a criarem, a partir dos anos 90, núcleos de estudos sobre a mulher, gênero e feminismo.

Outra importante contribuição desta fase para Scott (1993) foi a problematização das teorias essencialistas que fixavam o gênero a partir do sexo, contribuindo para que existisse uma concepção de natureza feminina e masculina inscrita nas subjetividades. Assim a categoria gênero passou a ser compreendida a partir das relações, sendo enfim ‘desnaturalizado’. Tal desconstrução é fundamental para construir a discussão da amamentação que vem sendo divulgada como uma prática instintiva assim como qualquer outra forma de cuidado da criança, deixando a mulher sem nenhuma alternativa de escolha diferente da estipulada sobre a forma como deve proceder no puerpério.

Falar sobre o manejo ensinado durante o aleitamento é, portanto, tratar de uma relação social e histórica que a mulher possui sobre o seu corpo e que sempre esteve a serviço de um exercício de poder e controle que ultrapassa seu desejo e governança. Discutir o empoderamento dos corpos é também discutir a relação entre gênero poder e sexualidade (BUTLER, 2003).

2.2. Gênero, corpo e poder: conceitos transversais

Dessa maneira a categoria de gênero privilegia a constituição dos processos que compreendem o corpo a partir da distinção biológica, comportamental e psicológica e do pressuposto de que possuir um útero não implica, necessariamente, em possuir um instinto maternal. Segundo Meyer (2004) a utilização da categoria de gênero pautada nesta perspectiva é fundamental para a pesquisa em saúde onde os corpos estão em evidência, portanto, negar a materialidade dos corpos é uma forma de pautar a discussão no poder discursivo destes corpos.

O termo gênero foi inicialmente pensado por um grupo de estudiosas anglo-saxãs a partir do termo *gender* no início da década de 70, sendo posteriormente incorporado pelas diversas correntes feministas. No campo teórico o termo foi alimentado e retroalimentado por iniciativas políticas que multiplicaram-se ao longo do século XX (MEYER, 2004). O que se

compreende por gênero é um “conjunto de normas, valores, costumes e práticas através das quais a diferença biológica entre homens e mulheres é culturalmente significada (BANDEIRA, 2005, p. 7).

A categoria surge como uma tentativa de criar uma ruptura na forma estática como olhamos para homens e mulheres, voltando o olhar para as relações e o poder que as perpassa e como estes elementos são responsáveis por moldar/constituir nossa percepção acerca das diferenças entre os sexos (SCOTT, 1995). Portanto, utilizar a categoria de gênero é uma forma de reconhecer a alteridade do outro, rompendo com o universo rígido das delimitações de sexo, corpo e feminilidade.

A esse respeito Butler (2003) lembra que é necessário recuperar a perspectiva relacional dos estudos de gênero, superando as análises a partir unicamente da mulher, passando a se interessar pelas relações que as dominam/cercam superando assim toda forma de essencialismo. Dessa maneira, a autora procura problematizar a relação entre sexo e gênero considerando que corpo e sexualidade são construções discursivas e não categorias estáticas conforme observado nas mães ao se referirem ao papel de seus corpos durante o puerpério.

Nas entrevistas foi possível observar a forma com que as relações que cercam essas mulheres interferem na forma como elas agem durante o puerpério e também nas expectativas que criam. A forma como lidam com o corpo é marcada de muitos significados, o peito não é mais sexualizado e o corpo não lhe pertence mais enquanto individualidade, se tornando objeto com propósito determinado: proporcionar a criança tudo que ela necessita. E tanto corpo como sexualidade vão se constituindo, discursivamente, durante a internação hospitalar, como é o caso das orientações dirigidas⁵² as puérperas durante sua estadia, as quais são

⁵² Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno:

- 1 – Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, que deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe do serviço;
- 2 – Treinar toda a equipe, capacitando-a para implementar essa norma;
- 3 – Informar todas as gestantes atendidas sobre as vantagens e o manejo da amamentação;
- 4 – Ajudar a mãe a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto;
- 5 – Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos;
- 6 – Não dar a recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tenha indicação clínica;
- 7 – Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia;
- 8 – Encorajar a amamentação sob livre demanda;
- 9 – Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas;
- 10 – Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio à amamentação, para onde as mães devem ser encaminhadas por ocasião da alta hospitalar (OMS/UNICEF 1989).

diretrizes de todos os HAC, seja da parte dos profissionais da saúde, ou das companheiras de quarto ou mesmo dos parentes⁵³ que lhe fazem companhia.

Durante as narrativas outro fato que chamou a atenção foi a constante aprovação das colegas de quarto quando a entrevistada emitia uma resposta genérica sobre o que se espera de uma mulher. Como por exemplo, a Entrevistada III⁵⁴ que ao ser questionada se considerava que uma mulher só seria completa na maternidade, não teve dúvidas ao responder que sim e acrescentou ainda que há casos onde a mulher não pode ser mãe:

Entrevistada III - Tem algumas mulheres que tem de ter filho algumas que não.

Pesquisadora - Como é isso, qual tem que ser e qual que não?

*Entrevistada III - Tem umas mulheres que não é assim... não é mulher! Não é mulher por que quer ser homem mesmo... mulher mesmo quer ser mãe. É isso mesmo! mulher que é mulher... que gosta mesmo de ser mulher, gosta de ser mãe mesmo!*⁵⁵

Na narrativa desta mulher compreende-se que aquela que dá de mamar e deseja a maternidade é uma mulher completa, colocando todas as outras na categoria do masculino. Para a mãe acima, a simbiose entre ser mulher e ser mãe é tão natural quanto inquestionável, o corpo é, portanto, uma categoria estática, tornando-se confuso pensar em algum outro destino futuro a este corpo que não seja o da maternidade. Para a mãe a única saída possível então para a mulher que não anseia/deseja pela maternidade é o papel da masculinidade (lesbianismo).

Esse não é um discurso incomum, de todas as entrevistas realizadas, não houve uma única mulher que se posicionou de forma contrária, muda-se somente a opinião quanto ao “problema”: ou é da ordem de ser homem ou mulher, ou de ordem psíquica, como é o caso da depressão pós-parto, mostrando que estas mulheres também já assimilaram conhecimentos adquiridos em sua permanência hospitalar, mas ao final percebe-se que há sempre a certeza de que não exercer este papel, não querê-lo, é da ordem do “anormal”.

Se é tão difícil questionar a maternidade, colocá-la em discussão, quem dirá então o aleitamento, não é possível fugir a necessidade e responsabilidade de corresponder às

⁵³ Cabe apontar que em sua maioria as acompanhantes são as mães das puérperas. Em todas as visitas realizadas a presença mais constante eram das avós, tornando o espaço da enfermaria um lugar, predominantemente, de mulheres em que as trocas de experiências sobre cuidado com recém-nascidos eram frequentes, reforçando uma vez mais a sensação de que tal responsabilidade cabe exclusivamente a mulher.

⁵⁴ Entrevista citada.

⁵⁵ Entrevista citada.

expectativas que este papel lhe impõe, expectativas estas, dirigidas unicamente e especialmente as mães que foram e são historicamente as principais responsáveis pelo cuidado dos filhos, sendo criadas desde pequenas para reproduzir tais valores.

Por isso as discussões de gênero dialogam com o tempo social, histórico e político a fim de evidenciar a assimetria dos discursos produzidos, uma vez que estas mães não possuem a mesma classe social tampouco os mesmos contextos de vida, conforme visto nas mulheres entrevistadas que, apesar de aparentemente não trabalharem fora do lar compreendiam que após a gestação seu lugar legítimo de atuação era através do cuidado dos filhos e da casa (FARAH, 2004).

Esse posicionamento marca a historicidade do conceito de gênero que reporta as bases na qual foi construído, compreendendo-o por meio de uma referência de poder patriarcal presente em toda a vida pública e privada. Expressando rígidos sistemas de crenças, ideologia e moral sexista de delimitação de direitos, deveres e condutas, que foram responsáveis por legitimar o discurso de segregação da mulher por meio de uma ordem estabelecida socialmente e justificada pela supremacia do masculino (PULEO, 2004).

Nessa perspectiva, a discussão de gênero abre espaço para o questionamento sobre as matrizes histórico-culturais patrimoniais, patriarcais e autoritárias que sustentam a posição de subordinação da mulher, legitimado pelas instituições por meio de comportamentos, crenças, normas e valores (PRÁ, 2010). Foi o que se percebeu nas entrevistas quando as mesmas falavam do que entendiam por desempenho de papéis no cotidiano e na relação familiar: *“Não tem pra onde correr... Minha mãe sempre teve papel de mãe e pai... Sempre sustentou a casa, e foi uma mãe dedicada, fora ser o pai”* e completa apontando a noção de masculinidade que o trabalhar fora de casa possui: *“Lá fora... Trazer o alimento que tiver de trazer, mas dentro de casa agia como mulher entendeu?”*⁵⁶

Tais questionamentos geraram sempre as mesmas respostas das entrevistadas, concepções rígidas de papéis bem delineados sobre como uma mulher deve pensar e das atividades que deve desempenhar dentro e fora de casa. A fala evidencia um discurso comum e também importante nas discussões de gênero, por apontar a representação social do que é ser mãe e pai. Mesmo quando essa mãe é forçada a sustentar a casa, tal atitude é compreendida como uma ajuda temporária, como se “trazer o alimento para casa” fosse algo que na ausência de um homem uma mulher tem de fazer.

⁵⁶ Entrevistada III.

Estas matrizes históricas foram responsáveis por destacar as mulheres como seres frágeis, calmos, obedientes e submissos já os homens eram vistos como fortes racionais e inteligentes, constituindo a opressão na qual as mulheres foram por um longo período submetidas.

No Brasil, os estudos de gêneros tiveram sua consolidação no final da década de 70, período em que o movimento feminista estava se fortalecendo no país. No entanto, segundo Farah (2004), a inserção do tema na pauta de interesse da implementação de políticas públicas é muito recente, devido ainda, a enorme dificuldade por parte da agenda pública brasileira em associar gênero, feminismo e política.

O termo gênero foi incluído no meio acadêmico no final dos anos 90. Num primeiro momento foi definido a partir do sexo biológico, posteriormente dá lugar a uma concepção construcionista de gênero como um conjunto de características psicológicas e culturais (NARVAZ & KOLLER, 2006). No campo do pós-estruturalismo estão Butler (2003), Scott (1990; 1993) e Foucault (1985) que desconstroem o conceito binário do sexo, passando a considerar a questão de gênero como uma:

[...] relação política que ocorre num campo discursivo e histórico de relações de poder. Nestas perspectivas, gênero é um efeito da linguagem, produzido e gerado a partir de discursos, e não a partir da biologia. Enquanto produção discursiva, o gênero não apenas descreve construções sobre corpos materiais, naturais e preexistentes. [...] *Não há, portanto, essências verdadeiras, naturais e íntimas a serem manifestadas, representadas ou construídas sobre a materialidade do corpo.* Gênero e corpos são produções discursivas que se constituem no ato mesmo a partir do qual são nomeados (NARVAZ & KOLLER, 2006, p. 2, grifo nosso).

Dessa maneira, o corpo assume um caráter de espaço discursivo para além de um instrumento de dominação, uma vez que a reprodução feminina sempre foi marcada por uma variedade de discursos, teorias e visões ao longo do tempo, que tentaram compreender a natureza feminina a partir de sua capacidade reprodutiva (NOGUEIRA, 2001). Na ordem desta visão se é posto de lado a mulher por detrás de seu sistema reprodutor.

Nogueira (2001) lembra que o discurso médico teve também um papel importante na permanência da mulher no campo familiar, legitimando, por meio do discurso “científico” do cuidado, o lugar da mesma na maternidade. Assim o pensamento médico lembra a sociedade que a mulher sã e feliz é destinado à realizada mãe de família.

De acordo com Domingues (2008) estes discursos normativos foram produzidos ao longo da história pelos mais diversos intelectuais, como é o caso de Jean-Jacques Rousseau e sua publicação: *Emílio ou Da Educação* de 1762, relembrando a eterna relação entre saber e

poder que se constituem os estatutos da verdade, regulando a moral e tecendo os comportamentos dos sujeitos.

Nesta obra o autor adverte mulheres sobre o amor materno, assemelhando a mãe ideal à figura de sua personagem *Sofia*. Mas o que chama a atenção não são as cento e cinquenta páginas que o autor tece admoestações do comportamento feminino, o que chama mesmo a atenção é o porquê Rousseau considerou necessário fazer um chamamento das mulheres à maternidade, já que sempre consideramos a maternidade como um comportamento natural e instintivo da mulher, principalmente, na mulher do século XVIII.

O que se observaria é que o sentimento que prevalecia neste período era o de total indiferença materna, conforme apontou Philippe Ariès (1981), a mortalidade infantil era altíssima, causando precárias condições de vida aos bebês. A partir dos estudos de natalidade e, principalmente, a partir das necessidades econômicas, a sociedade foi obrigada a reinventar a maternidade.

Assim, Rousseau foi figura emblemática na legitimação do lugar e do papel da mulher na sociedade, este papel estaria diretamente relacionado à natureza de seu corpo. A esse respeito Domingues (2008) lembra que o corpo sempre foi instrumento de dominação da mulher e foi através do corpo e desta suposta natureza que diversos argumentos foram tecidos a fim de lembrar a mulher de sua função na sociedade.

Para o autor, apesar do corpo ser uma constituição de nossa natureza evolutiva, e por isso possuir uma fisiologia dos sexos, serão as noções sociais que estabeleceremos sobre ele que constituirão a forma como o percebemos, vindo ao encontro do que Butler (2003) entenderia como elementos pré-discursivos.

Santos (2012) lembra ainda que no período colonial o conhecimento médico estava a serviço quase que exclusivo da reprodução feminina. O corpo feminino era tido como espaço de luxúria e pecado que devia ser contido e controlado, havia um interesse em se reforçar o aspecto biológico do corpo da mulher e relacioná-lo a aspectos morais e religiosos.

A esse respeito Foucault (1985) aponta que essa forma de controle teve início a partir do século XVIII onde foram aperfeiçoados os métodos de poder disciplinar através de dispositivos que contavam com a vigilância constante de olhares, ainda observado nos nossos dias, porém de formas mais sutis. Com o apoio de profissionais da saúde o deslocamento de sujeito para paciente tem sido feita de forma a nos deixar à mercê das autoridades médicas, lembrando mais uma vez o que Foucault afirma a respeito da relação entre saber e poder (FOUCAULT, 1996).

O autor reafirma que o poder se exerce por meio dos mecanismos de dominação e sujeição dos corpos, denominado de bio-poder, e foi por meio do bio-poder que por décadas as instituições geriram a vida, o nascimento, a morte e a saúde, fabricando corpos ‘dóceis’ e submissos resultando em uma biopolítica da população. Na interpretação que Maia (2011) faz do autor, a relação entre disciplina, controle, biopoder e capitalismo foi necessária para esse processo de docilização dos corpos:

Assim como a disciplina foi necessária na docilização do corpo produtivo fabril, o biopoder foi também muito importante para o desenvolvimento do capitalismo, ao controlar a população e adequá-la aos processos econômicos. [...] Com efeito, Foucault elaborou o conceito de biopoder para designar o *poder de administrar, controlar e formar as populações (nisso estavam incluídos a educação, a assistência, a saúde, os transportes, a securitização de diversos aspectos da vida social etc)*, posto em funcionamento, sobretudo em paralelo à emergência do Estado do bem-estar social (MAIA, 2011, p.60, *grifo nosso*).

Desta forma, nasce uma nova articulação do poder através da atuação política exercendo controle sobre taxas de natalidade, mortalidade, longevidade e etc. Essa nova tecnologia implica numa relação entre poder disciplinar e bio-poder, ambos atuando juntos na gestão dos corpos (MAIA, 2012). O instrumento desse poder disciplinar sempre esteve nas mãos dos cientistas e da medicina, como o neozelandês Sir Frederic Truby King que nas primeiras décadas do século XX, realizou um estudo no qual comparava o leite de vaca com o humano, percebendo que o leite materno possuía algumas propriedades que não eram encontradas no leite animal, compreendeu, portanto, que era necessário que mães amamentassem seus filhos a fim de reduzir a mortalidade infantil (MAGALHÃES, 2012). Abaixo segue a descrição dos métodos empregados pelo Dr. Truby King:

Os métodos empregados pelo médico eram bastante rígidos. Os bebês deveriam ser amamentados a cada quatro horas e nunca em outro momento, independentemente de apresentarem qualquer tipo de desconforto. Além disso, o contato físico para demonstração de afeto deveria ser rigorosamente evitado a fim de impedir a transmissão de germes. Truby King não acreditava no instinto materno e achava que a mulher deveria ser preparada para ser mãe, que julgava ignorante e sem disciplina (MAGALHÃES, 2012, p. 31).

Dessa maneira, a maternidade vai se constituindo em um processo dogmático e normativo produzido pelos especialistas a serviço do bio-poder tendo como consequência um problemático esquema de culpabilização em torno da mulher causando ao longo das décadas

um sentimento de mal-estar velado, silencioso, onde nem mesmo lhes foi cedido o direito de expressarem sua dor.

E é nesse cenário que políticas sobre os corpos são pensadas e criadas, um cenário onde prevalecem noção de poder, controle e dominação, tal como as que Rousseau levantaria a dois séculos atrás, sendo agora postas novamente em discussão uma vez que se fez necessário resgatar a noção de instinto materno para que houvesse a aderência das mulheres às políticas públicas materno-infantis.

Dessa maneira, Scavone (2001) reafirma a importância do rompimento da maternidade ao determinismo biológico, levando a separação definitiva da sexualidade com a reprodução destruindo assim a equação mulher=mãe, e possibilitando a construção de equações ainda mais complexas que apontem para a inclusão de pautas na articulação de políticas públicas.

Pensar na maternidade a partir disto requer um olhar que dê conta da complexidade segundo a qual os valores sociais relacionados à reprodução e sua relação com o corpo através das relações de poder, as quais tratam de definir os papéis que as mulheres desempenham normatizando-os. Segundo Martins (2010) tal atitude reflexiva deve levar em consideração:

[...] o aspecto da reprodução social e da normatização, mas deve igualmente considerar as formas políticas a partir das quais a sociedade e o *Estado recriam padrões normativos de gênero para afirmar o que entendem por maternidade, delimitando comportamentos, estabelecendo condutas, definindo práticas e sujeitos* a partir das expectativas produzidas pelo imaginário social e pelas políticas públicas (MARTINS, 2010, p. 172, grifo nosso).

O autor aponta ainda que as práticas intervencionistas de caráter patriarcais conduzidas pelo Estado, resquícios do final do século XIX, são responsáveis por propor uma onda de políticas protecionistas ligada à mãe e a criança, mas que ainda estava longe de pensar a busca pelo empoderamento da mulher, concebendo ações que objetivavam a tradicional conservação da maternidade como função primária da mulher possuindo uma importância crucial no que se refere à permanência do papel doméstico da mulher.

Se nos atentarmos para isso, iremos perceber que nas políticas de Bem-Estar Social⁵⁷ no Brasil “a idéia de dependência das mulheres foi equacionada à valorização e à proteção de

⁵⁷ Arretche (1995) distingue dois momentos importantes no desenvolvimento do *welfarestate*⁵⁷: o primeiro de natureza econômica que acarreta seu surgimento à industrialização e modernização dos modos de produção capitalistas, marcado pelos trabalhos de Harold Wilensky (1965), Richard Titmuss (1963) e T. H. Marshall (1967) citados por Arretche (1995), os autores citados compartilham da idéia central de que a emergência e o desenvolvimento do *welfarestate* é um subproduto do processo de industrialização do que de conflitos e decisões políticas. Já num segundo momento, a autora cita autores como James O'Connor (1977), Claus Offe (1984) e Ian

uma concepção bastante tradicional e conservadora da maternidade” (MARTINS, 2010, p.177). Segundo Faria (1998) a crítica do movimento feminista ao Estado de Bem-Estar Social é decorrente de duas vertentes: o feminismo socialista que interpreta o Estado de Bem-Estar Social como um instrumento do capitalismo que reforça o patriarcado por meio do foco na mulher, tendo seu foco a criação de políticas maternalistas que enfocam o papel do cuidado à mulher, e a segunda vertente foca-se na negligência do Estado liberal e democrático às questões de gênero colocando o problema em termos igualitaristas, lutando pelo direito ao reconhecimento da maternidade como trabalho, através de remuneração pelo Estado, contribuindo também para reforçar a maternidade e o trabalho doméstico como tarefas exclusivas de mulheres. Ambas as teorias apontam que a proteção social e as políticas sociais sem uma perspectiva de gênero podem estar colaborando para alocação da mulher no papel do cuidado.

Jane Lewis (2001) acredita que como principais variáveis de Estado de Bem-Estar Social está o padrão homem-provedor e mulher dependente não só do homem mas também de outros benefícios sociais. Para a autora as análises devem considerar a participação feminina no mercado de trabalho e o nível de empregabilidade das mulheres como um indicador do nível de bem-estar.

No entanto, segundo Martins (2010), mesmo após os incansáveis esforços de mulheres em participarem da elaboração destas políticas ainda prevaleceriam:

[...] às visões essencialistas e naturalizantes do gênero, bem como uma concepção de poder na qual as mulheres foram vistas como receptáculos passivos de concessões e da proteção do poder do Estado e da benemerência privada (MARTINS, 2010, p. 178).

Como apontado pelo autor, apesar de tais esforços, as políticas públicas materno-infantis têm sido propostas “a partir de uma concepção patriarcal de poder que reproduziu institucional e politicamente a noção de dependência feminina de um poder benevolente e

Gough (1979), que entendem o *welfarestate* como um movimento de ordem político e institucional relacionado à luta de classes, conforme aponta Gough (1979): "O papel de pressão das classes subordinadas, e outros grupos organizados de pressão a elas associados, é de reconhecida importância na explicação da introdução das medidas de *welfare*" (p.58). Enquanto que para um a industrialização e o acúmulo de capital é que sustenta o desenvolvimento do *welfarestate* para o outro, é exatamente o desenvolvimento do capitalismo que geram as disfuncionalidades e a degradação das formas anteriores de vida social em nossa sociedade. Portanto defendem que é papel sim do Estado assumir o encargo dos problemas gerados pelo *welfare* (OFFE, 1972). “O *welfarestate* representa, portanto, formas de compensação, um preço a ser pago ao desenvolvimento industrial” e não o contrário (ARRETCHE, 1995, p. 26).

protetor masculino, incorporado pelo Estado” (p. 179), resultando em estratégias de controle que reafirmam o poder de dominação que possuem sobre a vida destas mulheres reproduzindo sentidos e significados. Para tanto é necessário compreender como estas políticas tem sido elaboradas e o porquê, a fim de se estabelecer possibilidades de diálogos e rupturas.

2.3. Políticas para o corpo: estratégias de controle e dominação

Para Bock & Thane (1996), apesar da intensa participação das mulheres feministas na Constituinte brasileira de 1934, a qual lhes proporcionou uma constituição de ideais maternalistas na saúde, a chegada do Estado Novo trouxe consigo o recuo do que se havia conquistado, estabelecendo uma ordem política centrada no patriarcado e autoritarismo, restando apenas à valorização de uma maternidade ausente do discurso de igualdade e autonomia.

Para os pesquisadores que estudaram estas políticas – Faria (1998), Jenson (1997), Bock (1994) – a formulação das políticas de Bem-Estar Social no Brasil, apesar de incluírem as discussões de gênero, mantiveram-se na compreensão de que as mulheres ocidentais são dependentes e passivas, portanto, carecem da proteção e tutela de um poder (Estado) que possa proporcionar suas necessidades. Conforme exposto por Martins (2010):

[...] a política de gênero dos Estados de Bem Estar se sustentava no ideal do trabalhador provedor da sua família. Quando uma “anomalia” ou uma realidade incontornável como a mulher assalariada colocava demandas que exigiam uma ação intervencionista no mercado de trabalho, o Estado a definia somente a partir da maternidade ou da fragilidade de uma natureza feminina que requeria a proteção benevolente, fosse do patrão ou de um Estado paternal (MARTINS, 2010, p. 178).

A criação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher – CEDIM em 1985, por meio do Ministério da Justiça, foi um avanço em meio a este cenário, tornando possível a participação mais efetiva na criação/elaboração e implementação de políticas econômicas e culturais para a mulher. E foi também através da criação do CEDIM que as mulheres tiveram a oportunidade de inserirem suas reivindicações de regulamentação do SUS na Constituição de 1988 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Philippi (2010) lembra que em 1986 e 1989, por meio das Conferências Nacionais de Saúde e Direitos da Mulher, temas como saúde mental, sexualidade, aborto, adolescência, velhice, trabalho e saúde, saúde e cidadania foram pela primeira vez, tidos como essenciais

nas pautas de discussão. Em 1996 é aprovada a Lei do Planejamento Familiar⁵⁸ incorporando o ideário feminista que significou a ruptura do modelo da atenção materno-infantil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Foi somente em 2003 que o CEDIM passou, definitivamente, a integrar a estrutura da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (PHILIPPI, 2010).

A questão que ainda perpetua na atenção primária é a avaliação do alcance dessa política pública. Será que está de fato alcançando quem necessita? O que se observa, ao contrário disso, é que uma grande quantidade de mães chegam à maternidade todos os dias tendo que lidar com uma gravidez indesejada e com a responsabilidade de terem de dar conta deste papel: o de mãe e nutriz.

Conforme observado no Relatório Situacional da População Mundial do Fundo de População das Nações Unidas – UNFPA, da Organização das Nações Unidas – ONU, a maior parte das gestações precoces ocorrem entre as populações vulneráveis (adolescentes pobres, negras ou indígenas e com menor escolaridade). Cerca de 19,3% das crianças nascidas vivas no Brasil são provenientes de mulheres menores de 19 anos.

Ainda segundo o Relatório todos os dias 20 mil adolescentes menores de 18 anos dão a luz em países subdesenvolvidos, representando 7,3 milhões de novas mães que não planejaram estar grávidas. Em países desenvolvidos esse número representa dez vezes mais a quantidade de partos realizados em adolescentes.

No Brasil em 2009, 2,8% das adolescentes de 12 a 17 anos possuíam um filho ou mais, em 2010 subiu para 12% o número de adolescente entre 15 e 19 anos que possuíam pelo menos um filho, somente 3% a menos do o índice apresentado há dez anos atrás (2000).

O relatório aponta ainda que destas gravidezes não planejadas, grande parte são decorrente de abusos, violência sexual, união conjugal precoce, geralmente com homens mais velhos. Assim ao engravidarem, voluntária ou involuntariamente, essas adolescentes tem suas vidas completamente modificadas, tendo que, em muitos casos, abandonar os estudos perpetuando o ciclo de pobreza, desigualdade e exclusão social.

Considerando os índices citados e também a grande quantidade de mães adultas que não planejaram sua gestão, pode-se avaliar que a descoberta de uma gravidez nem sempre é de alegria, causando sentimentos diversos na mãe que influenciarão na forma como a mesma vivenciará sua gestação, puerpério e, conseqüentemente/naturalmente, o aleitamento.

⁵⁸ Hoje se sabe que o planejamento familiar é um direito assegurado pela Constituição que consiste na orientação/informação do uso de contraceptivos a fim de evitar gravidez indesejada, para o homem inclui ainda procedimentos de vasectomia.

Um estudo realizado por Milbradt (2008) com mães sobre os sentimentos vivenciados durante a gestação concluiu que o percurso da afetividade na gravidez indesejada é permeado pelo sentimento de culpa decorrente da rejeição inicial sentida em relação ao feto. Verificou-se também a presença constante de sentimentos de raiva, angústia, auto-depreciação e tristeza que entravam em conflito com os sentimentos esperados, causando uma permanente ambivalência.

Essa ambivalência foi também observada por Maldonado (2002) em sua pesquisa com mães que tiveram uma gravidez não planejada. Isso ocorre segundo a autora, em função de estarem investindo na sua carreira, desenvolvendo projetos de vida pessoal e cultivando diversos outros interesses, hoje disponíveis a mulher. Dessa maneira ter um filho pode significar grande privação colaborando para a tensão na relação com o bebê e intensificando o sentimento de ambivalência resultando, posteriormente, em culpa e desprazer.

Em meio a tudo isso está o aleitamento, e a capacidade dessa mãe dar conta de executá-lo conforme estabelecido pelas diretrizes dos Hospitais Amigos da Criança - HAC, enfatizando sempre o bem estar da criança e as qualidades do aleitamento. No entanto, apesar das inúmeras vantagens descobertas pela ciência e propagadas pelas diversas mensagens generalizadas com ênfase no biológico, financiadas pelo governo por meio de propagandas e formação de profissionais da saúde para que atuem conforme as diretrizes dos Hospitais “Amigos da Criança”, a decisão de amamentar ainda se constitui como uma escolha exclusiva da mãe, ou seja, é dela a decisão de continuar amamentando ou não e, conforme esclarecido, tal decisão não é determinada apenas biologicamente, mas, sobretudo emocionalmente e sócio- culturalmente.

Diehl (2011) acredita ainda, que essa decisão é influenciada não só pela história de vida da mãe, mas também por sua rede de apoio, sua condição física e emocional e ainda ao valor social que a prática de amamentar possui na comunidade que se vive.

Tais dificuldades apontam uma contradição no discurso entre compreender os benefícios da amamentação e perceber circunstâncias maiores e mais complexas que sobrepõe esses benefícios. Para tanto o capítulo que se segue tratará de como o percurso trilhado pelo movimento feminista e por mulheres influenciaram as discussões políticas materno-infantis e a forma como as mesmas são pensadas, propostas e implementadas.

CAPÍTULO III

POLÍTICAS PÚBLICAS MATERNO-INFANTIS: AVANÇOS E RETROCESSOS

De acordo com Pitanguy & Miranda (2006), o Brasil desencadeou a ampliação do debate aos direitos humanos, sobretudo no que se refere aos direitos reprodutivos e sexuais muito recentemente⁵⁹. Para Prá (2010) as políticas públicas em torno dos direitos de gêneros devem ser pensadas a partir de uma maior emancipação e expansão da cidadania da mulher, para tanto é necessário que as políticas vigentes sejam constantemente reavaliadas. Portanto, realizar o monitoramento de políticas públicas é hoje tendência mundial e tem se intensificado nos últimos anos impulsionado pela idéia de controle social acentuada a partir de 1995, conforme pontua Martins (2006):

A política pública tem uma forte caracterização pelo controle aos conflitos sociais, estes eram, e ainda são vistos como uma possível ameaça à ordem social estabelecida pelos governantes (ordem aqui referida é aquela implantada injustamente, discriminatória), a qual poderia colocar em risco a manutenção do modelo de produção e acumulação capitalista da classe dominadora, e também por ser um instrumento de manipulação por parte do Estado e pelas instituições capitalistas, passando a ser uma prática de concessões e não de concretização de direitos estabelecidos na Constituição Federal (MARTINS, 2006, p. 2).

A política de aleitamento vigente hoje no país trouxe diversos benefícios para a criança e para o Estado através da diminuição da mortalidade infantil e dos índices de cuidados com a desnutrição das crianças recém-nascidas, no entanto, como qualquer outra política, deve ser também avaliada em toda a sua complexidade. Quando se elabora uma política, não há como se prever os muitos fatores que serão afetados com a implementação dela, cabe, portanto a quem interessa (família, sociedade civil organizada e técnicos atuantes na ponta), destacar as lacunas e arestas que precisam ser revistas. Por isso Prá (2010) considera que o monitoramento de políticas que afetam diretamente mulheres devem ser avaliadas por mulheres desde sua elaboração até sua aplicação visando colaborar com o olhar de gênero que seja sensível à questão.

No que se refere às políticas de saúde da mulher, nas décadas de 20 e 30 mesmas foram restritas à gravidez e ao parto, o programa “Materno-infantil”, por exemplo, criado em 1975, ainda perpetuou tal interesse médico limitando-se somente ao papel biológico da mulher de procriar.

⁵⁹ Tiveram início em 1975.

Em 1975 foi criado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil - PSMI, melhor delineado, mas ainda visando prioritariamente a gestante e a maternidade. É estabelecida a “arte obstétrica”, demonstrando a perda de controle deste conhecimento pelas mulheres e a sua incorporação à prática médica (PHILIPPI, 2010, p. 125).

Compreende-se que mesmo com a criação do PSMI, a assistência prestada à mulher continuou fragmentada, causando baixo impacto sobre os indicadores de saúde da mulher (PHILIPPI, 2010). É importante contextualizar que a década de 60, antecessora ao período de criação desta política, foi caracterizada pela prática médica individualista e especializada em contradição a saúde coletiva e preventiva a que se propunha a saúde no Brasil neste período (PHILIPPI, 2010).

Para Martins (2010), o período foi caracterizado pelos resquícios de um regime político ditatorial acompanhado de diversas reformas institucionais entre Estado e sociedade, uma das áreas afetadas por essas políticas foram as de assistência às mães e às crianças.

Segundo o autor, tais políticas ainda eram restritas por refletirem valores ainda muito normativos oriundos do Estado Novo getulista, resultando numa política pública materno-infantil-patriarcal, reproduzindo novamente a subordinação da mulher, postas como dependentes e carentes do amparo e proteção do Estado.

Há quase um século atrás, em 1885 a feminista Hubertine Auclert já previu a organização de um poder político que ressaltasse as qualidades “naturais” e morais da maternidade, a autora acreditava que era necessário pensar a maternidade para além de uma noção privada de família. Para ela, “gerar e cuidar da vida tinha um significado muito mais profundo” (MARTINS, 2010, p. 173).

Dessa maneira a participação do movimento feminista na ampliação deste debate faz refletir sobre a maternidade contemporânea a partir da ótica de uma compreensão multifatorial das experiências e fenômenos sociais/culturais decorrentes de processos de dependência e limitação, onde a cultura é marcada por valores conflitantes que interfere nas subjetividades, afetando a forma com que entendemos as questões de gênero nestas discussões, sendo a maternidade o ponto de partida para pontuar as diferenças tornando-se, portanto, objeto de interesse das feministas que ainda consideram a discussão do tema lugar de muita divergência dentro até do próprio movimento:

Pensada inicialmente pelas feministas da primeira onda como o lugar positivo da diferença feminina por excelência, a maternidade tornou-se, para

as feministas da segunda onda, um problema quase incontornável, uma marca da diferença feminina que foi associada por muitas delas à dependência e à dominação. (MARTINS, 2010, p. 171)

As feministas do final do século XIX lutaram por uma maternidade que fosse protegida pelo Estado, mas obviamente não previram que o Estado é um corpo social, formado pela moral e modelo vigente desta mesma sociedade. Para Hubertine Auclert há somente duas opções para o Estado: ou minotauro, que consumiria seus cidadãos com o descaso e abandono, por meio de paupérrimas condições de vida, ou um Estado maternal no qual fosse reconhecida a diferença e a importância da mulher por meio da maternidade (MARTINS, 2010).

Ainda segundo a feminista, a intervenção do Estado em assuntos até então restritos a indivíduos, criou um novo cenário político no final do século XIX, o que ela não poderia prever é que essa intervenção nem sempre beneficiou a mulher, levando-a reproduzir padrões e posições que melhor serviriam ao Estado e ao seu funcionamento social, num momento histórico onde a mulher raramente participava de decisões políticas que as envolviam.

Martins (2010) conclui que não é possível compreender políticas públicas de bem-estar social sem levar em conta o maternalismo assinalado por Hubertine, a qual acreditava que os interesses não são apenas “humanitários por parte do Estado ao proteger a maternidade e a infância” (p. 174).

Já a década de 80 marcou a superação de indicadores de volumes de gasto social dos anos 50 e 60, que assinalavam os trabalhos desenvolvidos acerca das políticas de bem-estar. A partir dos anos 80 foram realizadas análises sofisticadas que permitiram uma abordagem qualitativa dos estudos apresentados:

Análises levando em consideração o impacto do gênero na formulação do pensamento do bem-estar e no desenvolvimento de políticas públicas começaram a ser realizadas por historiadoras e sociólogas feministas na década de 1980. As críticas às teorias da modernização que viam no Estado do Bem Estar apenas uma resposta às crises do liberalismo e do capitalismo e aos historiadores sociais que enfocaram apenas padrões políticos convencionais de ação (MARTINS, 2010, p. 174).

Na década de 80 surge também o Movimento da Reforma Sanitária, impulsionado por movimentos sociais e feministas que reivindicaram uma saúde à mulher que denunciasses discursos reducionistas, olhares fragmentados e negação das diferenças, propondo uma ação que diminuísse as desigualdades de gênero refletindo diretamente na saúde da mulher (PHILIPPI, 2010).

Ribeiro (2010) lembra que a década de 80 foi marcada por uma intensa mobilização de mulheres nas políticas de saúde, com o objetivo de controle das práticas adotadas e de “desvincular o corpo feminino da idéia de reprodução, ao propor a ampliação dos serviços de acordo com o todo o ciclo da vida, apostando sempre no direito das mulheres conhecerem e decidirem sobre a saúde do próprio corpo” (p. 1030).

Ainda segundo Philippi (2010), foi só em 1984 que, por meio do Programa de Assistência Integral à saúde para as mulheres – PSMI, é que são de fato modificadas as prioridades, tornando mais abrangente a agenda de políticas da saúde à mulher, mais tarde seria constatado que o PSMI não conseguiria implementar suas ações por falta de orçamento, continuando as práticas de políticas predominantemente materno-infantis (COELHO, 2003).

Neste contexto não se pode deixar de citar a criação da Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos que teve também um papel de participação importante na criação de tais políticas, mesmo após a criação destas organizações é importante lembrar ainda que o processo de consolidação e discussão destas políticas ainda está longe de estar totalmente consolidado.

Assim a participação de mulheres na formulação e elaboração das políticas de bem-estar social, foi fundamental para as conquistas elucidadas, como é o caso do pré-natal que ainda é considerado um atendimento de baixa eficácia e o puerpério, uma etapa ainda esquecida no processo do nascimento para a mãe (FROTA, 2009). Dessa maneira, considera-se necessário frisar a contínua e crescente importância da participação de mulheres na elaboração e execução de políticas públicas.

Compreende-se a partir disso a importância da intervenção e participação ativa das mulheres nos Conselhos de saúde e nos espaços de formulação destas políticas, a fim de exercer sobre as práticas do Estado o controle social.

Segundo Frota (2009) cabe ressaltar a necessidade de que essas mulheres/mães utilizem desse espaço para por em prática às suas necessidades como mães. Segundo dados apresentados pelo Tribunal Superior Eleitoral (2010), o Brasil apresenta o pior resultado no que se refere à participação política de mulheres, conforme explicitado abaixo:

O Brasil conta com 9% de mulheres no Congresso Nacional, 12% nas assembleias legislativas e 12% nas câmaras municipais. Em uma lista de 188 países, o Brasil fica no número 141, com relação à representatividade feminina na política. Na América Latina, só fica à frente da Colômbia e dentre os países que adotaram a política de cotas para mulheres, o Brasil apresenta o pior resultado. De todos os candidatos que entraram nas eleições

de 2008, 91% dos prefeitos são homens e 88% dos vereadores também (TRIBUNAL SUPERIOR ELEITORAL, 2010, apud FROTA, 2009, p.137)

Mas qual é de fato a importância destes dados para a saúde das mulheres brasileiras? Para Frota (2009) faz uma grande diferença, o autor acredita que é necessário que mulheres executem suas próprias leis, isso se deve ao desequilíbrio existente na sociedade que tende a diminuir a importância da discussão de gênero em torno da execução destas políticas.

A esse respeito Amartya Sen (2000) aponta que a desigualdade entre homens e mulheres afeta a vida de milhares de mulheres por meio da restrição de sua liberdade substantiva, conforme esclarece abaixo:

As liberdades substantivas incluem capacidades elementares como, por exemplo, ter condições de evitar privações como a fome, a subnutrição, a morbidez evitável e a morte prematura, bem como as liberdades associadas a saber ler, fazer cálculos aritméticos, ter participação política e liberdade de expressão etc (SEN, 2000, p. 52).

O autor assinala que não é possível falar de desenvolvimento sem considerar a liberdade substantiva dos sujeitos serem capazes de formular o tipo de vida que valorizam. Sen (2000) entende que qualquer afirmação de responsabilidade social que substitua a responsabilidade individual é contrária a liberdade substantiva dos sujeitos, e só poderá produzir efeitos contrários ao desenvolvimento.

Para o autor não há como se criar substitutos para a responsabilidade individual. O autor lembra ainda, que responsabilidade pressupõe liberdade e defende que não há como ser responsável por algo, sem dispor de liberdades substantivas e capacidades para tal. “Mas ter efetivamente a liberdade e a capacidade para fazer alguma coisa impõe à pessoa o dever de refletir sobre fazê-la ou não, e isso envolve responsabilidade individual” (SEN, 2000, p. 361).

Sem a liberdade substantiva e a capacidade para realizar alguma coisa, a pessoa não pode ser responsável por fazê-la. Mas ter efetivamente a liberdade e a capacidade para fazer alguma coisa impõe à pessoa o dever de refletir sobre fazê-la ou não, e isso envolve responsabilidade individual.

Para tanto o autor atenta-se a expansão das capacidades de cada sujeito, entendendo que essas “capacidades” são uma via de “mão dupla”, podem ser expandidas por meio de políticas públicas, como também, as próprias decisões políticas podem ser influenciadas pela capacidade participativa das pessoas. “Ter mais liberdade melhora o potencial das pessoas

para cuidar de si mesmas e para influenciar o mundo, questões centrais para o processo de desenvolvimento” (SEN, 2000, p. 33).

Para Sen, “o que as pessoas conseguem realizar é influenciado por oportunidades econômicas, liberdades políticas, poderes sociais e por condições habilitadoras, como boa saúde, educação básica, incentivo e aperfeiçoamento de iniciativas” (SEN, 2000, pág. 18).

O desenvolvimento como um processo de expansão das liberdades contrasta com visões mais restritas do desenvolvimento que tratam do desenvolvimento de uma nação a partir de questões relacionadas ao PIB. Sen (2000) foi quem inseriu o índice de desenvolvimento humano baseado em questões sociais que incluam as liberdades dos sujeitos. Para o autor o desenvolvimento só pode ser compreendido pelo processo de ampliação das capacidades que os indivíduos possuem de terem opções, fazerem suas próprias escolhas baseadas em seus próprios valores e serem respeitados por isso.

Por isso que para o autor a liberdade política é crucial nesse processo, países com regimes autoritários podem por vezes até apresentar bons desempenhos econômicos, mas nunca serão reconhecidos como países desenvolvidos. Portanto, o autor acredita que, as constituições de direitos civis básicos são condição indispensável para a emergência de valores sociais, e a liberdade de avaliar criticamente as decisões políticas de um Estado ou nação é crucial para o processo de formação de valores de uma sociedade, o autor conclui afirmando a liberdade política como a mais crucial de nossa existência social.

Partindo desse pressuposto, considera-se então o feminismo como uma posição advinda de uma liberdade política que teve e tem um papel importante na sociedade por possibilitar a reflexão de contextos repressores e autoritários nos quais políticas para a mulher foram criadas. Para Martins (2010) foi o feminismo contemporâneo que pensou a maternidade sobre outros referenciais que levassem em consideração “a diversidade de experiências culturais, históricas, sociais e políticas não só das mulheres, mas das instituições e das representações” (p. 172).

Portanto, compreende-se a partir daí que o movimento de mulheres e, principalmente, o movimento feminista foram essenciais para possibilitar que mulheres reivindicassem uma maior participação nas políticas públicas, fazendo com que o *welfarestate* se consolidasse em nosso país proporcionando a expansão do debate das políticas materno-infantis. Neste caso, o capítulo seguinte discutirá a forma como estas políticas foram apropriadas pelas instituições, no caso, os hospitais maternos a fim de nos aproximarmos do recorte deste estudo: a amamentação.

3.1. A instituição hospitalar como legitimadora de práticas e políticas públicas coercitivas.

No que se refere às políticas públicas em torno da amamentação, é possível verificar que a partir dos anos 90 uma mudança de paradigma nas políticas estatais, uma vez que o desmame precoce estava em alta causando uma preocupação na Saúde Pública (MONTEIRO, 2006).

Em 1992, na tentativa de resolver esse problema nasce o Programa Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), que colaborou enormemente na diminuição da mortalidade infantil de 1 a cada 7,5 mortes infantis nos países em desenvolvimento (LABBOK, 2007). Hoje se sabe que o Programa cresceu e está em quase todas as maternidades no Brasil.

O quadro do desmame precoce diminuiu e os hospitais aprenderam os “DEZ PASSOS PARA O ALEITAMENTO MATERNO”⁶⁰, inserindo uma norma, na forma de ser e fazer o aleitamento, estava então instaurado uma nova política do corpo da mulher, onde a instituição hospitalar se apropriaria desse corpo, legitimado por dados consistentes acerca dos benefícios do aleitamento para o bebê, instaurando-se a problemática: corpo/poder/desejo/assujeitamento. A esse respeito Nakano (1999) considera que:

[...] ao ser incorporado à mulher os valores do aleitamento materno para a criança, ou seja: garantia da saúde, promoção do bem estar físico e emocional, sua contribuição na formação, crescimento e desenvolvimento infantil e na resistência do organismo às doenças; acaba-se por instituir à mulher relações de poder sobre o controle do desenvolvimento, morbidade e mortalidade infantil (p. 6).

Quando a proposta HAC foi criada a responsabilidade de dar conta da diminuição da mortalidade infantil caiu, exclusivamente, nas mãos, ou melhor, nos seios da mãe. Após 22 anos de intenso esforço na implantação das políticas de aleitamento materno ideal em HAC, cerca de 150 países já haviam aderido ao projeto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). No início a proposta era de criar políticas que assegurassem o aleitamento exclusivo até os 6 meses:

[...] a meta para a amamentação exclusiva, como determinada pelo Comitê Permanente de Nutrição da ONU, em 2004, deve ser elevar a amamentação

⁶⁰ http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9999.htm. Acesso em 29 de out. de 2013.

exclusiva por seis meses a um patamar mínimo de 60% até 2015, com meta final próxima dos 100% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, p. 13).

Na tentativa de atingir as metas proposta pela OMS, vários países incluindo o Brasil, aprovaram o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno em 1981 na Assembléia Mundial de Saúde e sete anos mais tarde o Brasil aprova as Normas para Comercialização de Alimentos para Lactantes, sendo revista em 1992 através da Resolução 31 do Conselho Nacional de Saúde vedando a promoção comercial de bicos, chupetas e mamadeiras (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Já em 1994, contemplado pelo referido Código através dos artigos 6.6 e 6.7, é aprovado a Resolução 7.5 da AMS que solicita ao governo a proibição de uso, distribuição ou doação gratuita nas unidades de saúde de suprimentos ou substitutos do leite materno, incluindo as fórmulas de alimentação complementar e aquelas com propósitos médicos especiais, mesmo a OMS/Unicef concordando que há casos em que os lactantes “precisarão ser alimentados com substitutos do leite materno” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, p. 50).

Ou seja, é imposto a mulher o aceite do aleitamento por uma única via possível o peito. E quanto aos casos de trauma mamilar, mamilos planos ou invertidos, ingurgitamento mamário, presença de sangue no leite, galactosemia⁶¹, bloqueio de ductos lactíferos, mastite, bebê que não suga, atraso na descida do leite, criança amamentada que não ganha peso adequadamente, baixa produção de leite, entre muitas outras causas sejam físicas, psicológicas, ou sociais que impedem a mãe de amamentar, como que ficam estas mulheres que possuem a obrigatoriedade de dar o peito? Cabe aqui o apontamento de que no Banco de Leite existe uma diversidade de informações sobre como lidar com algumas destas situações, no entanto deve-se reconhecer que por mais orientações que o hospital esteja apto a dar, ele nunca dará conta das pluralidades que envolvem as dificuldades de dar o peito.

A discussão parece superficial quando se aponta somente os aspectos benéficos relacionados ao aleitamento materno, no entanto, os fatores que podem interferir para o desmame precoce estão além dos tratados pela grande parte das discussões elaborados por profissionais e pesquisadores da saúde. No estudo elaborado por Frota et al (2009), das 18 mães entrevistadas, nenhuma permaneceu com o aleitamento após alta hospitalar. Entre os fatores apontados, por exemplo, está a insuficiência do leite materno, dificuldades relacionadas às mamas, a recusa do seio por parte da criança e a necessidade das mães trabalharem fora.

⁶¹ Doença de fundo genético que causa intolerância a lactose, sendo necessário suspender leite humano, bovino e derivados.

Os autores perceberam ainda que apesar da intensa tentativa da equipe hospitalar e do conhecimento repassado às mães acerca dos benefícios do leite materno, ainda permanecem presentes variantes que impedem o aleitamento, mostrando que ainda ocorrem fortes contradições entre posicionamentos favoráveis e desfavoráveis à prática do aleitamento, provando a necessidade de um maior aprofundamento desta discussão.

Diferente do estudo apresentado, esta pesquisa não teve como objetivo o acompanhamento de mães após a alta hospitalar, mas sempre que indagadas se dariam o peito ao chegar em casa, as entrevistadas mostravam-se reticentes, apesar de desejosas, tinham receio de que as atividades domésticas somadas a dificuldade que já vinham tendo em dar o peito não possibilitasse o aleitamento para além da alta hospitalar, o que foi possível perceber é que os olhares vigilantes das outras puérperas e também da equipe hospitalar eram fortes reforçadores de monitoramento às tentativas de dar o peito.

A esse respeito, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) criado pelo Ministério da Saúde em 2001 que teve início juntamente com o movimento de humanização nos hospitais, pautou-se na promoção de mudança da cultura no atendimento de saúde no Brasil. Acredita-se que o Programa tenha colaborado para a diminuição destas contingências que tornam o processo de maternagem durante a permanência hospitalar, por exemplo, mais prazeroso.

Para *Fernando Cembranelli, representante do Comitê Técnico do PNHAH*, movimentos como esse vêm crescendo continuamente ano após ano, e o resultado disso tem sido uma maior preocupação em torno das medidas de saúde pública em que tem sido resgatado o verdadeiro sentido da prática de trabalhar em uma organização de saúde (Portal Humaniza, 2009). Nakano (2003) lembra que vale considerar o contexto nos quais os serviços de saúde são ofertados, onde se predominam os modelos de pronto-atendimento em que ações são desencadeadas tendo por base as queixas de ordem biológica, fechando-se para qualquer espaço de escuta para além de sinais e sintomas (p.2).

E é nesse aspecto que podemos falar da disciplina observada durante a pesquisa/entrevistas no ambiente hospitalar, uma relação de dominação que estabelece regras e se fixam em obrigações e deveres impostos as puérperas durante o aleitamento, além, é claro, da disciplina administrativa percebida durante o processo de entrada da pesquisadora na maternidade, que teve de passar por uma sucessão de procedimentos que tomaram tempo e, por vezes, não faziam sentido algum. Obviamente que não há funcionamento hospitalar possível, sem a existência de regras e rotinas que estabeleçam papéis, funções específicas, horários fixados, modelos hierárquicos, etc, porém no caso apontado aqui, levanta-se um

aspecto diferente: trata-se de um excesso do uso de poder através do desconforto criado por meio da obrigatoriedade imposta da amamentação através de um esquema de vigilância e punição tal como observado na situação descrita abaixo que mostra a rotina constante de vigilância da equipe de enfermagem que acompanha as puérperas fazendo sempre a ronda nas enfermarias a fim de observar a pega do peito:

[...] Ai chegou aqui à enfermeira e perguntou se eu estava amamentando, ai eu falei: não, a neném não pegou no meu peito, por que meu peito é reto, não tem bico, né. Ai ela falou assim: é só você ir lá na coisa do leite lá. Como que é que chama mesmo? Banco de leite!

[...]

Ai eu fui lá e eles ensinaram a colocar a neném no meu peito, mas a neném não pegou no meu peito, por que o bico do meu peito é muito assim... Não tem bico... Nós tentamos né, ai não consegui não. Ai a enfermeira voltou aqui para ver se eu estava tentando e falou assim: ela é muito nova ainda, mas quando crescer mais um pouco né... Ai ela vai pegar no seu peito.

[...]

*Ai nós foi... Ela chora de noite e eu tento, mas ela não come... ela não pega... é muito ruim, né. A gente... é... não pega no meu peito...*⁶²

A entrevistada III fora diagnosticada com seio invertido e por isso não conseguia amamentar, em algumas situações, o estímulo e o manejo conseguem trazer o bico para fora, em outras, quanto mais cheio o peito fica mais o mamilo se volta para dentro e em quadros raros, podem até obstruir a passagem do leite. O caso da entrevistada era um desses onde o seio fica muito plano e a amamentação é quase impossível, portanto, era visível que a jovem não conseguiria dar o peito, porém a enfermagem continuava a pregar o discurso de que o sucesso do aleitamento dependia unicamente dela tentar e/ou querer, acrescentando mais culpa e ansiedade à mãe que já se encontrava em estado de sofrimento e dor.

Percebe-se ainda na fala da jovem que a mesma já havia assimilado os termos clínicos hospitalares mostrando que já havia internalizado as normas e condutas esperadas dela naquele ambiente. Quando se fala aqui em internalização de rotinas hospitalares também se está falando das formas de controle/disciplina e punição que estão presentes em qualquer instituição.

Para Foucault (1999) “é passível de pena o campo do indefinido do não conforme [...] a inobservância, tudo que está inadequado à regra, tudo que se afasta dela, os desvios” (p. 149), observado aqui através dos sutis mecanismos de controle em situações que inicialmente

⁶² Entrevista III – citada.

parecem cotidianas, como é o caso da Entrevistada VII que introjetou as cobranças dirigidas a ela, cobranças estas, por vezes, percebidas através de um olhar punitivo, da insistência em um método que não dá resultado, da vigilância constante como no relato abaixo:

*[...] eles cobram bastante da gente, principalmente na questão da amamentação... e eles tão correto. Não é que vai fazer mal pra ninguém né, muito pelo contrário, vai fazer é bem. Eles cobram bastante essa questão da amamentação, e eu acho correto...*⁶³

Sendo a mãe jovem e na vivência de sua primeira gestação, está mais sujeita ao que Foucault (1999) chamou de docilização dos corpos que é o controle minucioso exercido sobre os corpos, infligindo a estas mulheres a “sujeição constante de suas forças e lhes impondo uma relação de docilidade-utilidade” (p. 126). É possível observar na fala da mãe o sentimento de obrigatoriedade/dever, e também de negação a situação vivida que implicava em uma infecção hospitalar adquirida durante sua permanência no hospital, obrigando-a a passar mais de uma vez por cirurgia, além do uso de medicação (antibiótico) para o controle da infecção, ou seja, a mãe encontrava-se em vários aspectos fragilizada e impossibilitada de dar o peito.

Outra situação parecida é a da Entrevistada II que também é muito jovem e experimentava sua primeira gestação a mesma, oriunda da zona rural, encontrava-se longe da família que não pudera vir à cidade prestar auxílio, estando, portanto, vulnerável e sentindo-se frustrada no desempenho do recente papel de mãe:

[...] meu peito não tem bico né. Como que eu vou fazer... se ela não pegar... nós alimenta na mamadeira mesmo (choro compulsivo) [...] eu coloquei ela no meu peito... ai nós tentamos né. Ai eu falei: não consigo aqui não... chama a enfermeira... Aí chamou a enfermeira pro complemento, ai ela veio... Ai...ela (bebê) dormiu de novo... (choro)
[...]
*Assim... Eu sinto péssima né... péssima...(choro) mas ela tá se alimentando, tá dando tudo bem, né... mas uma filha que não pega, assim... no peito da mãe, da gente, a gente acha muito, assim... muito ruim, né. Uma filha... não pega, assim, não mama..*⁶⁴

Enquanto a mãe chorava contando sua angústia alguns profissionais da saúde passavam pelo quarto e após aferirem a pressão e controlarem o soro saíam do quarto sem demonstrar nenhum envolvimento com a situação, e sempre que via a enfermeira a mãe tentava se recompor como se esse fosse o comportamento esperado dela. Sobre isso Tornquist

⁶³ Entrevista realizada no dia 20 de agosto na enfermaria do Hospital Materno Dona Regina.

⁶⁴ Entrevista citada.

(2003) corrobora que num ambiente hospitalar materno infantil os sentimentos e emoções são de forma geral bastante controlados, desde o momento do parto as mães são ensinadas a reprimir suas emoções através de um esquema de comportamento ideal que é compartilhado pela equipe de profissionais e passado às pacientes (TORNQUIST, 2003).

Aqui aparece novamente o que foi chamado por Foucault (1996) de processo de “docilização dos corpos”, esse é um processo que é mais potente nas instituições hospitalares, pois para o autor são como “instituições de sequestro”, por retirarem os indivíduos de seus espaços sociais e familiares, os internando, limitando sua conduta, disciplinando seus comportamentos e moldando suas mentes. Esse processo foi mudando com o passar do tempo e se tornando mais sutil, conforme já pontuado, a disciplina dá lugar ao controle através das redes de agenciamento que são invisíveis dispositivos que possuem aparência de naturalidade e estão presentes não mais nas estruturas institucionais e sim nas relações, os tornando muito mais difíceis de identificar e, portanto, mais poderosos.

Dessa maneira, assim como as instituições podem ser reforçadoras e produtoras de sofrimento os saberes também os são, para Foucault (1982) como todo saber, o psicológico também esteve a serviço do poder, por vezes produzindo conhecimento sujeito à produção de normatização e disciplina. Foucault (1982) acreditava que não é possível haver produção de saber que não esteja acompanhada de relações de poder.

Para tanto o próximo capítulo tratará desta relação entre poder e saber e de que forma o saber psicológico também foi responsável pela permanência deste jogo que recaiu sobre as mães a responsabilidade do cuidado dos filhos e, principalmente, a construção da figura de uma mãe idealizada.

CAPÍTULO IV

O SABER PSICOLÓGICO A SERVIÇO DA DISTINÇÃO DE GÊNERO

Essa figura idealizada não é dada, ao contrário disso foi construída paulatinamente ao longo da história, conforme visto através das discussões realizadas no capítulo I que buscou apontar a trajetória desta construção bem como o capítulo III que mostrou o papel do poder do Estado e das políticas nestas construções, no entanto, conforme Foucault (1982) apontou o poder não é oriundo de uma classe dominante ou do Estado, mas sim das relações, é dinâmico e atua em uma escala múltipla não podendo então, se falar de poder sem pensar nas microrrelações que o permeiam e os produzem.

Assim a produção de uma verdade, de um conceito ou mesmo de um senso-comum, é permeada sim por uma historicidade, mas, principalmente, por uma intencionalidade. A produção do que chamamos de instinto materno, ou de comportamento ideal, passou também pela produção dos saberes especializados como é o caso da psicologia. Este saber em específico possui um espaço privilegiado de discussões na sociedade, pois foi através dele que aprendemos a denominar e nomear o que é normal do que é patológico ou disfuncional.

O *Zeitgeist*⁶⁵ sobre o qual o pensamento psicológico a respeito da maternagem foi produzido estava permeado por uma política patriarcal ainda muito restritiva à mulher, sendo assim é possível compreender como algumas das teorias psicológicas acerca do apego (mãe-bebê) excluem a figura paterna, colocando sobre a mulher a total responsabilidade da educação dos filhos.

A primeira contribuição da psicologia sobre a teoria do apego foi através de Freud em 1926, que falou pela primeira vez do “amor interesseiro” sugerindo que o apego de bebês é meramente fisiológico com vias de satisfazer suas necessidades primitivas (COLLIN et al, 2012).

Nesse cenário surgiu Jonh Bowlby, primeiro psicólogo a seguir a orientação de Darwin em 1951 propondo uma teoria evolutiva através da exploração de nossos mais precoces desejos (HRDY, 2001). O autor acreditava que nossa espécie é geneticamente programada a se vincular com uma figura feminina, que seriam também geneticamente pré-dispostas ao apego e cuidado do bebê, para isso recorria na história comportamental dos primatas que por 35 milhões de anos sentiam-se seguros permanecendo junto à figura

⁶⁵ Termo alemão que significa o espírito da época, ou o conjunto de um clima intelectual, moral ou cultural que o mundo vive em determinado momento histórico aqui se refere basicamente à produção de conhecimento acerca da relação mãe-bebê a partir dos anos 50 (GOODWIN, 2005).

materna, para estes, perder o contato significava a morte. Segundo o autor isso explica por que ainda hoje a separação de um familiar próximo causa tanto desassossego, podendo levar ao desespero (HRDY, 2001).

Bowlby se concentrou em provar que o apego era construído nos meses seguintes ao nascimento, após Bowlby vieram cada vez mais pesquisas e publicações em revistas de pediatria que considerassem os momentos seguintes ao parto fundamentais para o desenvolvimento do apego. Já para Hrdy (2001) “essas primeiras horas e dias estão mais perto de ser uma bela idéia do que uma “necessidade biológica” (p.507), após estudo detalhado, a autora considerou que não existem efeitos perniciosos mensuráveis para a relação com o bebê, logo a ligação após o nascimento não é essencial, em absoluto, para o desenvolvimento do afeto, apesar de poder sim facilitar em alguns casos.

No entanto, a crença numa “ligação instintiva” fundamental após o nascimento ganhou força na pediatria que viu nessa estratégia uma ferramenta efetiva de controle da presença e do cuidado da mãe nos primeiros dias de vida da criança, gerando através disso, poderosos rituais pós-nascimento e peculiares mitos, como identificado na entrevista VII⁶⁶ que falou sobre as “crendices” ensinadas as mães:

Minha mãe me liga todos os dias, perguntando se o bebê fez cocô e como é o cocô, aí eu falo pra ela se é duro ou pastoso. Outro dia ela viu o cocô e chamou a vizinha pra mostrar, aí a vizinha falou pra não se preocupar porque não era pastoso... pra você ver o cuidado que ela já tem de ta me falando as coisas...

[...]

Ela me orienta muito pra cuidar dele.. saber das coisas... o povo mais velho tem esse negócio de simpatia...do tipo...não sair antes dos sete dias, não poder pegar um vento... menino ta soluçando? Pega a fita e põe na testa...se tu ver, é tanta coisa...

Dessa maneira a partir dos anos 50 o conceito vigente que permearia todo o pensamento e produção de conhecimento sobre o que se é esperado da mulher na maternidade é legitimado por meio do pressuposto científico do comportamento instintivo (inato) à maternidade (COLLIN et al, 2012). Toda carga que a crença na naturalização de um comportamento maternal traz sobre a mulher pôde ser observado nas entrevistas com as puérperas, como no caso da entrevistada IV⁶⁷ que ao ser questionada sobre sua reação após o nascimento do bebê, relatou uma situação atípica, portanto, confusa para a mãe:

⁶⁶ Entrevista citada.

⁶⁷ Entrevista citada.

*[...] pra falar a verdade eu nem dei conta de olhar, muita dor, muita agonia... Muita... passei muitas horas sentindo dor [...] O médico botou ela em cima de mim e eu pedi pra tirar depois... Eu não acreditei, achei que ela ainda tava dentro da barriga, eu esperava ela mais tarde.*⁶⁸

Em seguida ao ser questionada se havia se sentido culpada por ter agido assim, e a mãe respondeu que sim, havia se sentido muito culpada, mas conclui confidenciando que esta é mesmo uma situação muito confusa e difícil: *“quando eles põe ela em cima da gente é muito ruim... Não é todo mundo que dá conta não...”*. Foi interessante notar que a possibilidade de narrar o ocorrido foi que oportunizou que esta mãe revivesse a cena e pudesse refletir sobre ela pela primeira vez.

O que se percebe a partir disso é que os sentimentos e atitudes vivenciados pelas entrevistadas não haviam sido assimilados até o momento de narrá-los para a pesquisadora, talvez porque ninguém havia ainda conversado com ela sobre isso, ou não houve espaço para legitimar o sentimento vivenciado, ou ainda porque ao contar que era psicóloga, a pesquisadora abriu espaço para que estas mães vislumbrassem uma possibilidade de desabafar, esquecendo até que se tratava de uma pesquisa.

Essa situação mostra que existe uma forma pronta/dada de interpretar o comportamento da mãe nesse momento, e como uma reação assim pode ser encarada pelos demais, sendo que na maior parte das vezes o diagnóstico é rápido: depressão pós-parto, tem-se a necessidade de procurar na mãe o problema, sendo que em grande parte dos casos é só adaptação.

A esse respeito à teoria de Bowlby teve importante contribuição teórica na forma como contruímos e percebemos estes laços, e o que esperamos que uma mãe sinta por um recém-nascido. Mesmo na época em que foi publicada, a teoria de Bowlby (1951) apud (Collin et al, 2012) sofreu inúmeras críticas, alegava-se que a teoria deu demasiada importância à mulher, ignorando completamente a relevância do papel masculino. Para o autor, o pai era tido como uma figura de pouca relevância emocional que só servia para o sustento financeiro da mãe e do bebê.

No entanto apesar das críticas ao trabalho de Bowlby (1951-1980) o autor foi referência utilizada pela OMS para o estudo de crianças no pós-guerra e é ainda muito utilizado até hoje por pesquisadores de diversas áreas por ser considerado um estudo descritivo e influente do comportamento humano (COLLIN et al, 2012).

⁶⁸ Entrevista citada.

Para Hrdy (2001) é importante ter em mente que, apesar dos preconceitos patriarcais de Bowlby e também dos evolucionistas do século XIX, a sua teoria não é completamente inválida: os bebés buscam sim ligações seguras e necessitam de uma base sólida para um desenvolvimento saudável. Segundo a autora o problema de Bowlby é que:

[...] concentrou-se num ideal tipo *!Kung* de mãe visceralmente complacente, que fornece cuidados exclusivos ao seu bebé durante os primeiros quatro anos de vida. Alternativamente, ele poderia ter escolhido uma mãe *hadja* menos indulgente, que desmama após dois anos, ou mesmo observar as primatas com filhotes compartilhados, em vez das totalmente possessivas fêmeas de chimpanzés. Hoje, dispomos de dados muito mais amplos sobre povos como os *akas* e os *efés*, onde os bebés, a partir do nascimento, passam pelas mãos de múltiplas mulheres que tomam conta deles e com quem eles se familiarizam e ficam muito à vontade. Longe de crescerem menos seguros, pode-se afirmar que essas crianças dão até mostras de maior segurança (HRDY, 2001, p. 515).

Alguns anos mais tarde surge, em 1959, uma pesquisa realizada por Henry Harlow que dá o primeiro passo para desconstrução do que entendíamos por vínculo na psicologia. Harlow utilizou filhotes de macacos para refutar na prática a teoria do “amor interesseiro” de Freud (1926). Após colocar filhotes de macacos e jaulas com “mães” substitutas – uma feita de arame com mamadeira e outra de tecido macio, sem mamadeira – percebeu que os filhotes escolhiam a mãe de pano, mesmo não havendo satisfação de suas necessidades fisiológicas. O autor concluiu então que “a principal função da amamentação talvez fosse garantir o contato corporal com uma figura de cuidado”, tal estudo possui uma relevância enorme para a compreensão de que a maternagem está para além do processo nutritivo (COLLIN et al, 2012, p.278).

Outra pesquisa realizada dez anos mais tarde, foi o experimento de Mary Ainsworth em 1969 intitulado de “Situação Estranha” que caracterizou em três os tipos de comportamentos oriundos da falta do apego: ansioso-distante; ansioso-resistente e apego seguro. O trabalho de Ainsworth também recebeu críticas por não dar à devida atenção as diferenças culturais que envolvem o apego de mães. No entanto, o experimento ainda é replicado em diversos lugares e tido como um dos mais importantes experimentos que trata do apego.

Já em 1980, o psicólogo americano Brian E. Vaughn mostrou que a figura de apego pode mudar dependendo das circunstâncias as quais são submetidos os bebês (COLLIN et al, 2012). Mas foi somente após a década de 70 que as feministas começaram a se posicionar

fortemente contra as teorias evolucionistas do apego e do comportamento adequado à mãe. Ao invés de se pautarem em pesquisas e experimentos evolucionistas, buscaram explicações na cultura, para elas, “o modo como uma mãe se sente em relação ao seu bebê deve ser exclusivamente determinado pelo seu meio cultural” (HRDY, 2001, p.329).

Deste modo, observa-se que todos os saberes que envolvam o que hoje entendemos como comportamentos necessários a relação mãe-bebê, foram construídos em momentos históricos que viviam um retrocesso das mulheres ao lar e a vida doméstica. Os anos 50, por exemplo, foi tido como a era do retrocesso feminista, após a segunda guerra o feminismo era visto como uma “cria” do comunismo que levaria a destruição da família tradicional, base da sociedade americana. Um dos retrocessos apontados por Friedan (1971) foi à queda de 60% do número de mulheres que cursavam o ensino superior. A mulher dos anos 50 era, portanto, moralista, defensora do casamento e tinha uma rígida educação judaico-cristã (FRIEDAN, 1971).

Outro fator importante apontado por Friedan (1971) foi o aumento da taxa de natalidade no final da década de 50, a média praticamente triplicou, nos EUA os índices aproximavam-se da média indiana, dando início a um intenso movimento de reprodução, em que era incentivado a mulher ter quantos filhos pudesse:

Num hospital de Nova York, *uma mulher teve uma crise nervosa ao saber que não poderia amamentar o filho*. Em outros hospitais, mulheres morrendo de câncer recusavam uma droga que a pesquisa provava ser capaz de salvá-lhes a vida: os efeitos colaterais eram antifemininos (FRIEDAN, 1971, p. grifo nosso).

Os resultados dessa política foram sendo sentidos poucos anos mais tarde. Em 1956 a revista *Life* publicara exultante o regresso da mulher ao lar. Nos próximos quinze anos seguintes milhões de mulheres se espelhavam na figura impressa nos anúncios americanos da esposa suburbana feliz e realizada após cuidar da casa, das crianças e do marido (FRIEDAN, 1971). Ainda segundo a autora, pregava-se à mulher que só havia realização na aceitação de sua feminilidade e natureza a qual incluía a passividade sexual, a criação dos filhos e o amor maternal.

Freud pode ter contribuído para essa “mística feminina”⁶⁹ por meio de suas obras de 1920 e 1930 sobre a sexualidade feminina, definindo três possibilidades básicas de uma

⁶⁹ Termo utilizado pela feminista Betty Friedan (1971) para se referir à misteriosa forma com que as mulheres dos anos 50 viam sua realização na aceitação da sua natureza feminina.

mulher se afirmar como ser social: através da inibição sexual que leva à neurose; o complexo de masculinidade ou inveja do pênis na qual a mulher deseja se parecer com o homem, e por fim o desenvolvimento normal em que a mulher foi capaz de elaborar as perdas infantis e seguiu no processo de identificação feminina, que se finaliza na maternidade (FARIA, 2004). Dessa maneira para Freud, a renúncia do pênis simbólico não é tolerada como forma de compensação, para o psicanalista:

Ela desliza – ao longo da linha de uma equação simbólica, poder-se-ia dizer – do pênis para um bebê. Seu complexo de Édipo culmina em um desejo, mantido por muito tempo, de receber do pai um bebê como presente – dar-lhe um filho. Tem-se a impressão de que o complexo de Édipo é então gradativamente abandonado, uma vez que esse desejo jamais se realiza. Os dois desejos – possuir um pênis e um filho – permanecem fortemente catexizados no inconsciente e ajudam a preparar a criatura do sexo feminino para seu papel posterior (FREUD, 1924, p. 223-224).

Já em seus primeiros apontamentos a esse respeito em 1907, o autor criticava a pretensão da mulher que pretendia ser mãe e profissional ao mesmo tempo e que nada ganhavam estudando. Em 1931 sua posição não muda ao publicar “A feminilidade”, no qual propôs uma solução para o Édipo feminino⁷⁰, na troca da inveja do pênis pela identificação ideal com a mãe, através da maternidade (ZAFIROPOULOS, 2009). Segundo o autor no que diz respeito à satisfação libidinal, em primeiro lugar vem o pênis do homem para em seguida surgir à substituição pelo desejo da criança:

Mas o que isto quer dizer? Que, afinal de contas, ele obtém somente uma satisfação tão banal, tão fundamental, tão instintiva, que é a da maternidade, de resto tão exigente quanto às vias da linha substitutiva. É por isso que o pênis é antes de tudo um substituto – diria quase um fetiche – que *a criança também por certo lado é-lhe em seguida um fetiche. Aí estão às leis pelas quais a mulher chega àquilo que, segundo dizem, é o seu instinto e a sua satisfação natural* (ZAFIROPOULOS, 2009, p.21, grifo nosso).

Fica claro na teoria freudiana a contradição no discurso sobre a mulher, sustenta uma feminilidade possível unicamente na maternidade, chegando mesmo a incluir o papel materno à relação com o marido:

A mãe somente obtém satisfação sem limites na sua relação com seu filho menino; este é, sem exceção, o mais perfeito, o mais livre de ambivalência

⁷⁰ Conceito fundante da teoria psicanalítica, caracteriza-se por sentimentos contraditórios de amor e hostilidade dos filhos em relação aos pais e vice-versa, tem início por volta dos 3 anos e finaliza aos 6 na definição sexual da criança (FREUD, 1976).

de todos os relacionamentos humanos. Uma mãe pode transferir para o seu filho aquela ambição que teve de suprimir em si mesma, e dele esperar a satisfação de tudo aquilo que nela restou do seu complexo de masculinidade. Um casamento não se torna seguro enquanto a esposa não conseguir tornar seu marido também seu filho, e agir com relação a ele como mãe (FREUD, 1976 [1932], p.163).

Para Freud (1976) o papel primordial da mulher está findado na maternidade, e a sexualidade tanto no homem quanto da mulher, está na posse ou ausência do falo. É, portanto, possível afirmar que devido à dialética de ser ou ter (o falo) a mulher é tida na teoria freudiana como inferior ao homem por não poder possuí-lo, ficando para a mulher somente a escolha da inveja do pênis ou da substituição deste por um filho a fim de superar sua condição diminua/feminina (FARIA, 2004). Esse discurso influenciou bastante a forma como o ocidente passou a compreender o feminino, e conseqüentemente a maternidade. Esse modelo de pensamento vai imperar na sociedade européia estabelecendo a manutenção da família e da diferença de gênero (ZAFIROPOULOS, 2009).

Posterior a Freud, Lacan tentou refazer a discussão da feminilidade através do desejo, separando a mãe da mulher, no qual continua afirmando a máxima freudiana de que a mãe por intermédio do filho recupera o objeto de sua falta, no entanto, acrescenta a dimensão da mulher que se realiza através do desejo ao Outro e que, desse ponto de vista a mulher busca ser o objeto de desejo dos homens (ZAFIROPOULOS, 2009).

Para Rubin (1993) apud Martins (2010) tanto o estruturalismo de Lévi-Strauss, quanto à psicanálise de Lacan são teorias que trabalham as diferenças masculino-feminino a partir de um olhar familiar, sexual, e subjetivo, mas ambas não se preocuparam em se posicionar frente “[...] às estruturas que subjagam as mulheres em lugares sociais e familiares de opressão” (p. 293), o que leva a crer que a psicanálise possui um único conjunto de conceitos para compreender homens, mulheres e sexualidade. Para o autor isso travou uma batalha lendária entre psicanálise, movimentos feministas e homossexuais.

Segundo Kehl (1998) para a teoria lacaniana a mulher não existe, estando ela, alienada na figura do Outro. A autora lembra que no século XIX a participação da mulher na sociedade era restrita, o seu papel se resumia a organização da vida doméstica, e quando a mulher não conseguia ser mãe tornava-se praticamente invisível.

Seguindo a escola de pensamento psicanalítica, a discípula de Freud Hélène Deutsch (1960 apud Badinter, 1981) buscando aprofundar os estudos da mulher/mãe, acrescentou que a compensação da inferioridade genital só poderia ser resolvida por meio da construção de um ego que desenvolvesse três características ditas normais a mulher: passividade sexual,

masoquismo expressado por meio de uma agressividade voltada para si e narcisismo meio pelo qual a mulher pode lidar com a ausência do falo. Tal perspectiva torna evidente que a condição emblemática em ser boa mãe possui uma casualidade com a capacidade de suportar o sofrimento, como visto no relato da mãe abaixo:

Mesmo doendo muito eu dei. Ele chorava e minha mãe falava assim: oh! Não pode parar de dar... Pode dar o peito, por que você foi desse jeito quando neném... E eu chorei muito... Por que o dela também era invertido... E os meus dois peitos são investidos, é dolorido demais... Mas faz parte né.⁷¹

Mesmo os psicanalistas entenderam que essa demanda superegóica⁷² de suportar tudo e ser possível dar ao filho um amor incondicional não só é impossível como produz um esquema projetivo que acarreta em sentimento de fracasso aferido de ódio contra o bebê (COLLIN, 2012).

Para o psicanalista Donald Winnicott (1965) sinônimo de mãe suficientemente boa é aquela mãe que cuida, ampara, manuseia e apresenta o mundo a criança, sendo capaz de se tornar seu ego auxiliar. Já a mãe excessivamente boa, é aquela patologicamente preocupada que não consegue se separar simbolicamente do filho, o grande desafio está em compreender em que medida fixar este amor numa sociedade em que qualquer desvio, qualquer problema que a criança passe é de responsabilidade exclusiva da mãe fica complexo não acreditar que cuidar é sinônimo de preocupar-se.

O autor trata da relação mãe/bebê através do conceito de ambivalência, onde a mãe consegue na mesma medida amar e odiar a criança. Nesta mesma tendência está à teoria de Melanie Klein (1930 apud Collin, 2012) que precedeu Winnicott afirmado em sua teoria intitulada “seio bom e seio mau”, propondo que o bebê sente ódio de sua mãe. Winnicott (1966) acrescentou que o ódio do bebê é precedido pelo ódio também da mãe oriundo das imensas exigências que a existência do bebê imprime a ela tanto de ordem física quanto psicológicas.

Para o autor é melhor que as mães aprendam a odiar de maneira apropriada do que o reprimir este sentimento direcionando-o para si mesma de maneira masoquista. Essa abordagem é tida como realista e pragmática, pois recusa-se a difundir o ideal de família perfeita (COLLIN, 2012).

⁷¹ Entrevistada VII – citada.

⁷² Instância psíquica responsável pelo julgamento moral da consciência (eu/self).

No entanto, apesar de sua tentativa de compreender a angústia feminina frente às exigências impostas pela maternidade, Winnicott (1965) continuou afirmando por meio do conceito da “mãe suficientemente boa”, que a maternidade era parte constitutiva da natureza feminina, inculcando sob a mãe toda a responsabilidade de distúrbios psicológicos e bloqueios emocionais advindos da ausência de vínculo no momento da amamentação colaborando para uma cultura de moral e culpa da mulher.

Para Badinter (1985) toda essa tentativa de definir uma natureza feminina por meio do discurso da boa mãe foi de Rousseau a Freud uma forma de sublinhar o senso de dedicação e sacrifício que caracterizaria o que entenderíamos por normalidade. “Fechadas nesse esquema por vozes tão autorizadas, como podiam as mulheres escapar ao que se convencionara chamar de sua ‘natureza’? (p. 23)”.

Tal prerrogativa foi extremamente importante para a manutenção do ideário feminino que percorreu a história das mulheres permanecendo vivo e atuante em maternidades infantis. O resultado acumulativo de conselhos à mulher tem se tornado uma hiperconscientização em relação à maternidade, gerando uma culpa que começa na gestação e culmina no aleitamento. Tudo é sublinhado em função das necessidades da criança.

Da mesma forma as campanhas publicitárias, ao longo das últimas décadas, assumiram diferentes posturas em torno do tema, adaptando-se ao discurso vigente como, por exemplo, a revista “*A Cigarra*” que logo após seu surgimento em 1933 divulgou notícias da fabricação de leite em pó no Brasil enfatizando o custo-benefício do produto, apontando-o como um excelente substituto ao leite materno (BOSI; MACHADO, 2005).

No entanto, com o fim da segunda guerra mundial desaparece a publicidade em torno de leites em pó, isso se deve, em parte, ao fato de que com o retorno dos homens da guerra as mulheres foram obrigadas a novamente retomarem ao seu papel doméstico possibilitando o investimento do governo no aleitamento, mas é importante pontuar que o governo só se interessou pelo aleitamento quando percebeu que não precisava mais da força de trabalho das mulheres. Neste mesmo período observou-se que tanto a Revista *A Cigarra* quanto *O Cruzeiro* diminuíram consideravelmente a propaganda pró-fórmula láctea, limitando-se a um pequeno anúncio de contracapa os assuntos ligados à fabricação e utilização de leite em pó (BOSI; MACHADO, 2005).

É claro que não se pode deixar de afirmar a importância do aleitamento para a saúde pública, uma vez que o investimento no uso das fórmulas agravou um problema de saúde que já existia a longa data, mas o que não se pode deixar de apontar é que a mortalidade infantil só se tornou interesse do Estado neste momento histórico, e isso deve sim ser objeto de análise.

Na tentativa de reverter esta situação, foi necessário agir em duas frentes: severas restrições as propagandas de fórmulas lácteas e investimento pesado em campanhas a favor do aleitamento, campanhas que apelassem para a naturalização do aleitamento e colaborassem para a crença de que a mãe que não amamenta não ama seu filho e também para a noção de que mamar no peito está ligado ao desenvolvimento do caráter futuro do sujeito, através da associação entre as palavras amamentar amar e educar, conforme é possível verificar no recente estudo realizado por Cadoná & Marlene (2014) que avaliou as peças publicitárias produzidas para as Campanhas de Aleitamento no Brasil.

Deste modo a partir dos anos 90, já era possível observar o forte interesse do governo na maternidade, passando a interferir até mesmo no direito a propaganda livre instituindo em 1992⁷³ as Normas para Comercialização de Alimentos para Lactantes, que por meio da Resolução 31 do Conselho Nacional da Saúde que veda a promoção de bicos, chupetas e mamadeiras em comerciais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). A lógica era informar para responsabilizar, tal estratégia teve como objetivo:

[...] modular o comportamento da mulher em favor da amamentação, imputando-lhe culpa pelo desmame precoce, que é associado de forma direta a agravos para a saúde de seu filho. Este modelo assistencial, verticalizado e impositivo, há muito se revela esgotado, incapaz de responder às demandas da mulher em processo de amamentação. A construção de uma nova alternativa passa, necessariamente, pela revisão das bases conceituais que dão sustentação ao paradigma de amamentação que embasa a política pública de saúde e as formulações dos diferentes grupos sociais (ALMEIDA; NOVAK, 2004).

Durante as entrevistas em vários momentos as mães citavam o banco de leite e os passos/instruções ensinados sobre o aleitamento, mostrando que já haviam internalizado a prática, no entanto, o manejo não devia ser a única forma de acompanhar estas mães, existe um mundo de situações que perpassam a prática do aleitamento e julgar que tal procedimento é por si só capaz de dar conta das dificuldades enfrentadas por mães no aleitamento é simplificar demais a situação vivenciada por estas mulheres, como o exemplo da Entrevistada VII que, por não conseguir amamentar, foi encaminhada ao banco de leite retornando após várias tentativas diárias sem sucesso “*eu ia quase todos os dias no banco de leite, 3 , 4 vezes...pra poder estimular, mas aí não deu muito certo*”, no entanto, por possuir bico

⁷³Em 92 foi também idealizada a “Semana Mundial de Aleitamento Materno”, que foi uma estratégia da Aliança Mundial para Ação em Aleitamento Materno (WABA). E foi através deste programa que se intensificou o uso da propaganda em massa de incentivo ao aleitamento exclusivo.

invertido não conseguia fazer com que o neném pegasse o peito, o que causava um enorme desconforto uma vez que o leite empedrava e causava rachaduras nos mamilos: “[...] bico fica muito dolorido, por ser invertido, até que ele saía (o leite) dá muito trabalho... Pra pegar, ixi é muito difícil... Não é fácil não”, além da puérpera ter sido exposta a uma infecção hospitalar e ter tido que tomar antibiótico o que acabou dificultando ainda mais descida do leite.

Quando questionada sobre as orientações recebidas a entrevistada VIII⁷⁴ respondeu: “[...] quando elas foram me orientar já tava com fissura, já tava raxadinho o seio...”, e sempre que questionava à equipe de enfermagem era informada que deveria continuar fazendo os passos, pois era só “uma questão de tempo” (SIC): “[...] eles falavam pra mim: Você pode ficar tranqüila, por que em toda cesariana dá essa dificuldade”, acontece que bico invertido é uma situação que nada tem a ver com o fato de ter sido feito uma cesariana, no entanto, a mãe continuou indo dia após dia no banco de leite na expectativa de que conseguiria manejar o peito, além de ter se sentido culpada/responsável por ter tido de fazer uma cesária. Esse era o segundo filho desta mãe e a mesma havia contraído uma infecção hospitalar encontrando-se impossibilitada não só por possuir o bico invertido, mas também pelo uso das medicações para tratamento de infecção.

É dessa maneira que as instituições tem se apropriado do corpo da mulher, por meio de um discurso “legitimado” apropriado de dados consistentes acerca dos benefícios do aleitamento para o bebê, instaurando a problemática: corpo/poder/desejo/assujeitamento (RIBEIRO e SANTOS, 2000), mostrando a partir disso, como esta política hospitalar pode ser insistente em torno de uma situação que, às vezes, não depende de do esforço da mãe, mas sim de aceitar sua situação e tentar lidar com isso da melhor maneira possível.

No entanto, é importante pontuar que não se está com isso negando a importância e a necessidade de tais ações, mas sim a insistência mecânica baseada na crença de que toda mulher está apta para amamentar resultando numa legião de mães que exaltam a grandeza e a nobreza da amamentação em detrimento de mães frustradas e condenadas por não poderem amamentar.

O que não se fala é que há sim mães que não podem como também não devem amamentar como é o caso de mães com tuberculose ativa, portadora do vírus HIV, usuárias de anti-neoplásicos e isótopos radioativos, mães com galactosemia entre outros. No entanto, para a maior parte das pessoas, não amamentar está mais ligado a vaidade da mulher do que a sua

⁷⁴ Entrevista realizada em 30 de agosto na enfermaria (ala reservada – casos de infecção) do Hospital Materno Dona Regina.

autonomia individual, conforme observado na fala da entrevistada VI quando questionada sobre como via mães que escolhiam não amamentar: “[...] muitas é vaidade, por não querer deformar os seios, outras pode ser também por falta de amor, por que não?... talvez engravida sem querer, acaba que né, não quer deformar o corpo e tudo mais...”.⁷⁵

A fala do pai abaixo não só evidencia esse mesmo ponto de vista, como aponta outro grave problema: a crença quase coletiva de que não só o hospital detém o poder sobre o corpo da mulher, mas também todos os outros que a cercam:

Esposo - Eu acho que se a mãe puder amamentar e ela não querer amamentar por algum motivo de beleza ou qualquer outra coisa, eu particularmente, eu acho errado. Porque você vê que a conscientização do que é o leite materno, né?

[...]

Se ela não conseguisse amamentar, SE ELA NÃO CONSEGUISSSE aí agente iria procurar outros meios né? Independente de qual for pro neném crescer forte e sadio e tudo. Agora, se ela conseguir amamentar, e ela mesma, se no caso ela estivesse apta a amamentar e tudo e ela mesma não quisesse amamentar aí eu ia ficar contrariado, entendeu? Eu falo de coração mesmo, porque ela tá apta a fazer aquilo e não está fazendo, sendo que é o melhor pro bebê, você está entendendo?

[...]

se for por motivo de beleza ou qualquer outra coisa, eu vou ficar contrariado... Completamente contrariado!

Na fala, a pesquisadora percebeu que o pai não reconhece a possibilidade de uma mãe não querer amamentar, concordando assim com a fala da entrevistada VI citada acima, mostrando com isso que as questões de gênero perpassam igualmente tanto homens como mulheres. A forma como o pai reafirmou o fato de que a mulher só não poderia amamentar se não conseguisse, mostra que também a reprodução do discurso hospitalar o qual afirma que a condição para o aleitamento é a de estar apta fisicamente, no entanto, conforme Maldonado (2000) esclarece abaixo, as dificuldades vão desde impedimentos de saúde até situações psicoemocionais, o importante é não incorrer no erro de confundir o conceito de boa mãe com o da mãe que amamenta, conforme lembra a autora:

Há várias dificuldades que contribuem para que algumas mulheres não consigam ou não queiram amamentar. De qualquer forma, é importante não confundir o conceito de ‘boa mãe’ com ‘mãe que amamenta’. Ser boa mãe é a mãe que se pode ser de acordo com sua vida e sua história pessoal, com limitações e possibilidades. Ter leite no peito é apenas uma das possibilidades – mas não a única – de aproximar-se do bebê e ter um contato

⁷⁵ Entrevista citada.

amoroso e íntimo. Mas a relação de amor também pode acontecer quando o bebê é alimentado com mamadeira (MALDONADO & DICKSTEIN, 2000 p 131).

Dessa maneira, é importante lembrar que a amamentação é um momento onde a mulher está vivenciando um turbilhão de sentimentos ao mesmo tempo, momento esse onde fala-se muito das necessidades da criança e muito pouco sobre as da mãe. Na prática ainda se espera que a mãe seja capaz de lidar com tudo que está vivendo: a negação, o desejo, o não desejo, a culpa, a moral, o ideal atribuído ao papel e como então não falar da situação física em que se encontra e as dores advindas do aleitamento?

4.1. Quando amamentar é dor

“Quem se diz muito perfeito
na certa encontrou um jeito insosso
pra não ser de carne e osso”
(Zélia Duncan e Moska)

O trecho da música acima exemplifica bastante a forma como a pesquisadora se sentiu em vários momentos durante as entrevistas, mães com todos os tipos de situações que as impedia de dar o peito, sofrendo dores terríveis, no entanto, raramente se colocavam dessa maneira, sempre que questionadas sobre as dores vivenciadas no puerpério, se esquivavam apontando a beleza ou a importância do aleitamento.

Reservar um capítulo para tratar do assunto mostra sua relevância para esta pesquisa e para a pesquisadora, pois traz luz uma questão muito negada nas maternidades e também fora delas: dói e dói muito! O ato de dar o peito pode não ser nada prazeroso e, geralmente, no puerpério imediato, não é. Lembrar estas mulheres/mães que elas são feitas de carne e osso é às vezes uma difícil tarefa, e apesar de que toda mãe sabe lá no seu íntimo que a perfeição é algo inatingível, impossível e inviável de se alcançar, ainda assim, boa parte delas se deixam seduzir por essa idéia.

O que nem todo mundo sabe é que essa busca não só é infrutífera como também pode surtir o efeito contrário. Quanto mais perfeita uma mãe tenta ser, mais ela empurra para debaixo do tapete sua psiquê. Na busca pela perfeição suas necessidades pessoais são postas de lado e vão se tornando uma grande sombra de problemas, que quanto mais ignorada mais poderosa e perigosa fica.

O grande problema da perfeição é que ela é constituída por uma idéia, um entendimento, que passa pela compreensão de cada um, sendo, portanto, da ordem do subjetivo. Há menos de uma geração atrás mãe perfeita era aquela que tinha hora para dar de mamar, enchia o neném de talco, esterilizava tudo, e dava banhos frios na criança para aumentar sua imunidade. Agora mãe ideal é aquela que dá o peito por livre demanda, compreende que se sujar faz bem, coloca o bebe de lado, enfim, o que não faltam são teorias e informações a disposição.

É nessa busca incansável pela perfeição que mães se colocam em situações de grande sofrimento a fim de darem conta da tarefa do aleitamento. A crença de que a dor e o sofrimento fazem parte do processo de se tornar mãe esteve presente nas narrativas de todas as entrevistadas. Tal compreensão, segundo Badinter (1981), em muito se deve a figura emblemática de Maria, mãe sobre todas as mães, figura que carrega consigo o modelo da moral societária, inculcando às mulheres a necessidade do sacrifício. A autora defende que o devotamento sem limites à dor seria uma forma de crença coletiva e inconsciente de expiação do pecado original de Eva transfigurado em Maria.

O imaginário da santa e do menino Jesus é um símbolo tão presente na sociedade ocidental que já faz parte do consciente coletivo sobre o cuidado da mãe com o recém-nascido. Por um lado está à beleza do amamentar, anunciado por esse imaginário e pelas propagandas que também se utilizam dessa imagem reforçando-a e por outro, o sofrimento velado de mães que não conseguem reproduzir esse comportamento, como observado na fala da puérpera abaixo:

*Entrevistada II - Então mulher eu acho bonito né... (choro) Uma filha mamando no peito da mãe... (choro) De noite... ela tava chorando com fome... ai sentindo ela né (choro) eu acho muito ruim... de noite ela tava chorando pra pegar no meu peito, ela tava com fome né. Ai tava... tentando, tentando, pra ela pegar no peito, mas ela não pegou não... Eu acho muito ruim, é bonito né, uma filha no peito da mãe... (choro)*⁷⁶
[...]

*Entrevistada III - eu acho bonito, eu gosto, eu faço é gostar, mas eu me sinto doída porque ela não tá mamando, que nem as outras crianças que a gente vê aí...*⁷⁷

Essas discussões se cruzam na tentativa de melhor explicar o processo que envolve o sofrimento destas mães observado através das falas envolvidas por choro, tristeza e culpa.

⁷⁶ Entrevista citada.

⁷⁷ Entrevista citada.

Dessa maneira, como posicionamento político da pesquisadora que atribui às falas das entrevistas o sofrimento, considerando que as mesmas negam e o silenciam, acredita-se que a obrigatoriedade que mulheres possuem de amamentar pode ser tida sim como um tipo de violência simbólica⁷⁸ cometida primeiramente pela equipe médica hospitalar quando por meio da repressão sustentam um discurso da amamentação vinculado à crença de que ser boa mãe é uma consequência de ser boa nutriz.

Dessa forma as políticas públicas possuem um papel importante no empoderamento e fortalecimento de práticas autopositivas para o enfrentamento de práticas e atos de violência⁷⁹ de qualquer tipo contra a mulher no Brasil, considerando que tal prática é um grave problema de saúde pública que têm causado consequências profundas que vão muito além do indivíduo, atingindo o bem-estar de toda a comunidade que está envolvida direta ou indiretamente com o fato (FROTA, 2009).

[...] a definição adotada pela Organização dos Estados Americanos - OEA - em 1994, é que a violência contra a mulher é *“qualquer ato ou conduta baseada no gênero que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher tanto na esfera pública como na esfera privada”* (OEA (1994) apud FROTA (2009) p. 130, grifo nosso).

Para Dantas (2003) o corpo é onde o primeiro sintoma do sofrimento se manifesta. Le Breton (1995) diz ser possível afirmar, que uma das maneiras de estudar as formas sociais é a partir do corpo, pois segundo ele a “perturbação introduzida na configuração do corpo é uma perturbação introduzida na coerência do mundo” (LE BRETON, 1995, 64 e 65).

Foi possível perceber que, no Hospital Materno Dona Regina, diferentes entendimentos a respeito da dor estão em jogo e que os sentimentos e emoções manifestados são de forma geral bastante controlados. As mães desde o momento do parto são ensinadas a reprimir suas emoções através de um esquema de comportamento ideal que é compartilhado por todos ao seu redor a começar pela família finalizando na equipe hospitalar. O relato abaixo mostra como essa condição de ter que dar conta e manter-se calma e serena, coloca a mulher numa situação de negação de sua impossibilidade de dar o peito:

⁷⁸ Considera-se violência simbólica o que Bourdieu (2004) definiu como uma forma de coerção induzindo indivíduos a se comportarem segundo padrões estabelecidos por um discurso dominante legitimado socialmente tornando-se então, uma forma de poder simbólico e dominação sobre os outros.

⁷⁹ A Organização das Nações Unidas - ONU, se referiu ao tema em 1993 reconhecendo que a violência contra mulheres é também uma violação dos direitos humanos (FÓRUM NACIONAL DE EDUCAÇÃO EM DIREITOS HUMANOS, 2008).

“Pesquisadora - Você acha que vai conseguir ou entende que pode ser que não aconteça?”

*Entrevistada V - Não! Eu acho que vai dar tudo certo! Por que leite, toda mãe tem! É que tem que ter muita paciência e calma, por que às vezes seu filho desespera e você acaba desesperando junto. Então eles acabam passando isso pra gente também, a gente tem que ficar calma e se a gente desesperar e ficar nervosa aí o leite vai empedrar, aí vai ficar mais difícil ainda, vai complicar tudo. Por que o estresse também empedra o leite, mas eu tô muito tranquila e tô confiante sim que vai dar tudo certo [...] eu vou persistir, to aqui né.. toda mulher é persistente...mulher guerreira!”*⁸⁰

A entrevistada passou por uma cesária complicada e durante a gestação teve infecção urinária que passou para a criança impossibilitando de dar o peito uma vez que teve de fazer uso de antibióticos e permanecer separada do bebê. Mas o que se observa na sua fala, além da negação deste cenário, é a repetição de um discurso hospitalar sobre como deve reagir a uma situação como esta. Fica claro que quando a entrevistada fala da relação entre nervosismo e empedramento do leite está reproduzindo o discurso das enfermeiras escutado até mesmo pela pesquisadora em vários momentos enquanto esteve na companhia destas mães, conforme observado também na fala da Entrevistada VII⁸¹ ao se referir as cobranças vividas na maternidade:

Ah! minha filha... isso aqui é cobrança demais (referindo-se as enfermeiras)... E tem minha mãe também que fala: olha você não bota manha nesse menino... quando eu pego João no colo ela fala logo: não faça isso! Por que se fizer isso depois vai dar trabalho... fica aquela coisa sabe, só me direcionando.

O desabafo da mãe não é incomum e aponta principalmente para a questão do desejo, desejo esse já tão acostumado a ser direcionado que é interpretado de forma até irreverente por estas mães. Neste discurso é possível identificar três desejos se atravessando: um que é da mãe, o qual não temos acesso, pois está reprimido por um segundo desejo que é o da avó, que se sobrepõe ao primeiro causando certo incomodo nesta relação e ainda um terceiro que é o da enfermeira, que também aparece como mais importante do que o da mãe, ficando claro o não interesse de todos no que a mãe pensa ou quer, e mostrando com isso a forma quase que natural com que é submetida ao direcionamento de outros a sua volta.

Tal situação assinala a importância de se reconhecer e legitimar essas vivências e sentimentos, os quais evidenciam a tensão e a cobrança exigida das mesmas, apontando a

⁸⁰ Entrevista citada.

⁸¹ Entrevista citada.

necessidade de um maior apoio afetivo dentro das maternidades a fim de que estes conflitos não sejam acumulados a outros tantos desafios que estas mães terão de enfrentar nos dias que sucedem a alta hospitalar.

E é nesse contexto que colocamos o Hospital Materno Infantil e as diversas formas de sofrimento psíquico encontradas lá, podendo destacar as manifestações de sofrimento advindo do corpo, como os vários casos de seio invertido, das 8 entrevistadas quatro possuíam seio plano ou invertido, as fissuras e sangramentos, o empedramento do leite, em todas situações a dor sempre esteve presente no discurso das puérperas. Sobre isso Le Breton (1995) faz uma importante discussão a respeito da dor não apenas como um processo orgânico, mas como um processo decorrente de construções simbólicas que variam conforme os contextos socioculturais e a subjetividade do indivíduo. Partindo desse pressuposto seria então, impossível falar em universalização da dor, se partimos da ideia de que as emoções são construtos culturais.

Apesar do crescente trabalho de humanização na maternidade Dona Regina por meio da Rede Cegonha, observa-se nos relatos das mães a enorme dificuldade por parte da equipe de profissionais hospitalares desenvolverem atitudes humanas e acolhedoras no que se refere a situações como estas.

Percebe-se uma ausência de escuta por parte da equipe de profissionais da saúde pelo relato da dor produzindo sofrimento psíquico nas puérperas que não encontram espaço para negociação ou diálogo sobre os limites vivenciados no corpo como notado no caso da Entrevistada VII⁸², quando falava sobre as dores que sentiu quando tentava forçar o bico do seio pra fora e se teve a oportunidade de conversar com alguém sobre isso:

[...] eu chorava.... Ixi, quantas vezes chorei sozinha... não tive com quem falar não... Esses dias que eu fiquei com ele, ele insistia o tempo todo e menino pequeno mama muito. Ele querendo ficar no peito o tempo todo. Mesmo não tendo nada de leite eu colocava... E ele fuçava nesse peito e fuçava, e puxava e nada daí zangava... Ai tinha de dar o leite em pó por que se não... não quetava não... Quando dava ele dormia... era um sossego...

Tornquist (2003) considera que “quando a parturiente e profissionais partilham da idéia de que a dor é legítima, e há escuta desta dor, se estabelece uma negociação em torno do seu sentido”, no entanto, “quando o profissional reduz a dor à sua dimensão orgânica, universal; não há negociação possível, mas sim, imposição e violência (p. 6).

⁸² Entrevista citada.

Esse é um esquema que começa no parto, momento em que a mãe é orientada a silenciar a sua dor, onde até mesmo as outras mães internadas consideram aquela que grita demais como descompensada ou exagerando, como se houvesse um entendimento subentendido acerca dos limites de um comportamento esperado e adequado.

Sobre isso Tornquist (2003) fala que tal mulher é vista como responsável pela promoção de estresse no ambiente hospitalar sendo hostilizada pelas outras e, na tentativa de diminuir a tensão são criadas estratégias entre a equipe como a utilização do termo “mãezinha” que foi comumente visto durante as entrevistas. Sempre que a equipe entrava no quarto era sempre a mesma abordagem: E aí mãezinha, já conseguiu dar o peito? (SIC)⁸³ como se diminuir ou infantilizar a mãe fosse deixá-la mais calma.

No entanto, infere-se, a partir das falas das mães, que falta na equipe um entendimento sobre o puerpério que se estenda para além dos aspectos biológicos, compreendendo que vivenciar um pós-parto é a ocasião em que aquela linha que delimitava a incerteza, o devaneio e a fantasia sobre o feto é rompida, sendo, portanto, instância de enfrentamento da realidade. “Os primeiros seis meses após o parto definem, em boa medida, o futuro mental da mulher, assim como determinam e selam a relação com o filho, a família e a sociedade” (SOIFER, 1992, p.64).

É normal então, que se sintam perplexas, confusas, deprimidas e com um forte sentimento de esvaziamento (perda de partes importantes de si mesmas), devido à ansiedade da lactação, que traz consigo expectativas, tais como: será se terá leite ou não? Se o bebê vai mamar bem ou não? O que é ou não normal? Soma-se isso as dores de “entuerto”⁸⁴ que se devem ao estado de contratura perineal e abdominal e a súbita queda dos níveis hormonais. Quando questionada sobre a dor que sentia a mãe entrevistada VII⁸⁵ fez uma comparação hilária que fez todas as outras mães do quarto rirem se identificando: “*É dolorido demais... não é bom não... eu penso como as vaquinha sofrem, por que não é brincadeira... mama apertando seus seios...*”.

Freud (1924) em seu trabalho sobre histeria verificou que o estado de ansiedade frente à lactação atribui-se a um contra desejo da mãe com o bebê. Soifer (1992) desenvolveu esse

⁸³ Segundo Informações Colhidas durante as entrevistas e observadas pela pesquisadora na relação dos profissionais com as puérperas.

⁸⁴ Termo em espanhol que diz respeito às contrações bruscas do útero que ocorrem quando o bebê suga o mamilo através de um reflexo denominado Ferguson. A sucção do mamilo atua sobre a hipófise causando uma dor acentuada, pois libera um hormônio no útero chamado ocitocina, causando contração no mesmo (OMS, 1989).

⁸⁵ Entrevista citada.

conceito, afirmando que esse contra desejo exprime a defesa contra os desejos sexuais do filho:

À luz desses conceitos, a dor, as rachaduras do seio, os abscessos mamários, e o isolamento que levam a mãe a se desligar do ambiente e da criança, respondem ao desejo inconsciente entre o um desejo sexual incestuoso e a tendência repressiva oposta. As fantasias que acompanham tais estados costumam centrar-se em vivências terroríficas de ser devorada pelo filho, sugada em seco, etc (SOIFER, 1992, p. 76).

Sabe-se que esse estado de ansiedade e depressão que rondam o período pós-parto, é mais intenso na primeira semana, devido ao “Blues Pós-partum”⁸⁶, que se caracteriza por perturbações tais como: irritabilidade, choro fácil, sensibilidade, perda de apetite, ansiedade difusa entre outros, coincidindo com a chegada do leite (Tavares, 1990), causando uma série de fatores de risco para a criança e o bebê, que mal administrados podem se estender causando o que Winnicott (1966) chamou de período esquizóide na mãe observando-se também que não é raro um surto psicótico típico nesse período, denominado psicose puerperal, conforme esclarece abaixo:

Certamente algo acontece às pessoas quando elas se vêem confrontadas com o desamparo que supostamente caracteriza o bebê. (...) Poderíamos quase dizer que as pessoas que cuidam de um bebê são tão desamparadas em relação ao desamparo do bebê quanto o bebê o é. Talvez haja até mesmo um confronto de desamparos (WINNICOTT, 1999b, p. 91).

E é exatamente nesse período que começa a manutenção do programa de aleitamento materno tentando a todo custo fazer com que a criança pegue o seio da mãe. Diante desse entendimento, nota-se o quão prejudicial pode ser essa insistência ignorando o estado no qual se encontra a mãe. Submetendo a mãe a dias de dor e sofrimento a fim de possa finalmente ser liberada para ir para casa, uma vez que a alta hospitalar é condicionada ao aleitamento.

A esse respeito Cintra (2000) assinala duas reações principais que a mãe intrusiva pode causar no bebê:

[...] a) defesa oral – excesso de introjeção - na qual o bebê desenvolve um self adaptativo, submisso, engolindo em excesso, segundo a necessidade da mãe de alimentá-lo; b) defesa paranóide – excesso de projeção - na qual o bebê desenvolve um self reativo, cuspiendo em excesso para tentar evitar a

⁸⁶ Síndrome afetivo ligeiro que se manifesta em 85% das mulheres que dão à luz, observado em todas as civilizações, podendo durar algumas horas ou vários dias, atingindo seu ponto mais forte no terceiro dia do pós-parto.

invasão que o alimento dado pela mãe representa e que não corresponde às suas necessidades (p. 8).

Esse processo deve ocorrer de forma a permitir que a mãe se sinta à vontade de realizá-lo, pois sem a assistência psicológica adequada, as puérperas podem facilmente chegar ao limite do sofrimento psíquico, passando por verdadeiros dramas como no relato abaixo. Situações assim acabam por causar o afastamento e até abandono da mãe em relação ao bebê:

*Eu me sinto na verdade nada né... Por que vê todas as mães amamentando né, eu fico triste por que eu não posso né... É difícil... Tem que segurar a peteca... É muito difícil, eu queria muito, muito mesmo amamentar meu filho, é tão bom... Você ver o bebêzinho chorando, quando você põe o peito na boca, ele fica todo satisfeito... Igual o bebêzinho da menina ali, todo todo na mãe... Tem que ser assim né...*⁸⁷

Amamentar no psiquismo feminino se torna então, condição emblemática para ser boa mãe. O desejo e o dever de amamentar se encontram mais em um campo simbólico da moral do que propriamente da vontade pura de realizá-lo, pensam que ao fazê-lo estão cumprindo seu dever como mãe e mulher, acreditam estar fazendo o que é melhor para o bebê. Percebe-se aí uma apropriação do discurso médico de forma a reproduzi-lo.

A “naturalização” da resposta da criança ante o seio materno é cientificamente construída na psicologia, que considera a boca de um bebê como o centro de seu universo, a via pela qual se aplacam a fome e a sede, diminui a tensão e se restabelece o conforto. Dentro da lógica dessas mulheres, amamentar para atender às necessidades da criança, são essencialmente valorizadas e quando tais respostas não atendem às suas expectativas, ansiedades, conflitos e tensões são vividos por elas (NAKANO, 2003, p. 5).

É comum que no pós-parto, sentimentos como euforia e depressão alternem-se rapidamente. Isso ocorre devido às alterações bioquímicas que ocorrem nesse período. Maldonado (1997) refere-se a pesquisas realizadas por Uddenberg e Engleson (1978), os quais concluíram que mulheres que sofrem de perturbações graves no puerpério apresentam problemas emocionais nos anos seguintes, e podem desenvolver uma relação desfavorável com seu filho.

⁸⁷ Entrevista VII – citada.

As emoções afetam a lactação por meio de mecanismos psicossomáticos específicos, alguns dos quais já foram identificados. Calma, confiança e tranquilidade favorecem um bom aleitamento; por outro lado, medo, depressão, tensão, dor, fadiga e ansiedade tendem a provocar o fracasso da amamentação (MALDONADO, 1997, p. 106).

Sentimentos fortes e representações importantes são forjados não necessariamente pelo ato de alimentá-los, colocá-los para dormir, ou limpá-los, mas pelo contrário, através do modo como esses atos são realizados, o mesmo também ocorre no comportamento dos primatas. “Embora o apego seja de enorme importância como um índice da qualidade do relacionamento progenitor/criança, ele não é, todavia, *sinônimo de todo o relacionamento*” (STERN, 1992, p. 91, *grifo nosso*).

A respeito disso entende-se a vital importância do ambiente hospitalar como mundo externo a criança e como local de acolhimento para a mãe no momento do puerpério, não só responsável pela saúde física e biológica da mãe e do bebê, mas essencial também para o bem-estar psíquico da mesma. Possibilitando que a mãe possa ser o ego auxiliar que a bebê necessitará, conforme apontou Winnicott (1966).

A equipe de profissionais deve estar preparada para ter esse olhar entendendo que muito mais do que saúde nutricional e bem-estar físico, outros importantes aspectos também estão em jogo. A tarefa dos profissionais que detêm as formas de subjetivação da verdade, não é de controlar, mas sim de orientar e dar soluções frente às angustias e dificuldades que se encontram ao seu redor.

O discurso da amamentação não se esgota em aspectos puramente biológicos, mas que abrange dimensões culturais, sociais e históricas torna-se então, necessário o acolhimento das puérperas na tentativa de dar a amamentação um novo discurso, não o discurso do HAC, mas um olhar também pautado na mulher, onde ela assuma o seu lugar e importância.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Lendo os depoimentos dessas mães e, relembrando suas emoções, a pesquisadora se deparou com vários questionamentos que jamais havia pensado sobre a maternidade. O que se percebeu foi uma imposição sutil, porém poderosa, onde a maternidade continua a rotular e reforçar uma imagem de mãe que nem sempre condiz com a realidade vivida por cada uma, trazendo com isso uma carga de muita responsabilidade.

Pelo que se pôde observar neste estudo, a representação social do que se espera do puerpério está fortemente enraizado no mito da mãe perfeita, com propensão natural ao sacrifício e sofrimento, amor incondicional e instinto protetivo, além da crença na completa realização da mulher no desempenho das tarefas maternas.

Nas falas das mães entrevistadas percebe-se que há uma contradição entre o que se sente e o que se diz, as mães continuam não se permitindo descrever claramente a situação que são sujeitas, mas a dor, o sofrimento, e a dificuldade em dar o peito denunciam o esquema adoecedor que é a rotina do aleitamento em Hospital Amigo da Criança - HAC, uma rotina focada unicamente na saúde nutricional do recém-nascido, enquanto as mães vivem a angústia de dar conta desse papel, angústia essa pouco acolhida pela equipe de enfermeiros, técnicos, médicos e psicólogos.

Assim, a obrigatoriedade com que as maternidades manejam a amamentação é, portanto, resultante de uma biopolítica de poder sob o corpo e subjetividade da mulher, produzido historicamente por meio de um discurso biomédico sobre do comportamento adequado à mulher que pari. Para aquelas que decidem pelo não desempenho desse papel, não é dado descanso de optar sem culpa, os comentários e olhares são acompanhados por críticas severas ao não desempenho do papel obrigatório/instituído de parir, cuidar e alimentar os filhos, atingindo proporções complexas como nos casos citados através das entrevistadas.

Conforme observado, nesse aspecto, o fato de ter um filho acarreta em consequências significativas para a mulher, como as privações reais, de ordem afetiva e/ou econômica, aumentando a tensão e a preocupação com o futuro, gerando frustração e ressentimentos de não encontrar gratificação na gravidez. É possível inferir que o amor materno não pode ser considerado simplesmente ou tão somente como um instinto cego e irracional, tal como se é um instinto, mas é um sentimento como os demais, sujeito a imperfeições e modificações.

A partir das leituras realizadas sobre o papel político que as práticas maternas possuíram e possuem aliado ao discurso das mães entrevistadas, avalia-se que estas mães encaram o papel como uma atividade de dedicação exclusiva sua, exigindo das mesmas o

abandono total dos estudos e do trabalho. A partir disto, compreende-se que o instinto materno contribui para manter estas mulheres sujeitas ao trabalho exclusivo do cuidado e educação dos filhos, mantendo-as uma vez mais reféns do trabalho doméstico e/ou sobrecarregadas com múltiplas funções.

Nesse contexto, amamentar torna-se, portanto, uma prática que depende exclusivamente da mãe para dar certo, quando na verdade sabemos que não o é. Aleitar é acima de tudo um ato pessoal, por partir inicialmente de um desejo ou não-desejo, é cultural por partir de uma construção histórica, e é social por, em grande parte, depender das relações que a rodeiam. No entanto tem sido encarada, especialmente, como tema de saúde pública por se tratar de uma prática que pode ser determinante no controle da mortalidade infantil em países subdesenvolvidos e também na economia de países desenvolvidos, tendo se transformado nas últimas décadas em assunto de interesse público, com propostas de leis e orçamentos específicos.

Tais políticas têm sido pensadas na ausência de uma discussão pautada na categoria de gênero e nas discussões feministas, as quais objetivam o resgate da autonomia ao corpo e o direito a liberdade de escolher sem coerção sua própria condição de ser e fazer a maternidade.

Isso leva a refletir que o fato de dizer não ao aleitamento não é só um ato isolado, traz consigo diversos significados políticos, pessoais e sociais. Tal decisão acarreta, principalmente, no medo do julgamento que certamente virá e no receio de ser censurada, resultando em situações de dor e sofrimento, omitindo o fato de que se lhes fosse dada uma chance talvez escolhessem por não ter de passar por isso.

Acredita-se que a possibilidade de poder vivenciar a maternidade com autonomia é extremamente relevante para pensar os avanços que se quer e se pode ter. Avanços estes, impossíveis de serem discutidos num espaço onde a mulher ainda é a grande responsável pelo desenvolvimento e cuidado dos filhos, resultado de políticas ausentes de um discurso de gênero e autonomia da mulher.

Nesse sentido, o presente estudo pode contribuir com a reflexão de que a maternidade é algo muito mais complexo do que se é posto, envolvendo diversas mudanças e reestruturações no cotidiano da mulher. Com isso é importante ressaltar o papel do profissional de saúde nos casos onde há dificuldade no aleitamento, pois essas vivências, quando não resolvidas pela mãe, influenciam negativamente na sua relação com o bebê. Sendo assim, é necessário ouvir o que estas puérperas têm a dizer, não impondo o que se espera dela, mas focando-se no que se está apta a viver e, portanto, a dar. É necessário entender que estas mães precisam de apoio através de momentos que lhes permitam

compartilhar suas vivências, oportunizando que as mesmas resignifiquem suas angústias, tristezas, arrependimentos e culpa.

Levando a crer que os pensamentos, desejos, e emoções inconscientes que motivam uma mulher à maternidade serão sempre motivos de análises, devido às diversas variantes históricas e culturais as quais estão sujeitas. “A moral, os valores sociais ou religiosos, podem ser incitadores tão poderosos quanto o desejo da mãe” (BADINTER, 1985, p.18).

Cabe o lembrete, no entanto, de que é possível uma maternidade inteira, onde a culpa, apesar de presente, não esteja por trás de todas as ações, onde o corpo, apesar de carregado por anseios sociais, seja, politicamente, posse da mulher. Não mais a mãe suficientemente boa, nem a mãe má, desinteressada, mas aquela capaz de se libertar das amarras que a impedem de vivenciar esse momento sem o medo, a angústia, ou frustração.

Com certeza, o tema não se esgota por aqui, pois o presente estudo contribuiu para a reflexão de um recorte e olhar específico desta prática, cabendo ainda vários outros recortes que proporcionem um olhar mais amplo acerca dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher, auxiliando dessa forma, que profissionais envolvidos busquem uma maior compreensão sobre os significados que perpassam estas questões e possam, dessa forma, aprimorar o atendimento prestado.

Finaliza-se com a compreensão que Foucault (2006) dá a respeito do papel do intelectual, que não é o de criticar os conteúdos ideológicos, mas saber se é possível constituir uma nova política da verdade. Tendo em vista que não é o objetivo, tampouco o desafio do intelectual, mudar a consciência das pessoas, ou o que elas pensam, mas seu foco tem que estar no regime político, econômico, institucional de produção da verdade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, Branca Moreira, PITANGUY, Jacqueline. **O que é Feminismo**. São Paulo: Ed. Abril cultural: Brasiliense, 1985.
- ALMEIDA, João Aprigio; NOVAK, Franz Reis. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **Jornal de Pediatria** - Vol. 80, Nº5 (supl), 2004.
- ARRETCHE, Marta T. S. Emergência e Desenvolvimento do Welfare State: Teorias Explicativas. **BIB Boletim Informativo e Bibliográfico**, nº 39, 1995.
- ARIÈS, Philippe. **História Social da Criança e da Família**. Trad. Dora Flaksman. 2ª edição, Rio de Janeiro: Zahar, p.26, 1981.
- AZEVEDO, Kátia Rosa; ARRAIS, Alessandra da Rocha. O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 19, n. 2, 2006. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722006000200013&lng=en&nrm=iso>. Access on 22 Nov. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722006000200013>.
- BOCK, Gisela. Pobreza feminina, maternidade e direitos das mães na ascensão dos Estados-providência (1890-1950). In: DUBY, Georges; PERROT, Michelle (Dir.). **História das mulheres no Ocidente**. Porto: Afrontamento, v. 5, 1995.
- BOWLBY, J. Maternal care and mental health. **World Health Organization Monograph** (Serial No. 2), 1951.
- BANDEIRA, Lourdes. Brasil: Fortalecimento da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres avançar na transversalidade da perspectiva de Gênero nas Políticas Públicas. Convênio Comissão Econômica para América Latina e Caribe – CEPAL, **Secretaria Especial de Política para as Mulheres** – SPM, Brasília, Janeiro, 2005.
- BRANDÃO, H. H. N. **Introdução à análise do discurso** (5a. ed.). Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 1986.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/Ministério da Saúde, **Secretaria de Políticas de Saúde**, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BARTKY, S.L. Foucault, feminity and patriarchal power. In: DIAMOND, I. e QUIMBY, L. **Feminism and Foucault**. Boston, Northeastern University Press, 1988.
- BANDITER, Elisabeth. **Existe el Instinto Maternal?** Historia del amor maternal. Siglos XVII al XX. Barcelona, Paidós, 1981, p.226.
- BADINTER, Elisabeth. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Tradução de Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985. Livro digital. Disponível em: <http://groups-beta.google.com/group/digitalsource>. Acesso em 02 de outubro de 2013.

BADINTER, Elisabeth. **O conflito**: a mulher e a mãe. Trad. Véra Lucia Reis, Ver Técnica de Joel Birman. Rio de Janeiro: Record, 2011.

BAREMBLITT, G. **Compêndio de Análise Institucional**. 3º ed., Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996.

BARBOSA, Daguiomar de Oliveira e FREITAS, Rita de Cássia Santos. A Invisibilidade dos Homens na Proteção Social Básica: Um Debate sobre Gênero e Masculinidades. **OPIS**, Catalão, v. 13, n. 2, p. 58-83 - jul./dez. 2013.

BARBOSA, Hamilton Elias. A construção histórica do sentimento de infância: Da Idade Média à Moderna. Universidade Salgado de Oliveira, **Monografia de conclusão de curso**, Goiânia, 2007. Disponível em http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/2010/artigos_teses/2010/Historia/monografia/monocrianca.pdf. Acesso em 20/nov/ 2012.

BEAUVOIR, Simone de. **O segundo sexo**: fatos e mitos. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2003.

BOCK, Gisela; THANE, Pat. (eds.). **Maternidad y políticas de género**. La mujer en los estados de bienestar europeos, 1880-1950. Valência: Cátedra, 1996.

BOSI, M. L. M.; MACHADO, M. T. Amamentação: um resgate histórico. **Cadernos da Escola de Saúde Pública do Ceará**, Ceará, v.1, n.1, p.17-25, jul/dez., 2005.

BOURDIEU, P. A. **O poder simbólico**. Tradução Fernando Tomaz, 7. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

BUTLER, J. **Problemas de gênero**: feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 2003.

CINTRA, Glória. Gerda Boyesen, a mãe suficientemente boa descrita por Winnicott. **Monografia em Psicologia Biodinâmica**. Setembro de 2000. Disponível em: https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&cad=rja&uact=8&ved=0CDkQFjAD&url=http%3A%2F%2Fwww.ibpb.com.br%2FGloria_Cintra.doc&ei=sRZIVPTsKMrCggTstoGwAQ&usg=AFQjCNFQ9j3uX1D3Esby8SWP-fgWWmZX9A&sig2=jVqvw-qdeWXrmOaNihBG6g. Acesso em: 12 de mai de 2014.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. Petrópolis (RJ): Vozes, 2006.

COELHO, Clair Castilhos. O Sistema Único de Saúde: Filosofia, História e Visão Panorâmica da Atualidade. Rede feminista de saúde. **Anais da capacitação de multiplicadoras em controle social das políticas de saúde**. Belo Horizonte: Mazza, 2003, p. 33-50.

COELHO, Clair Castilhos. **Breve história da mulher e seu corpo**. In: COELHO, Elza Berger Salema; CALVO, Maria Cristina Marino; COELHO, Clair Castilhos. (org). Saúde da Mulher. Um desafio em construção. Florianópolis: UFSC, 2006, p. 11-26.

DANTAS, C. R. O Exercício da paternidade após a separação. **Dissertação de Mestrado**. PUC-Rio, 2003.

DIEHL, Julia Polgati; ANTON, Márcia Camaratta. Fatores emocionais associados ao aleitamento materno exclusivo e sua interrupção precoce: um estudo qualitativo. **Revista Aletheia**, Canoas, n. 34, abr. 2011. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942011000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 12 ago. 2013.

DEUTSCH, H. La Psicología de la Mujer. Bueno Aires: Lousada, v. 2, 1960 *apud* BADINTER, Elisabeth. **Um amor conquistado**: o mito do amor materno. Tradução de Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985. Livro digital, Disponível em: <http://groups-beta.google.com/group/digitalsource>

DOMINGUES, Sana Gimenes Alvarenga. Gênero, educação e cidadania na visão liberal: as idéias de Rousseau e de Stuart Mill. **XIII Encontro de história Anpuh-Rio**, 2008. Disponível em: http://www.encontro2008.rj.anpuh.org/resources/content/anais/1212952690_ARQUIVO_TextointegralANPUHRJ2008.pdf. Acesso em: 12 de jan 2014.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos et al. Amostragem los Pesquisas qualitativas: Proposal de Procedimentos Para constatar saturação Teórica **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, fevereiro de 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000200020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 de outubro de 2014 <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200020>.

FORNA, A. **Mãe de todos os mitos**. Rio de Janeiro: Ediouro, 1999.

FARAH, Marta Ferreira Santos. **Gênero e políticas públicas**. Revista Estudos Feministas. v.12, n.1., 2004.

FÓRUM NACIONAL DE EDUCAÇÃO EM DIREITOS HUMANOS. Protegendo as Mulheres da Violência Doméstica. 4. ed. Brasília: **Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres**, 2008, p. 163.

FALUDI, Susan. **Backlash**: O contra-ataque na guerra não declarada contra as mulheres. Tradução de Mario Fondelli, Rio de Janeiro: Rocco, 2001.

FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de. Uma genealogia das teorias e modelos do Estado de Bem-Estar Social. **Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, n. 46, p. 38-71, 1998.

FARIA, Michele Roman. O que é uma mulher? Respostas clínicas ao problema do feminino. **Psyche**: São Paulo, v. 8, n. 13, jun. 2004. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-1138200400100009&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 11 mar. 2013.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**. Petrópolis, Editora Vozes, 13ª edição, trad. Raquel Ramallete. 1996.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. 7.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985c.

FOUCAULT, Michel. Aula de 7 de janeiro de 1976. In: _____. Em defesa da sociedade: **curso no Collège de France** (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FREUD, Sigmund. **O futuro de uma ilusão e outros textos**. Obras completas volume 17 - Inibição, sintoma e angústia, o futuro de uma ilusão e outros textos, 1926-1929.

FREUD, Sigmund. **Neurose e Psicose**. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 2007. v. III, 1924.

FREUD, S. **A Feminilidade**. (1933 [1932]) In: _____, Novas Conferências Introdutórias Sobre Psicanálise. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 139-165. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 22).

FREUD, S. **Dissolução do complexo de Édipo**. (1924) In: _____. Obras completas. Rio de Janeiro: Imago, vol. XIX., 1980.

FROTA, Mirna Albuquerque, et al. Fatores que interferem no aleitamento materno. Publicado na **Revistarene** da Universidade Federal do Ceará, em 28 de agosto de 2009. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/10.3/html/6.htm>. Acesso em 03 de dez de 2012.

FRIEDAN, Betty. **Mística feminina**. Petrópolis: Vozes, 1971.

GIL, Antonio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GUATTARI, Félix. **In Infopédia** [Em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2012. [Consult. 2012-11-14]. Disponível na www: <URL: [http://www.infopedia.pt/\\$felix-guattari](http://www.infopedia.pt/$felix-guattari)>.

GUIRADO, Marlene. Psicologia Institucional: O Exercício da Psicologia Como Instituição. **Interação em Psicologia**, São Paulo, 2009, 13(2), p. 323-333.

GOODWIN, C. James. **História da Psicologia Moderna**. Trad. Marta Rosas, São Paulo: Cultrix, 2005.

GOODE, W.J. & HATT, P.K. **Métodos em pesquisa social**. São Paulo, Editora Nacional, 1972.

GIFFIN, Karen Mary. Mulher e saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. v.7, n.2. Rio de Janeiro, apr/jun, 1991.

GIFFIN, Karen Mary. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Cadernos de Saúde Pública**. v.8, supl.1, Rio de Janeiro, 2002.

GIANNOTTI, A. Psicologia nas instituições médicas e hospitalares. Em: Oliveira, M.de F.P. de & Ismael, S.M.C. (Orgs.). **Rumos da psicologia hospitalar em cardiologia**. Campinas-SP: Papirus, 1995.

HRDY, Sarah Blaffer. **Mãe natureza**: uma visão feminina da evolução: maternidade, filhos e seleção natural. Trad. De Álvaro Cabral, Rio de Janeiro: Campus, 2001.

INTERNET. Silenciando o sofrimento e promovendo o adoecimento: uma trajetória histórica: A invenção do instinto materno. 4º ed. **Revista Entre Livros**, Duetto Editorial, Agosto, 2005. Disponível em http://www2.uol.com.br/entrelivros/reportagens/a_invencao_do_instinto_materno_imprimir.html. Acesso em 20/nov./2012.

JENSON, Jane. Who cares? Gender and elfare regimes. **Social Politics**, v. 4, n. 2, p. 77-99, 1997.

JODELET, D. **Representações sociais**: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (org.). **As Representações sociais**. Rio de Janeiro: Eduerj, 2002.

KAPLAN, G. **Contemporary Western European feminism**. London: UCL Press, 1992.

KEHL, Maria Rita. **Deslocamentos do feminino**: a mulher freudiana na passagem para a modernidade. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1998.

LEVY, Leonor; BÉRTOLO, Helena. Manual de Aleitamento Materno. **Comitê Português para a UNICEF/Comissão Nacional**. Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebês. Edição Revista de 2008.

LANE, S. T. M. **Os fundamentos teóricos e conclusões**. In S. T. M. Lane & Y. Araújo (Eds.), **Arqueologia das emoções** (pp. 11-33, 119-120). Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

LAKATOS, Eva Maria. MARCONI, Marina de Andrade. **Metodologia do trabalho científico**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 1992.

LABBOK, Miriam H.. Aleitamento materno e a iniciativa hospital amigo da criança: mais importante e com mais evidências do que nunca. **J. Pediatr.** (Rio J.), Porto Alegre, v. 83, n. 2, Apr. 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572007000200002&lng=en&nrm=iso>. Access on 07 Mar. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572007000200002>.

LANG, Alice Beatriz da Silva Gordo. História oral: procedimentos e possibilidades. **Revista Textos**, n.8 – Série 2, 2001.

LAGO, Mara Coelho de Souza. Feminismo, psicanálise, gênero: viagens e traduções. **Estudos Feministas**, Florianópolis: UFSC, 18(1): 288, janeiro-abril/2010.

LE BRETON, David. **A síndrome de Frankenstein**. In: SANT'ANNA, Denise Bernuzzi de (org.). **Políticas do corpo**. São Paulo: Estação Liberdade, 1995.

LEWIS, Jane. The decline of the male breadwinner model: the implications for work and care. **Social Politics**, v. 8, n.2, p. 152-170, 2001.

MOSCOVICI, S. **Comunicação apresentada ao Colóquio sobre as Representações Sociais**. Paris, EHESS, 8-10 jan. 1979.

MAIA, Antonio. Do Biopoder à Governamentalidade: sobre a trajetória da genealogia do poder. Pontifícia Universidade Católica / PUC-Rio, **Currículo sem Fronteiras**, v.11, n.1, ISSN 1645-1384, p.54-71, Jan/Jun 2011. Disponível em: <http://www.curriculosemfronteiras.org/vol11iss1articles/maia.pdf>. Acesso em 27 de Nov de 2012.

MALDONADO, T. **Psicologia da Gravidez – Parto e Puerpério**. 16º Ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

MALDONADO, Maria Tereza & DICKSTEIN, Julio. **Nós estamos grávidos**. 11 ed.- São Paulo: Saraiva, 2000. p 131.

MALDONATO, M.T.P. Aspectos psicológicos da gravidez, do parto e do puerpério. In.: **Psicologia da gravidez**. 14ªed. São Paulo: Saraiva, 1997.

MAGALHÃES, Marina Moura. Sobre a Obrigatoriedade do Amor Materno: Um Estudo com Mulheres que Optaram por não ter Filhos. **Dissertação de Mestrado**, Rio de Janeiro: PUC, certificação digital Nº1012186/CA, mar/2012. Disponível em: http://www.maxwell.lambda.ele.puc-rio.br/19962/19962_1.PDF. Acesso em 04 de Nov de 2012.

MARTINS, Charles Fernando. Políticas Sociais no Brasil. **Cadernos da Escola de Educação e Humanidades**, Curitiba, p. 27-29, ISSN 1984-7068, 2006.

MARTINS, Ana Paula Vosne. **Nem Minotauro, nem maternal**: repensando o conceito de paternalismo no contexto da formulação das políticas da maternidade. In: RIAL, Carmem; PEDRO, Joana Maria; AREND, Silvia Maria Fávero (orgs.). **Diversidades**: dimensões de gênero e sexualidade. Ilha de Santa Catarina: Mulheres, 2010.

MEYER, Dagmar Estermann. Teorias e políticas de gênero: fragmentos históricos e desafios atuais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF), jan/fev;57(1):13-8, 2004.

MENEZES, K. F. F. L. Discurso de mães doadoras: Motivos e Sentimentos Subjacentes à Doação. Universidade Católica de Pernambuco, **Dissertação de Mestrado**, Recife: 2007. Disponível em: http://www.unicap.br/tede/tde_arquivos_/1/TDE-2007-06-13T113024Z-92/Publico/Karla%20Fabiana_confrontado.pdf. Acesso em 22/Nov/2012.

MENDES, Margarete Fernandes.; COELHO, Elza Berger Salema.; CALVO, Maria Cristina Marino. **O puerpério na atenção básica**: as interfaces da assistência institucional e das práticas de cuidados de saúde. In: COELHO, Elza Berger Salema.; CALVO, Maria Cristina Marino.; COELHO, Clair Castilhos. (org). **Saúde da Mulher**. Um desafio em construção. Florianópolis: UFSC, p. 182-204, 2006.

MILBRADT, V. Afetividade e gravidez indesejada: os caminhos de vínculo mãe-filho. **Rev. Pensamento Biocêntrico**; 9:111-33, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Fundo das Nações Unidas para a Infância**. Iniciativa Hospital Amigo da Criança, Revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado. Módulo 1: histórico e implementação. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 78 p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portal da saúde**. Saúde da mulher. Disponível em <http://www.saude.gov.br>. Acessado em 01/06/2010.

MORIN, Edgar. **Introdução ao Pensamento Complexo**. 4. ed. Lisboa, Instituto Piaget, 2003.

MONTEIRO, Juliana Cristina dos Santos; GOMES, Flávia Azevedo; NAKANO, Ana Márcia Spanó. Percepção das mulheres acerca do contato precoce e da amamentação em sala de parto. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 19, n. 4, dez. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-1002006000400010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 28 mar. 2009.

MURATORI, Annita; SANTANA, Wendy. Filhos e filhos: As particularidades do ser criança no império Inca e da construção da infância na Europa. **Revista Ameríndia**, vol. 3, n. 1, 2007. Disponível em http://www.amerindia.ufc.br/Anteriores/Vol03/vol03_14.pdf. Acesso em 22/Nov/2012.

MANSANERA, Adriano Rodrigues; SILVA, Lúcia Cecília da. A influência das idéias higienistas no desenvolvimento da psicologia no Brasil. **Revista Psicologia em Estudo**, DPI/CCH/UEM, v. 5, n. 1, 2000, p. 115-137. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v5n1/v5n1a08>. Acesso em 23 de Nov. de 2014.

NAKANO, Ana Márcia Spanó; MAMEDE, Marli Villela. A prática do aleitamento materno em um grupo de mulheres brasileiras: movimento de acomodação e resistência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 3, July 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 27 Maio de 2009.

NOGUEIRA, Conceição. Feminismo e Discurso do Gênero na psicologia Social. **Psicologia & Sociedade**. ISSN 0102-7182. 13:1, 107-128, 2001.

NARVAZ, Martha Giudice; KOLLER, Sílvia Helena. Metodologias feministas e estudos de gênero: Articulando pesquisa, clínica e política. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 3, p. 647-654, set./dez. 2006.

OLIVEIRA, A. **Feminismo**. Enciclopédia Luso-Brasileira. Lisboa: Verbo, 1969.

ORLANDI, Eni. **Análise de Discurso**: princípios e procedimentos. Campinas: Pontes, 2007.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno**: o papel especial dos serviços materno-infantis. Declaração conjunta OMS/UNICEF. Genebra; 1989.

ORLOFF, Ann Shola. Farewell to Maternalism? State Policies and mothers' employment. [Evanston (IL): Institute for Policy Research, Northwestern University, [s.d.]. (Working Paper Series, WP-05-10).

OFFE, Claus. **Advanced capitalism and the Welfare State**. In: Politics and Society, v. 4, p. 479-488, 1972. Disponível em: http://cra-rj.org.br/site/cra_rj/espaco_opinio_artigos/index.php/2011/07/15/desigualdade-social-e-o-welfare-state-brasileiro/#w2zMMEiuTHHuJQWz.99. Acesso em: 20 de junho de 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). PRH. **Análise da necessidade e introdução de anticoncepcionais no Brasil**. Brasília, 1994. (Relatório de uma análise colaborativa feita pelo Ministério da Saúde/COMI/CEMICAMP e representantes do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde e a União Brasileira de Mulheres).

PITANGUY, Jacqueline; MIRANDA, Dayse. **As mulheres e os direitos humanos**. In: PUGLIA, June (coord). O progresso das mulheres no Brasil. Brasília: UNIFEM, p. 14-31, 2006.

PRÁ, Jussara Reis. **Metodologias feministas, gênero, políticas públicas e o monitoramento da Lei Maria da Penha**. In: RIAL, Carmen; PEDRO, Joana Maria; AREND, Silvia Maria Fávero (orgs.). Diversidades: dimensões de gênero e sexualidade. Ilha de Santa Catarina: Mulheres, p. 81-101, 2010.

PITANGUY Jacqueline; MIRANDA, D. A.. As Mulheres e os Direitos Humanos. In: Cepia. (Org.). O Progresso das Mulheres no Brasil.. 1 ed. Brasília: Unifem e Fundação Ford, 2006, v. , p. 14-32. PORTO, Maria Stela Grossi. Realidade, representações sociais e Segurança Pública: uma interpretação. In: **Segurança pública: representações sociais e políticas de formação/ org.** Joelina Menezes. São Cristóvão: Editora UFS, 2009.

PULEO, Alicia H. **Filosofia e gênero**: da memória do passado ao projeto de futuro. In: GODINHO, Tatau.; SILVEIRA, Maria Lúcia da (orgs.). Políticas Públicas e Igualdade de Gênero. São Paulo: Coordenadoria Especial da Mulher, p. 13-34, 2004.

PHILIPPI, Jane Maria de Souza. **Políticas de saúde da mulher no Brasil**: história e evolução. In: RIAL, Carmem; PEDRO, Joana Maria; AREND, Silvia Maria Fávero (orgs.). **Diversidades**: dimensões de gênero e sexualidade. Ilha de Santa Catarina: Mulheres, 2010.

PEREIRA, William Cesar Castilho. Movimento institucionalista: principais abordagens. **Revista psi**, UERJ, 2007. Disponível em: <http://www.revipspsi.uerj.br/v7n1/artigos/html/v7n1a02.htm>.

PORTELLI, Alessandro. História oral como gênero. **Revista História e oralidade**: Proj. História, São Paulo, 22 de jun. 2001.

PORTELLI, Alessandro. O que faz a história oral diferente. **Revista Proj. História**: cultura e representação, São Paulo, (14), fev. 1997.

ROUSSEAU, J. J. **Emílio, ou, Da Educação**. Tradução Sérgio Milliet. Rio de Janeiro: Bertrand, Tradução de: Émile ou de l'éducation, 1992.

RAMOS, C. V., ALMEIDA, J. A. G. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. **J Pediatría**; 79(5):385-90, 2003b.

REIS, Ana Regina Gomes dos. Do segundo sexo à segunda onda: discursos feministas sobre a maternidade. **Dissertação de mestrado** – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.

RUBIN, Gayle. **O tráfico de mulheres**: notas sobre a economia política do sexo. SOS - Corpo. Recife, 1993.

Relatório Situacional da População Mundial do Fundo de População das Nações Unidas – UNFPA / Organização das Nações Unidas – ONU, Coordenação Editorial e revisão: Ulisses Lacava Bigaton, Tradução: Patrícia Ozório de Almeida e Cristiane Feitosa, 2013.

RIBEIRO, Uriella Coelho. Um estudo sobre movimento de mulheres e feministas e suas interfaces com conselhos municipais de saúde. **Anais do III Seminário Nacional e I Seminário Internacional**. Movimentos Sociais Participação e Democracia. Núcleo de Pesquisa em Movimentos Sociais _ NPMS. Florianópolis: UFSC, 2010.

RIBEIRO, Maria das Graças Martins; SANTOS, Rosângela Da Silva. O método "história de vida" e seu uso em pesquisa de enfermagem com gestante HIV positivo. Escola Anna Nery **Revista de Enfermagem**, Universidade Federal do Rio de Janeiro, vol. 4, núm. 1, abril, 2000, pp. 47-54.

SCOTT, Joan Wallach. Gênero: Uma categoria Útil de Análise Histórica. **Educação & Realidade**. Porto Alegre, vol. 20, n° 2, julho / dez. 1995.

SALVATICI, Silvia. Memórias de gênero: reflexões sobre a história oral de mulheres. **Revista História Oral**, v. 8, n. 1, p. 29-42, jan.-jun. 2005.

SEN, Amartya Kumar. Trad. Laura Teixeira Motta. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SCOTT, Joan. Gender: a useful category of historical analysis. In: _____, Gender and the Politics of History, New York: Columbia University Press, 1988, pp. 28-52. [Em português: **Gênero: uma categoria útil de análise histórica**. Recife: SOS Corpo e Cidadania, 1993.

SCOTT, Joan. **Gênero**: uma categoria útil de análise histórica. Cadernos SOS Mulher, Recife, 1990.

SILVA, Amauri Pinto da; SOUZA, Nelson de. Prevalência do aleitamento materno. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 18, n. 3, June 2005. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732005000300002&lng=en&nrm=iso>. access on 29 Apr. 2013. [http:// dx.doi.org/ 10.1590/S1415-52732005000300002](http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732005000300002)

SANTOS, P. A. C.; SOUZA, A. V. M.; SANTOS, V. S. O conceito de implicação em práticas da análise institucional contemporânea. **V Colóquio Internacional: Educação e Contemporaneidade**, ISSN 1982-3657, São Cristóvão-SE, 2011.

SANTOS, Jacqueline Matias dos. Não-maternidade voluntária: crenças motivadoras de mulheres que optaram não ter filhos. **Dissertação**– Programa De Pós-Graduação em Psicologia – Universidade Federal Da Paraíba, João Pessoa, 2012.

STERN, P. C. **Dimensões psicológicas das mudanças ambientais globais**. Annual Review of Psychology, nº 43, 1992.

SERRURIER, C. **Elogio às mães más**. São Paulo, SP: Summus, 1993.

SILVA, Vagner Luís. Fundamentos do Institucionalismo na Teoria Social de Thorstein Veblen. **Revista Política & Sociedade**, Vol. 9, n. 17, outubro de 2010.

SCHWARTZMAN, S. **Bases do Autoritarismo Brasileiro**. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1982.

SCAVONE, Lucila. A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais. **Cad. Pagu**, Campinas, n. 16, 2001. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332001000100008&lng=en&nrm=iso>. access on 21 Feb. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-83332001000100008>.

SPINDOLA, Thelma; SANTOS, Rosângela da Silva. Trabalhando com a história de vida: percalços de uma pesquisa(dora?). **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo, v. 37, n. 2, June 2003. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342003000200014&lng=en&nrm=iso>. access on 06 Mar. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342003000200014>.

_____. Trabalhando com a história de vida: percalços de uma pesquisa(dora?). **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo, v. 37, n. 2, June 2003. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342003000200014&lng=en&nrm=iso>. access on 06 Mar. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342003000200014>. *apud* CIPRIANI R, Pozzi E, Corradi C. **Histoires de vie família ledan sun contexte urbain**. Cahiersintsociol 1983; 79: 253-62.

SOIFER, R. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 6 ed., 1992.

TRIGO, Maria Helena Bueno; BRIOSCHI, Lucila Reis. Interação e comunicação no processo de pesquisa. **Revista Textos: Reflexões sobre a pesquisa sociológica**, 2 ed, n. 3 – Série 2, p. 25-32, 1999.

TORNQUIST, Carmen Susana. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, vol.19 suppl. 2 Rio de Janeiro 2003.

TRIBUNAL SUPERIOR ELEITORAL. TSE. **Eleições 2008**. Disponível em <http://www.tse.gov.br>. Acessado em 30/03/2010.

VEBLER, Thorstein, B. **A teoria da classe ociosa: um estudo econômico das instituições**. Tradução de Olívia Krahenbuhl, apresentação de Maria Hermínia Tavares de Almeida. São Paulo: Abril Cultura, 1987. (1º ed. 1899)

ZAFIROPOULOS, Markos. A teoria freudiana da feminilidade: de Freud a Lacan. **Reverso**, Belo Horizonte, v. 31, n. 58, set. 2009. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952009000200002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 11 mar. 2013.

WINNICOTT, D. W. **A integração do ego no desenvolvimento da criança.** In :_____. O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artmed, 1965, p. 55-61.

WINNICOTT, Donald Woods. **A mãe dedicada comum.** Publicado em conferências e palestras radiofônicas. 1966.

WINNICOTT, Donald Woods. **Os bebês e suas mães.** Trad. de Jefferson Luiz Camargo. São Paulo, Martins Fontes, 1988.

APENDICE I



Universidade Federal do Tocantins
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE – N° _____

Eu, _____,

RG: _____ abaixo qualificado, DECLARO para fins de participar de pesquisa, na condição de sujeito da mesma, que fui devidamente esclarecido sobre o Projeto de Pesquisa intitulado: **O “INSTINTO MATERNO”: UMA DISCUSSÃO ACERCA DO DESEJO DE AMAMENTAR**, desenvolvido pela Acadêmica Pesquisadora **Jaqueline Medeiros Silva Calafate** e pela Orientadora e Pesquisadora Responsável Profa. Dra. **Temis Gomes Parente**, quanto aos detalhes abaixo relacionados:

1. **Objetivo Geral:** O objetivo deste estudo é discutir se o desejo de amamentar está relacionado a um instinto maternal ou se é sujeito a uma construção social e de gênero configurando em um comportamento adequado a mulher que pare, e com isso, compreender se a obrigatoriedade com que as maternidades manejam a amamentação resulta em um maior sofrimento de puérperas, propondo uma discussão de gênero acerca das políticas materno-infantis.
2. **Justificativa:** Compreende-se que entre os principais motivos que levam a mães a não amamentarem estão os motivos bio-psico-sócio-econômicos, ao contrário do que é posto pela equipe de saúde, que tem enfatizado as dificuldades de ordem físicas e biológicas da mulher. Tal perspectiva mostra que, na prática, o ato de amamentar tem se tornado impraticável na realidade cotidiana da mulher que trabalha, possui outros filhos, e equilibra a dinâmica: casa/família/emprego. Acredita-se que discutir essa obrigatoriedade colaborará na diminuição da culpa e sofrimento oriundos de situações em que a mãe não consegue amamentar e é fortemente cobrada e criticada. Tal

conjuntura é resultante de uma biopolítica de poder sob o corpo e a subjetividade da mulher, produzido historicamente por meio de um discurso biomédico acerca do comportamento adequado a mulher que pare.

3. O sujeito desta pesquisa será submetido a um **questionário** e uma ou mais entrevistas a depender da necessidade do pesquisador.
4. **Benefícios da pesquisa:** Acredita-se que este trabalho colaborará para um olhar menos punitivo sobre as cobranças depositadas sobre a mãe no momento do puerpério, resultando em uma relação menos culposa e mais com seu bebê, possibilitando a reflexão acerca das relações que o poder estabelece historicamente sobre o corpo da mulher.
5. **Riscos inerentes a pesquisa:** Exposição do sofrimento da mãe; entrar em questões que não conseguirá solucionar e fazer emergir histórias e lembranças passadas que causam sofrimento. A fim de lidar com estas questões a aplicação do questionário será realizado em ambiente privativo a fim de não causar maiores transtornos a mães que já se encontram fragilizadas. Sabe-se que a maioria destas mães, ou se encontram em enfermarias, ou no banco de leite, dessa maneira, para que sejam possíveis as entrevistas de forma individualizada e sigilosa, conversou-se com a equipe de psicologia da maternidade Dona Regina que verificou a possibilidade de realizá-las em uma sala que se encontra perto do banco de leite a fim de evitar a exposição da mãe.
6. A pesquisadora responsável se responsabiliza por quaisquer esclarecimentos que ocorram acerca da metodologia ou tema deste trabalho, antes, durante e após o curso desta pesquisa.
7. Considera-se que o sujeito da pesquisa possui toda a liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalizações ou quaisquer prejuízos.

8. Garantimos ainda o total sigilo das informações prestadas durante as entrevistas, assegurando sigilo absoluto dos entrevistados.

Assinatura da participante

Jaqueline M. S. Calafate
(Mestranda – Pesquisadora)

Dra. Temis Gomes Parente
(Professora – Orientadora)

QUALIFICAÇÃO DO DECLARANTE

Data: _____ / _____ / _____ Sexo () M () F Tel: _____
Endereço: _____
Nº _____ Complemento: _____
Cidade: _____ CEP: _____

DECLARAÇÃO DO PESQUISADOR

Declaro ter elaborado este termo para obter informação apropriada e voluntária, o consentimento livre e esclarecido do declarante acima qualificado para a realização desta pesquisa e COMPROMETO-ME a prestar pela ética tal qual expresso na Resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS n. 196/96 versão ENCEP 2012.

Palmas, _____ de _____ 2014.

Jaqueline Medeiros Silva Calafate
Mestranda / Pesquisadora

DECLARAÇÃO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Declaro estar ciente de todos os detalhes inerentes a pesquisa e COMPROMETO-ME a acompanhar todo o processo , presando pela ética tal qual expresso pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS n. 196/96 e especialmente, pela integralidade do sujeito da pesquisa.

Palmas, _____ de _____ 2014.

Dra. Temis Gomes Parente
Orientadora e Pesquisadora Responsável

Assinatura da participante

Jaqueline M. S. Calafate
(Mestranda – Pesquisadora)

Dra. Temis Gomes Parente
(Professora – Orientadora)

CONTATOS**Jaqueline Medeiros S. Calafate**

Endereço: 205 Sul; Alameda 23; QI – 09; Lote 4; casa 2

Telefone: (63) 8404-3230

Email: jaquelinecalafate@hotmail.com**Temis Gomes Parente**

Endereço: 403 Norte, Rua S/N

Telefone: (63) 9978-1515

Email: temis.parente@uol.com.br**Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Luterano de Palmas – CEPCEULP**

Endereço: Av. Teotônio Segurado 1501, Sul de Palmas – TO CEP: 77.019-900

Telefone: (63) 3219-8052

Email: etica@ceulp.edu.br

Assim, DECLARO que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador, ter lido este Termo e ter compreendido o que me foi explicado oralmente e devidamente apresentado neste documento, consinto voluntariamente em participar desta pesquisa rubricando todas as folhas deste Termo e assinando a última.

Palmas, _____ de _____ de 2014.

Assinatura da participante

APENDICE II



Universidade Federal do Tocantins
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional

Roteiro de tópicos norteadores e complementares

DADOS PESSOAIS

1. Idade
2. Naturalidade
3. Sexo
6. Estado civil
7. Filhos
8. Religião
9. Composição familiar (número de membros, grau de parentesco, profissão, classe socioeconômica)

RELATO LIVRE DA HISTÓRIA DE VIDA

“Gostaria que você relatasse algumas lembranças de sua história de vida”. (Certificar que sejam aquelas que vêm à memória e que relate independentemente do tema ou da época em que aconteceram).

TÓPICOS ESPECÍFICOS

1. VIDA NA INFÂNCIA

- 1.1 Caracterização da família (pessoas que moram na casa, nível de escolaridade, profissão, religião);

- 1.2 Caracterização da educação recebida (tipos de regras e permissões presentes no contexto familiar nas diferentes idades, relações de gênero, concepções sobre papéis familiares, avaliação que possui acerca do papel da sua mãe, sentimento gerado frente à maternidade);
- 1.3 Caracterização da relação com a mãe;
- 1.4 Caracterização das concepções acerca da maternagem.

2. VIDA ATUAL

- 2.1 Caracterização de dados da vida atual (com quem vive, rotina de trabalho/estudo);
- 2.2 Concepção sobre papéis familiares;
- 2.3 Concepção sobre a maternidade e o papel da mulher na família.